

**UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO STRICTO-SENSU EM
EDUCAÇÃO FÍSICA**

**COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NO
PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA NO DISTRITO FEDERAL**

Dalila Tusset

BRASÍLIA
2012

**COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA
ESCOLA NO DISTRITO FEDERAL**

DALILA TUSSET

Dissertação apresentada à Faculdade de
Educação Física da Universidade de Brasília,
como requisito parcial para obtenção do Grau
de Mestre em Educação Física.

ORIENTADORA: JÚLIA APARECIDA DEVIDÉ NOGUEIRA
COORIENTADORA: DAIS GONÇALVES ROCHA

Ficha catalográfica elaborada pela Biblioteca Central da Universidade de Brasília. Acervo 1001611.

T965c Tusset, Dalila.
Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal / Dalila Tusset. -- 2012. xii, 161 f. : il. ; 30 cm.

Dissertação (mestrado) - Universidade de Brasília, Faculdade de Educação Física, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, 2012.
Inclui bibliografia.
Orientação: Júlia Aparecida Devidé Nogueira ; Co-orientação: Dais Gonçalves Rocha.

1. Promoção da saúde. 2. Escolas. 3. Avaliação. 4. Educação física. I. Nogueira, Júlia Aparecida Devidé. II. Rocha, Dais Gonçalves. III. Título.

CDU 796:37

DALILA TUSSET

COMPETÊNCIAS EM PROMOÇÃO DA SAÚDE NO PROGRAMA SAÚDE NA
ESCOLA NO DISTRITO FEDERAL

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação Física pelo Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília.

Banca examinadora:

Prof. Dra. Júlia Aparecida Devidé Nogueira
(Orientadora – FEF/UnB)

Prof. Dra. Ana Cláudia Germani
(Examinadora Externa – USP)

Prof. Dra. Elza Maria de Souza
(Examinadora Externa – FS/UnB)

Prof. Dr. Lino Castellani Filho
(Suplente – FEF/UnB)

Brasília – DF, 09 de agosto de 2012

AGRADECIMENTOS

A Deus pela luz divina, pela proteção e pelas oportunidades ao longo dessa caminhada.

À minha família, especialmente aos meus pais, pelo amor, cuidado e apoio emocional, espiritual e financeiro em todos os momentos dessa caminhada, a qual se tornou mais feliz com a presença da querida Sara.

Ao Saulo, que nesses dois anos sempre esteve presente nos momentos difíceis, duvidosos e alegres, me dando força, carinho e proteção. Além disso, nunca mediu esforços para me ajudar nas atividades acadêmicas e no processo de adaptação na cidade de Brasília. Também agradeço à família Martorelli pelo acolhimento e por ser a minha segunda família desde que cheguei a Brasília.

À professora Dais Rocha, um exemplo de pessoa e profissional com quem tive o prazer de aprender e trabalhar no mestrado. Dais fez do meu mestrado um tempo especial de aprendizado e apresentou-me, através do seu jeito ético e admirável, ao campo da promoção da saúde e atenção básica.

À professora Júlia Nogueira por acreditar no meu potencial, pela compreensão e dedicação, pelo compartilhamento de ideias e informações, pela transmissão de conhecimentos e pelas críticas construtivas.

À Gisele Balbino Rodrigues, uma grande colega e amiga que, de mãos dadas comigo, trilhou a rota da mudança. Esta, repleta de barreiras, desafios e angústias nos apresentou um mundo antes desconhecido e permitiu a superação das nossas limitações. Certamente a nossa integração, amizade e solidariedade fez toda a diferença na realização do mestrado. A força de vontade, esperança e generosidade da Gisele me levaram a acreditar mais no nosso potencial de transformação. Gi, obrigada pelo teu companheirismo e por ter compartilhado comigo a tua sabedoria!

Aos amigos Cleilton, André, Claudinha, Dayana, Fernanda e Margo, com quem tive o prazer de ter diversos momentos de descontração, conversas, desabafos e orientações. Além disso, reforço a gratidão à Claudinha e à Gisele e ao Cleilton, pela parceria fiel nas inúmeras horas que passamos na biblioteca.

À Natália Cantarelli e à Mabel Olkoski, amigas queridas que mesmo distante estiveram presente, sendo solidárias e entusiastas.

Aos integrantes do grupo gestor do PSE do DF, em especial à Denise. A oportunidade de participar do grupo, a receptividade que tiveram comigo e a colaboração de todos foram fundamentais para a realização da pesquisa. Expresso minha gratidão também a todos os demais profissionais envolvidos com o PSE que participaram da pesquisa.

Aos funcionários e professores da Faculdade de Educação Física que me auxiliaram direta ou indiretamente nesta caminhada.

E por fim, à CAPES, pelo apoio financeiro durante o mestrado.

SUMÁRIO

LISTA DE QUADROS	viii
LISTA DE FIGURAS	ix
LISTA DE SIGLAS, ABREVIações E SÍMBOLOS.....	x
RESUMO.....	xi
ABSTRACT.....	xii
1 INTRODUÇÃO	13
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Trajetória internacional da promoção da saúde e o movimento das escolas promotoras de saúde	16
2.2 Promoção da saúde no Brasil e a sua inserção no ambiente escolar.....	26
2.2.1 Programa Saúde na Escola.....	36
2.3 Competência em promoção da saúde	40
2.3.1 Aspectos metodológicos na construção de conjuntos de competências em promoção da saúde.....	44
2.3.2 O Projeto CompHP.....	48
2.3.3 Os domínios de competências em promoção da saúde do CompHP e a promoção da saúde escolar	50
2.4 Avaliação em promoção da saúde	55
3 OBJETIVOS	59
3.1 Objetivo geral.....	59
3.2 Objetivos específicos	59
4 METODOLOGIA	60
4.1 Planejamento da pesquisa.....	60
4.2 Aspectos éticos	61
4.3 Guia de Avaliação Rápida.....	62
4.3.1 Caracterização do cenário de pesquisa	64
4.3.2 Estudo da viabilidade e factibilidade da avaliação	67
4.3.3 Definição do alcance da avaliação	67
4.3.4 Seleção dos sujeitos da pesquisa	68
4.3.5 Caracterização dos sujeitos	70
4.3.6 Técnicas para a coleta de dados.....	72
4.3.7 Processamento e análise da informação	74
5 RESULTADOS	77
5.1 Domínios de competências.....	77
5.2 Fatores críticos	81
6 DISCUSSÃO	83
6.1 Relevância das competências em promoção da saúde e articulação com fatores críticos	85
6.1.1 Favorecimento de mudanças	85
6.1.2 Advocacia em saúde	90

6.1.3 Parceria.....	94
6.1.4 Comunicação	99
6.1.5 Liderança	102
6.1.6 Diagnóstico.....	105
6.1.7 Planejamento	109
6.1.8 Implementação.....	112
6.1.9 Avaliação	119
6.3 Singularidade.....	122
6.3.1 Promoção do protagonismo juvenil	122
CONSIDERAÇÕES FINAIS	126
PERSPECTIVAS FUTURAS.....	129
REFERÊNCIAS.....	131
LISTA DE ANEXOS	151
LISTA DE APÊNDICES.....	155

LISTA DE QUADROS

Quadro 1	Domínios dos conjuntos de competências de promoção da saúde de diferentes países e iniciativa regional e internacional.....	45
Quadro 2	Síntese das atividades de cada passo avaliativo, das informações compiladas e de seus desdobramentos na dissertação (SALAZAR, 2004).....	63
Quadro 3	Definição do alcance da avaliação: categorias e indicadores.....	67
Quadro 4	Temas das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos apresentadas na I Mostra PSE/SPE segundo Região Administrativa..	69
Quadro 5	Caracterização dos sujeitos segundo formação, local de trabalho, função e tempo de participação no PSE/DF.....	71
Quadro 6	Resultado da análise das entrevistas e da normativa.....	78
Quadro 7	Domínios de competências no PSE/DF: convergências e singularidade em relação aos domínios de competências em promoção da saúde e força das categorias.....	80

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	Domínios de competências em promoção da saúde expressos no CompHP.....	50
Figura 2	Distribuição territorial do Distrito Federal.....	64
Figura 3	Dimensões de análise da entrevista.....	75
Figura 4	Fatores críticos no processo de implementação do PSE/DF.....	81
Figura 5	Esquema da lógica da discussão dos resultados.....	84

LISTA DE SIGLAS, ABREVIações E SÍMBOLOS

CompHP	Core Competencies Framework for Health Promotion
CPS	Competências em promoção da saúde
DC	Domínio de competências
DCPS	Domínio de competências em promoção da saúde
DF	Distrito Federal
ESF	Estratégia Saúde da Família
EPS	Escola Promotora de Saúde
FEPECS	Fundação de Ensino e Pesquisa em Ciências da Saúde
GAR	Guia de Avaliação Rápida
GGI	Grupo gestor intersetorial
GTI	Grupo de trabalho intersetorial
IREPS	Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Pan-americana da Saúde
PNPS	Política Nacional de Promoção da Saúde
PS	Promoção da saúde
PSE	Programa Saúde na Escola
RA	Região Administrativa
SEE	Secretaria de Estado de Educação
SES	Secretaria de Estado de Saúde
SIMEC	Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério de Educação e Cultura
SPE	Programa Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde
UIPES	União Internacional de Promoção e Educação em Saúde

RESUMO

Introdução: A reorientação dos serviços de saúde, uma das estratégias para promoção da saúde (PS), requer atuação intersetorial e multidisciplinar, mudanças na formação profissional e aquisição de competências específicas. Internacionalmente diversas iniciativas têm delineado competências em PS que são referências para o trabalho de equipes multiprofissionais, dentre as quais o Projeto pan-europeu CompHP. No Brasil, há diversas iniciativas de PS e o Programa Saúde na Escola (PSE) tem recebido notável destaque e apoio governamental. **Objetivo:** Avaliar a relevância e a suficiência dos domínios de competências em PS no processo de implementação do PSE no Distrito Federal (DF). **Método:** Adotou-se uma abordagem qualitativa a partir de triangulação de entrevistas, análise documental e diário de campo, seguindo a metodologia prevista no Guia de Avaliação Rápida. Quinze profissionais (8 da educação e 7 da saúde) de 7 Regiões Administrativas e de 2 gestores do grupo intersetorial participaram de entrevista individual semiestruturada. O material de análise, constituído por entrevistas e um documento normativo do PSE/DF, foi submetido à análise de conteúdo com auxílio do *software* NVivo 8. Os domínios de competências em PS expressos no CompHP foram utilizados como referencial teórico para verificar convergências e divergências entre os domínios de competências em PS e: o que é realizado; o que é importante do realizado; e, o que deveria ser realizado através das entrevistas. Ainda, utilizando o mesmo referencial, foram verificadas as convergências em relação à normativa. A partir das entrevistas também foram identificados os fatores críticos para o processo de implementação do PSE/DF. **Resultados:** Foram encontradas 7 convergências entre o que é realizado, o que deveria ser realizado e os domínios de competências em PS; 1 convergência parcial e 1 singularidade entre o que deveria ser realizado e os domínios de competências em PS; 3 convergências entre o que é importante do realizado e os domínios de competências em PS; 6 convergências e 1 convergência parcial entre a normativa e os domínios de competências em PS; e 12 fatores críticos (8 dificultadores e 4 facilitadores). **Conclusão:** Os domínios de competências em PS são relevantes para o processo de implementação do PSE/DF, sobretudo os domínios favorecimento de mudanças, liderança e implementação. No entanto, é necessário complementar com o domínio promoção do protagonismo juvenil. Constatou-se a aplicabilidade das competências em PS para o desenvolvimento da força de trabalho e revisão do processo de operacionalização do PSE/DF, servindo também para a definição de indicadores de avaliação, mas os fatores críticos precisam ser considerados tanto na avaliação quanto ao longo da implementação. É necessário pensar em estratégias para minimizar os dificultadores e maximizar os facilitadores, pelo menos aqueles que estão na governabilidade dos atores do PSE/DF.

Palavras-chave: competências em promoção da saúde, escolas promotoras de saúde, fatores críticos, avaliação.

ABSTRACT

Introduction: The reorientation of health services, as one of the strategies for health promotion (HP), requires intersectorial and multidisciplinary ways of working, changes in professional training and acquisition of core competencies. Internationally, besides the CompHP pan-european project, several countries have outlined HP competencies that are a useful base for multidisciplinary team work. In Brazil, there are many HP projects and the Programa Saúde na Escola (PSE) has received notable support by the government. **Purpose:** To evaluate the relevance and sufficiency of domains of competencies for HP applied to the implementation of PSE in the Distrito Federal (DF). **Methods:** A qualitative approach was used to conduct the study, including a triangulation of interviews, document analysis and field notes by following the Rapid Assessment methodology. Fifteen stakeholders (8 - education and 7 - health sectors) from 7 counties and 2 decision-makers were individually interviewed. The interviews and the PSE/DF normative statement were analyzed through content analysis, supported by the software NVivo 8. The domains of competencies for HP included on the CompHP were used as a reference to verify convergences and divergences between domains of competencies for HP and: what is done; what is done as important; what should be done. Convergences between domains of competencies for HP and the Normative Statement were also verified. Critical factors applied to the implementation process of PSE/DF were verified through the interviews. **Results:** There were found 7 convergences between what is done, what should be done and domains of competencies for HP; 1 partial convergence and 1 singularity between what is done and domains of competencies for HP; 3 convergences between what is done as important and domains of competencies for HP; 6 convergences and 1 partial convergence between the normative statement and domains of competencies for HP; and 12 critical factors (8 barriers and 4 facilitators). **Conclusion:** The domains of competencies for HP are relevant for implementation, especially the domains: enabling changes, leadership and implementation. However, competencies for juvenile protagonism is required as a complement. Also, the competencies in HP may be useful for workforce development, review of the implementation process and definition of evaluation indicators for the PSE/DF, however, the critical factors should be considered. In relation to the critical factors, it may be useful to develop strategies to increase the facilitators and to decrease the barriers, at least those that are in the power of the stakeholders and decision-makers.

Keywords: competencies for health promotion, health promoting schools, critical factors, evaluation.

1 INTRODUÇÃO

Desde a década de 70 anos o discurso da promoção da saúde (PS) vem sendo construído e praticado de acordo com as capacidades operativas, as necessidades e os desafios locais em saúde pública, sob diferentes paradigmas teórico-conceituais. O novo paradigma da PS considera fatores sociais, econômicos, políticos e culturais no processo de construção da saúde e/ou doença. Para a implantação deste foram definidas importantes estratégias de ação; entre elas, a reorientação dos serviços de saúde, a qual requer a atuação intersetorial e multidisciplinar, mudanças na preparação e formação profissional, somado à aquisição de habilidades e conhecimentos (OPAS, 1986).

Esses requisitos foram ratificados na VII Conferência Internacional de Promoção da Saúde (WHO, 2009), em que foi destacada a necessidade de construção de competências em PS (CPS) para liderança, gestão, ação intersetorial, estabelecimento de parceria e readequação de matrizes curriculares de cursos de saúde e outros relacionados à PS. Nesse sentido, instituições de ensino, órgãos governamentais e não governamentais e consultores individuais em todo o mundo têm se empenhado no delineamento de CPS, servindo como referência para o trabalho de equipes multiprofissionais em saúde (MCCRACKEN; RANCE, 2000; NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; HEALTH SCOTLAND, 2005; MELVILLE et al., 2006; HYNDMAN, 2007, 2009; SHILTON, et al., 2008; BARRY et al., 2008; AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION ASSOCIATION, 2009; DEMPSEY et al., 2010, 2011).

As CPS podem ser compreendidas como uma combinação sinérgica de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários para o engajamento eficaz nas práticas de PS, além de estarem em consonância com os princípios da PS (DEMPSEY et al., 2011). A aquisição de CPS pode ser oportunizada através da formação, das práticas profissionais cotidianas e de treinamentos que visam contribuir para a formação de equipes capazes de transformar políticas, teorias e pesquisas em ações efetivas de PS (BATTEL-KIRK et al., 2009).

Entre as diversas utilidades apontadas na literatura, destaca-se o emprego das CPS na estruturação de programas de preparação e treinamento profissional (NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; HEALTH SCOTLAND, 2005;

HYNDMAN, 2007; SHILTON et al., 2008; MORALES et al., 2009; HYNDMAN, 2009; DEMPSEY et al., 2010, 2011) na identificação da necessidade de treinamento, e na compreensão de conhecimentos e habilidades requeridas pelos promotores de saúde no planejamento, na implementação e na avaliação de programas de PS (HYNDMAN, 2007). Para Dempsey et al. (2011), o promotor de saúde é aquele que trabalha para promover a saúde e reduzir as iniquidades por meio de ações que envolvem políticas saudáveis, a criação de ambientes favoráveis à saúde, o reforço da ação comunitária, o desenvolvimento de habilidades pessoais e a reorientação dos serviços de saúde, conforme descrito na Carta de Ottawa (OPAS, 1986).

As CPS expressas no Consenso de Galway (BARRY et al., 2009; ALLEGRANTE et al., 2009) e no Projeto pan-europeu Core Competencies Framework for Health Promotion (CompHP) (DEMPSEY et al., 2011) podem ser utilizadas internacionalmente porque na elaboração dos conjuntos de CPS foram consideradas as competências delineadas nos países engajados com o movimento internacional de CPS. O CompHP, a produção mais recente sobre o assunto e o referencial teórico adotado para a realização desta pesquisa, é baseado também no Consenso de Galway e os seus autores o elaboraram considerando a situação política da PS de diversos países (DEMPSEY et al., 2010, 2011).

No contexto nacional, o diálogo sobre CPS é escasso, sobretudo na literatura científica. Encontrou-se apenas um estudo que se referiu à PS como uma área em um conjunto de áreas de competências para a atuação na Estratégia Saúde da Família (ESF) (NASCIMENTO; OLIVEIRA, 2010). Pode-se supor os porquês desta carência: seja em virtude do pouco tempo de institucionalização da PS no contexto dos serviços públicos de saúde, da falta de interesse e/ou da resistência por parte de pesquisadores e setores governamentais em discuti-las, do desconhecimento sobre o assunto ou das dificuldades relacionadas às práticas em PS.

Com relação ao desenvolvimento da PS no Brasil, desde o seu marco legal, o que remete à Constituição Federal de 1988 e à criação do Sistema Único de Saúde (SUS), ocorreram avanços políticos e institucionais com a implementação de iniciativas diversificadas no campo de ação do SUS e em outros espaços sociais (BUSS; CARVALHO, 2009). No entanto, a presença marcante do modelo de trabalho setorial e da atenção biomédica dificulta o desenvolvimento da PS em seu contexto mais amplo ou moderno (BUSS; CARVALHO, 2009). Além disso, a sua abordagem

teórico-prática ocorre de forma incipiente e isolada no meio acadêmico (CARVALHO et al., 2007; TEIXEIRA et al., 2005 apud MELLO et al. 2010; CHIESA et al., 2007), nos serviços de saúde (CARVALHO et al., 2007) e no ambiente escolar (DE SOUZA, 2008; GONÇALVES et al., 2008). Este é o âmbito que, entre os espaços para ação preconizados na Carta de Ottawa (OPAS, 1986), tem sido privilegiado internacionalmente pelas políticas públicas e/ou programas de PS (RIVETT, 2005).

A avaliação de programas de PS é um dos pontos prioritários da Agenda Nacional de Prioridades de Pesquisa em Saúde (BRASIL, 2008) e também incentivada pela Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) (BRASIL, 2010). Já, em relação às CPS, a produção de conhecimento sobre o tema tem sido demandada internacionalmente (IUPHE; CCHPR, 2007).

A presente pesquisa foi proposta ao considerar as informações acima, as limitações apresentadas para a ação efetiva em PS no Brasil e o potencial das CPS para subsidiar a formação e o treinamento de recursos humanos, a partir de uma perspectiva que valoriza a experiência sociocultural dos sujeitos, o contexto de prática e as políticas existentes. Assim, realizou-se uma pesquisa de avaliação, com base nas CPS em um cenário promotor de saúde intersetorial, o Programa Saúde na Escola (PSE) implantado no Distrito Federal (DF) (BRASIL, 2009).

O PSE/DF foi escolhido porque é um programa de PS que articula os setores educação e saúde, tendo entre seus eixos estruturantes uma parceria firmada com a Universidade de Brasília, mediante a participação de professores e estudantes de graduação e pós-graduação na prática de sistematização de informações e avaliação. Estudar as competências no contexto do PSE/DF é um ponto de partida para conhecer a aplicabilidade das CPS e descobrir outras competências em um cenário específico de prática da PS no Brasil.

Justifica-se a realização desta pesquisa no curso de educação física a partir do momento histórico deste, que se refere à inserção formal do profissional de educação física no SUS, em especial, na atenção primária (BRASIL, 2008a). Assim, os profissionais da área podem participar do PSE por duas vias: os bachareis (FONSECA, et al., 2011) pelo centro de saúde e os licenciados pela escola. Portanto, faz-se necessário o diálogo da educação física com a PS para a aquisição de conhecimento teórico-operacional e a descoberta de interfaces entre essas áreas.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Trajetória internacional da promoção da saúde e o movimento das escolas promotoras de saúde

A hegemonia da atenção à saúde em moldes curativista e biomédico começou a ser repensada a partir de 1960 (FERREIRA; BUSS, 2002), quando o paradigma flexeneriano foi questionado sob a perspectiva da construção de uma nova configuração de saúde (RABELLO, 2010). Governos e estudiosos da época foram inspirados pelas experiências de atenção à saúde e pelo movimento do Canadá na criação de um marco conceitual para o futuro global da saúde (FERREIRA; BUSS, 2002).

Na China, as atividades realizadas para a melhoria da saúde populacional, sobretudo nas regiões rurais, serviram de exemplo para a elaboração internacional da proposta de atenção primária da saúde (FERREIRA; BUSS, 2002). No Canadá, os elevados gastos com assistência médica causou problemas econômicos e políticos, razão pela qual surgiu o movimento canadense, cujo objetivo foi estimular interesses e discussões sobre o futuro dos programas de saúde, repercutindo na divulgação do Relatório Lalonde (LALONDE, 1974). Este foi o primeiro documento oficial a ser denominado de PS, caracterizando um novo campo da saúde em oposição ao sistema tradicional hospitalocêntrico (HEIDMANN et al., 2006). Entretanto, o termo PS foi previamente usado por Leavell e Clarck (1976) como parte do nível da prevenção primária no esquema da História Natural das Doenças, abordando a PS como medidas adotadas para aumentar a saúde e o bem-estar.

De acordo com Ferreira e Buss (2002, p.11), a partir do Relatório Lalonde a concepção de PS ressaltou "os fatores necessários para assegurar a qualidade de vida e o direito ao bem-estar social", ou seja, os componentes que determinariam a saúde: biologia humana, ambiente, estilo de vida e os serviços de saúde (LALONDE, 1974). Contudo, essa abordagem ficou centrada no estilo de vida, focada na ação individual e as pessoas passaram a ser culpabilizadas pelas suas enfermidades (LABONTE, 1993 apud CARVALHO S.R., 2004), dando origem às críticas para esta abordagem (FERREIRA; BUSS, 2002), considerada uma perspectiva comportamental e preventivista (HEIDMANN et al., 2006).

Quatro anos após Lalonde, o novo paradigma internacional de saúde foi

formalizado na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma Ata, com as propostas "Saúde para Todos no ano de 2000" e "Estratégia de Atenção Primária de Saúde", (OMS, 1978). Na Declaração de Alma Ata foram afirmados preceitos importantes para os defensores da PS, os quais contribuem para a qualidade de vida e paz mundial: saúde como direito humano fundamental, responsabilidade dos setores sociais e econômicos na ação em saúde e desenvolvimento econômico e social. Ainda, foi estabelecido que é direito e dever da população participar individual e coletivamente no planejamento e na execução de seus cuidados primários de saúde (OMS, 1978).

Em 1981, com a realização da Primeira Conferência Nacional de Saúde do Canadá, vieram à tona fatores que ampliaram a proposta de PS (FERREIRA; BUSS, 2002). Surgiram, então, os fatores sociais e ambientais no modelo dos determinantes da saúde e o entendimento que a escolha do estilo de vida por parte da população dependia da classe social (FERREIRA; BUSS, 2002).

Três anos mais tarde, com a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, surge a referência internacional de PS, a Carta de Ottawa (OPAS, 1986), caracterizando-se como um marco no qual a PS passa a ser definida como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo, e saúde passa a ser entendida como um recurso para a vida e não como o objetivo de viver. Foram introduzidos os conceitos de equidade em saúde para reduzir as diferenças populacionais das condições de saúde, de acesso aos recursos para uma vida mais saudável, e de intersectorialidade para promover o envolvimento de outros setores além do setor saúde no desenvolvimento das ações (OPAS, 1986).

Três importantes estratégias para o desenvolvimento da PS foram apontadas na Carta de Ottawa. A defesa da saúde, no sentido de reivindicar que os fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais e biológicos possam favorecer a saúde; a capacitação, que permite que as pessoas possam controlar os fatores que influenciam a saúde através do acesso a informação, a ambientes favoráveis e a oportunidades para fazer escolhas saudáveis; e, a mediação, onde os profissionais e grupos sociais têm a maior responsabilidade na mediação entre os diferentes interesses em saúde (OPAS, 1986).

Ainda, foram definidos os principais campos de ação para promover a saúde das populações: 1) implementação de políticas públicas saudáveis - a saúde passa a ser prioridade política a partir da articulação intersetorial, com ênfase na equidade em saúde, distribuição mais equitativa da renda e das políticas sociais; 2) criação de ambientes saudáveis - a saúde tem uma abordagem socioecológica, logo a proteção e conservação do meio-ambiente deve fazer parte de qualquer projeto da área; 3) reforço da ação comunitária - o incremento do poder comunitário para a participação popular nos assuntos de saúde é feito a partir dos recursos humanos e materiais presentes na comunidade, e requer acesso à informação, ao aprendizado e apoio financeiro; 4) desenvolvimento de habilidades pessoais - apoia o desenvolvimento pessoal e social através da divulgação da informação, educação para a saúde e habilidades em saúde em escolas, lares, locais de trabalho e outros espaços comunitários, onde a população deve ser capacitada para exercer maior controle sobre sua própria saúde e sobre o meio ambiente, e a fazer opções saudáveis de vida e; 5) reorientação dos serviços de saúde - o trabalho deve pautado no enfoque integral do ser humano e ser compartilhado entre indivíduos, comunidade, grupos, serviços de saúde e governo (OPAS, 1986).

Contribuindo para a expansão do debate e desenvolvimento do tema, outras conferências internacionais e regionais reforçaram o movimento da área. A Conferência de Adelaide, realizada na Austrália em 1988 (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988), reafirmou os campos de ação citados na Carta de Ottawa e apontou as áreas prioritárias de ação: apoio à saúde da mulher, alimentação e nutrição, controle sobre o uso de tabaco e álcool e a criação de ambientes saudáveis. Foram destacadas também a necessidade de avaliar o impacto das políticas de saúde, de informar os resultados à sociedade e de reorientar as instituições educacionais visando a melhora das habilidades em capacitação, mediação e defesa da saúde pública.

Em 1991, a Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorreu na Suécia, com ênfase na interdependência e inseparabilidade entre ambientes e saúde (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991). Afirmou-se a necessidade de se atingir justiça social em saúde e distribuição equitativa de recursos e responsabilidades frente a situação de pobreza e desigualdade em muitos países, logo deve haver uma mobilização de diversos setores da sociedade

na criação de ambientes mais favoráveis a saúde e um comprometimento político que de fato possa garantir a sustentabilidade das políticas de saúde e ambientais. Na referida conferência, assuntos relacionados ao acesso à educação também receberam destaques, sendo esta reconhecida como um direito humano básico, e, portanto, "um elemento-chave para realizar as mudanças políticas, econômicas e sociais para tornar a saúde possível para todos, devendo ser acessível durante toda a vida, com base nos princípios da igualdade" (DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL, 1991, p.3).

A Quarta Conferência sediada em Jacarta no ano de 1997 (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997) teve como tema central a PS para o século XXI, destacando o reforço da ação comunitária e foi a primeira a incluir o setor privado no apoio à área. Serviu como um momento de reflexão e revisão sobre o desenvolvimento da PS e sobre os determinantes da saúde, afirmando que a combinação de estratégias mais abrangentes, como as citadas na Carta de Ottawa, conduzem ao desenvolvimento mais eficiente da saúde.

Em 1998, foi criada a Rede de Mega-Países, uma aliança entre os países mais populosos do mundo, na qual estão envolvidos Bangladesh, Brasil, China, Índia, Indonésia, Japão, México, Nigéria, Paquistão, Rússia e Estados Unidos (OPAS, 1998). A aliança surgiu da necessidade de causar um maior impacto na saúde mundial através dos seguintes objetivos: melhorar a capacidade nacional em PS, aumentar a consciência sobre o tema entre os tomadores de decisão e o público em geral, implementar estratégias de promoção em torno das questões prioritárias de saúde, fomentar a eficiência, a inovação e a efetividade de políticas e programas, apoio à pesquisa e desenvolvimento de ferramentas de avaliação, disseminar as políticas de PS para outras nações e incrementar as questões sobre a área na agenda política dos países (OPAS, 1998).

Na Quinta Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada no México (DECLARAÇÃO DO MÉXICO, 2000) ficou explícita a prioridade da inserção da PS nas políticas e programas locais, regionais, nacionais e internacionais, ressaltando-se, ainda, a importância das ações intersetoriais para o fortalecimento e ampliações de parcerias e de redes nacionais e internacionais que promovam saúde.

Em 2005, a Sexta Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde foi

realizada na cidade de Bangkok enfocando as estratégias de PS em um mundo globalizado (WHO, 2005). As modificações no contexto da saúde global, com destaque para o aumento das doenças crônicas não transmissíveis, o aumento das iniquidades, as alterações nos padrões de consumo, a degradação ambiental e o crescimento da urbanização foram considerados fatores críticos que influenciam a saúde. Logo, foram propostas ações estratégicas para colocar a saúde no centro da globalização, como a defesa da saúde, a realização de investimentos, a construção de capacidades, a elaboração de regulamento e legislação e o estabelecimento de parcerias e alianças. Nessa ocasião, foram elencados quatro compromissos que devem ser assumidos para viabilizar o desenvolvimento da PS: desenvolvimento da agenda global, responsabilidade central de todos os governos, meta principal da comunidade e da sociedade civil, necessidade de uma administração adequada das práticas (WHO, 2005).

A última das conferências realizadas ocorreu em 2009, e foi sediada em Nairobi, África (WHO, 2009). Essa Conferência chamou a atenção sobre como agir em prol da PS, destacando uma série de estratégias necessárias para sanar as lacunas de implementação e desenvolvimento da área (WHO, 2009). Dentre as estratégias citadas destaca-se a construção de competências para a PS com foco em liderança, garantia de obtenção de financiamento adequado para a realização de intervenções, aumento e aperfeiçoamento das habilidades de promotores de saúde e melhora da atuação de gestores. Além disso, foram reforçadas as necessidades de fortalecimento dos sistemas de saúde e comunitário, disseminação de conhecimento sobre saúde (*health literacy*) e ação intersetorial com estabelecimento de parcerias.

Com relação as conferências regionais realizadas para tratar de assuntos específicos, houve a incorporação das tendências internacionais da PS em seus debates (HEIDMANN et al., 2006). Na América Latina, em 1992, foi realizada a Conferência de Bogotá, onde se ressaltou que as más condições de vida da população, a violência, o aumento dos riscos à saúde e a diminuição dos recursos evidenciavam as iniquidades econômicas e sociais da região (OPAS, 1992). Além disso, foi observado que a relação mútua entre saúde e desenvolvimento é um desafio da PS em decorrência do desejo transformador desse paradigma. Finalmente, destacou a participação ativa das pessoas nas mudanças das condições sanitárias e na maneira de viver uma cultura de saúde e a importância do direito e o

respeito à vida e à paz (OPAS, 1992).

Em 1993, a I Conferência de Promoção da Saúde do Caribe trouxe uma série de medidas, na sua maioria semelhantes às aquelas assinaladas na Carta de Ottawa: formulação de normas públicas saudáveis, reorientação dos serviços de saúde, empoderamento das comunidades para alcançar o bem-estar, criação de ambientes saudáveis, desenvolvimento de habilidades pessoais para a saúde e construção de alianças com os meios de comunicação (OPAS, 1993).

Ao final da revisão sobre a trajetória da PS, é possível perceber o acúmulo de informações produzidas e difundidas por meio dessas conferências e suas particulares contribuições para o entendimento da saúde como um fenômeno multifatorial, muito embora, as bases para a construção do paradigma ampliado tenham sido voltadas para aspectos biológicos.

Na construção desse campo teórico-conceitual, o antigo paradigma, que diz respeito ao modelo preventivista, deu origem a uma das vertentes da PS (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003), aquela direcionada para a mudança comportamental e o estilo de vida individual e coletivo (LALONDE, 1974), enquanto a outra, conhecida como a "nova PS", ampliou o campo de observação a partir de uma abordagem sócio-ambiental (OPAS, 1986). Esta última abordagem

[...] sintetiza dois elementos-chave para a promoção: a necessidade de mudanças no modo de vida e, também, das condições de vida. Representa, igualmente, uma estratégia de mediação entre as pessoas e o meio ambiente, combinando escolhas pessoais com responsabilidade social com o objetivo de criar um futuro mais saudável (Carvalho, S.R., 2004, p.671).

De acordo com Buss (2000) o desenvolvimento mais significativo da nova PS tem ocorrido, principalmente no Canadá, nos Estados Unidos e países da Europa Ocidental nos últimos 20 anos. No entanto, as deliberações das conferências e os avanços no campo teórico-prático influenciaram as políticas públicas internacionalmente (KICKBUSH, 2003; CARVALHO, S.R., 2004), a partir de uma proposta que inclui princípios e estratégias de ação que agregam potenciais para tratar de problemas de saúde em nível individual e coletivo (RABELLO, 2010).

Globalmente, a PS é um campo em construção que vem sendo desenvolvido em paralelo a demonstração de evidências em PS e ao reconhecimento e aceitação desta por parte de outras áreas do conhecimento, já que o setor saúde não é capaz de responder aos problemas de saúde isoladamente. O setor educacional foi

considerado um grande aliado da PS, e, portanto, a escola passou a ser um dos lócus privilegiados para a prática da PS (OPAS, 1986), o que foi comentando na sequência.

Cerca de trinta anos anteriores ao debate da inserção da PS na escola, a Organização Mundial de Saúde (OMS) reconhecia as limitações do que era tratado como saúde escolar e da ineficácia da mera transferência de informações. Isso trouxe à tona o diálogo sobre uma proposta de trabalho de PS e redução da lacuna entre saúde e educação, resultando nas bases iniciais para a elaboração da proposta Escola Promotora de Saúde (EPS) (OMS, 1954 apud GONÇALVES et al., 2008).

Uma EPS "[...] é a escola que tem uma visão integral do ser humano, que considera as pessoas, em especial as crianças e os adolescentes, dentro do seu ambiente familiar, comunitário e social" (HARADA, 2003, p. 6). Assim, as práticas de saúde na escola perdem o caráter higienista e dão espaço à visão integral do ser humano que vive num ambiente sócio-ecológico, o que repercute em mudanças conceituais e metodológicas correspondentes a perspectiva da PS originada na saúde coletiva (CARDOSO et al., 2008).

No olhar de Silva (2003, p.15) a EPS se conforma em

[...] uma proposta inclusiva [...] [que] deve estimular e garantir uma participação ativa de cada ator envolvido: alunos e seus familiares, professores, funcionários, profissionais de saúde - particularmente o pediatra -, grêmios, associações e outros membros e setores da comunidade. Com os objetivos de implementar atitudes e ambientes mais saudáveis, desenvolver habilidades e estimular a tomada de decisões através da responsabilidade individual, familiar e comunitária, espera-se que a Escola Promotora de Saúde gere evidências de ações locais participativas que possam ser processos sustentáveis. É preciso, portanto, priorizar o diálogo, evitando monólogos autoritários de propostas verticais, com soluções prontas e isoladas e, assim, aprimorar a escuta e dar voz à comunidade escolar, garantindo-se o seu empoderamento".

Na região das Américas, a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) lançou a proposta das Escolas Promotoras de Saúde (EPS/OPAS) em 1995, visando a mudança do paradigma tradicional da saúde escolar para uma educação baseada na saúde integral, na criação e manutenção de entornos e ambientes saudáveis e na provisão de serviços de saúde, nutrição saudável e vida ativa (OPS/OMS, 1998 apud IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Assim, a Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) tem

favorecido o diálogo e a reflexão sobre a PS nas escolas da América Latina e Caribe, fundamentando-se "numa visão integral e no enfoque multidisciplinar que considera as pessoas no contexto de sua vida cotidiana na família, na comunidade e na sociedade" (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006, p. 23).

Os Estados membros da IREPS são incentivados a adotar determinadas estratégias, tais como: advocacia para difundir o conceito de EPS/OPAS; criação de políticas e mecanismos de coordenação intersetorial entre os setores educação e saúde; desenvolvimento de programas de formação de recursos de pessoas com enfoque integral; formação e fortalecimento da Rede Latino-Americana e Caribenha; intercâmbio de experiências entre países; formação de alianças estratégicas para a implementação de atividades colaborativas; criação de roteiros para apoiar os processos de certificação dos envolvidos; criação e divulgação de material didático (CERQUEIRA, 1996 apud IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Segundo aponta Ippolito-Shepherd [200-], países como Argentina, Brasil, Costa Rica, Cuba, Chile, El Salvador, Guatemala, México, Paraguai e Peru, conseguiram formar uma comissão federal intersectorial (saúde e educação) de coordenadores para o desenvolvimento das propostas nacionais. Todos esses países, mais Bolívia, Colômbia, Honduras, Nicarágua, República Dominicana e Uruguai definiram suas políticas ou normas de EPS/OPAS, participando, assim, do movimento latino-americano.

O procedimento para a adesão das escolas ao programa nacional das EPS/OPAS é feito perante um processo de acreditação. Cada país é autônomo na definição dos requisitos mínimos, porém a norma geral deve ser seguida (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006). Esta inclui uma certificação inicial concedida pelos Ministérios da Saúde e da Educação, o monitoramento, o acompanhamento e a divulgação da proposta e do período de acreditação (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

Em 2001 foi realizada a primeira pesquisa para conhecer o panorama da IREPS (IPPOLITO-SHEPHERD; CIMMINO, 2003). Dos 19 países convidados, 17 participaram da pesquisa, incluindo o Brasil, que indicou que não era participante da IREPS. Os dados revelaram que dos países participantes a maioria fez a adesão entre 1999 e 2001, e que no período da pesquisa El Salvador, Chile, Uruguai e Honduras eram os países que concentravam o maior número de escolas envolvidas; em contrapartida, o menor número estava em Costa Rica e no Paraguai. Na referida

pesquisa foi apresentado que 12 países contavam com programas de capacitação profissional na área de saúde escolar, e apenas um possuía curso de especialização em saúde escolar.

Cabe salientar que em paralelo com o fortalecimento internacional da IREPS, houve o surgimento de oportunidades para a preparação profissional e a formação acadêmica na América Latina; por exemplo, Porto Rico e Cuba apresentam cursos de graduação em PS na saúde e saúde escolar (ARROYO, 2009).

A questão da preparação e formação de recursos de pessoas em EPS é considerado um fator-chave para a implementação da proposta. É consenso entre autores de estudos sobre EPS que há necessidade de um perfil específico de professores para trabalhar com a atenção integral do escolar (FARIA, 2010). Esse perfil é o de um professor que incentiva o desenvolvimento de habilidades pessoais e sabe conciliar ações dentro e fora da escola (FARIA, 2010).

No geral, o que se percebe na literatura, documentos e opiniões pessoais de profissionais envolvidos com iniciativas de saúde na escola é o reconhecimento do potencial das EPS/OPAS, no entanto, é interessante observar o posicionamento de Lefevre e Lefevre (2004) em relação à proposta. Para estes autores, embora exista um modelo pré-estabelecido, as escolas que pretendem implantá-lo deveriam expressar sua autonomia criando suas próprias estratégias de ação, descobrindo suas necessidades e traçando o plano de ação a partir da própria realidade.

Ao refletir sobre a consideração dos autores anteriormente citados, sua pertinência é percebida, pois cada escola apresenta um dinamismo e contextos sociais, econômicos e culturais únicos, implicando, assim, na flexibilização e adaptação da proposta, porém, com a permanência do objetivo de promover saúde. No entanto, a questão da autonomia das escolas para desenvolver suas propostas deve ser assistida por profissionais que tenham conhecimento em PS, porque mesmo com o suporte da OPAS, a marcante presença de ações de cunho higienista causam barreiras na implementação de ações de PS e dificultam a expansão das EPS (FARIA, 2010).

Sobre a visibilidade da IREPS, Faria (2010) aponta que há poucos artigos científicos que a tiveram como objeto de estudo, mas, por outro lado, diversas publicações da OPAS, em parceria com governos de países que aderiram a EPS/OPAS, têm apresentando o que tem sido desenvolvido. Contudo, muitas

experiências são ações pontuais e não são divulgadas para a comunidade em geral. Uma das publicações apresenta iniciativas brasileiras, abordando a riqueza e a diversidade das iniciativas desenvolvidas em Embu, Palmas, Maceió, Salvador, no Recife e Rio de Janeiro (BRASIL, 2006a). Os temas de trabalho concentravam-se em

[...] alimentação, atividade física, cultura da paz, questões relacionadas à violência, sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e HIV/aids, saúde bucal, saúde do adolescente, construção de ambientes saudáveis, práticas relacionadas à comunicação e saúde e a movimentos culturais em suas diferentes linguagens, como teatro, música e dança (BRASIL, 2006a, p.27).

Ainda, importantes aspectos da implementação das iniciativas foram apresentadas, tais como intersectorialidade, articulação das ações entre escola, ESF e agentes comunitários de saúde e o engajamento de parcerias na implementação das ações (BRASIL, 2006a). Estes aspectos, por sua natureza, demonstram que as iniciativas pautadas na EPS/OPAS aproximam-se das premissas do PSE, o que foi abordado mais adiante.

Em 2007, a partir das discussões realizadas nas reuniões da IREPS, com a participação do setor educacional, surgiu a proposta de identificar as experiências bem-sucedidas de boas práticas de PS na escola, nos continentes das Américas e Europa (OPAS, 2007 apud SILVA; PANTOJA, 2009). Isso deu origem ao concurso Ibero-Americano de Boas Práticas em Promoção da Saúde no Âmbito da Escola, que já teve três edições, em 2007, 2009 e 2011 (OPAS, 2012). O Brasil foi o país que mais teve experiências concorrendo nas edições do concurso, sendo também, junto com o Chile, o país que mais apresentou o assunto produção de alimentos, garantia de distribuição do consumo de alimentos e hábitos alimentares saudáveis (URIBE, 2012). Além disso, na última edição, em 2011, o Brasil teve premiações a nível nacional em meio ambiente, redes de EPS, prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e população vulnerável (OPAS, 2012).

Diante do exposto, fica claro o potencial da EPS em atuar tanto nos comportamentos saudáveis padronizados quanto nos determinantes de saúde da comunidade escolar, o que foi reconhecido pelas organizações de saúde internacionais (IUHPE; CCHPR, 2007). Corroborando com essa perspectiva, a Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde (2008) sugeriu como prioridade das agendas governamentais a criação e/ou continuidade de ações

intersetoriais de PS para crianças e adolescentes, o que ratifica a importância do ambiente escolar para as práticas promotoras de saúde. Assim, a seguir foi feita a abordagem, primeiramente, da PS no Brasil seguido da inclusão do tema no contexto educacional.

2.2 Promoção da saúde no Brasil e a sua inserção no ambiente escolar

As transformações sociodemográficas, culturais, políticas, econômicas e do perfil epidemiológico ocorridas nos últimos 40 anos, acompanhadas pela precariedade das condições de saúde da população, que extrapolavam a capacidade resolutiva do modelo de atenção biomédico, demandaram a reformulação da saúde pública brasileira (CARVALHO et al., 2007). Assim, na década de 70 surgia o movimento da reforma sanitária em defesa da democratização da saúde e contrários à acentuada medicalização da saúde, reunindo sindicalistas, população organizada, profissionais de saúde e acadêmicos (PÊGO; ALMEIDA, 2002; CARVALHO et al., 2007).

A luta de força popular teve êxito durante a 8^o Conferência Nacional de Saúde (BRASIL, 1986), considerada um marco histórico para a reorganização do setor saúde (BRASIL, 2009c). Durante a Conferência, saúde foi aprovada como direito do cidadão e foram estabelecidas as diretrizes para a criação do SUS. Este foi aprovado pela Assembleia Nacional Constituinte e legalmente reconhecido na Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 1988), afirmado-se que

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação (BRASIL, 1988, artigo 196).

Foram definidos como princípios norteadores do SUS a descentralização, a integralidade da atenção, a participação social, a equidade e a universalidade (BRASIL, 1990). E, segundo Rocha (2001), foram justamente esses valores que facilitaram a abertura para o diálogo sobre PS no Brasil na década de 90, pois eles se assemelham a alguns princípios da PS definidos na Carta de Ottawa.

Paralelamente ao crescimento do movimento internacional da PS, no cenário brasileiro os esforços concentravam-se na implementação do novo sistema de saúde, quando a preocupação maior era a obtenção de financiamento para o

desenvolvimento de ações no campo da saúde pública e para o combate das doenças (CARVALHO et al., 2007).

Em 1994, em conformidade com os pressupostos da Conferência de Alma Ata (OPAS, 1978), o Brasil adotou o modelo de atenção primária à implementação de ações integradas de promoção, prevenção e assistência a partir do Programa Saúde da Família (BRASIL, 1997), chamado atualmente de ESF. A reorientação através da atenção primária em busca da ruptura do modelo biomédico, centrava-se, e ainda centra, na perspectiva da PS (BRASIL, 1997). Nesse sentido, a ESF tem contribuído na reestruturação do serviço público de saúde, pois seu arcabouço teórico-prático situa-se na concepção ampliada da saúde, na promoção da qualidade de vida e na intervenção dos fatores de risco através de ações abrangentes e intersetoriais, operacionalizadas mediante a implantação de equipes multiprofissionais (BRASIL, 2010b).

Ressalta-se, assim, que embora a PS tenha exercido um papel importante na reestruturação da atenção, apenas em 1998 ela foi alocada em um departamento específico do Ministério da Saúde, a Secretaria de Políticas de Saúde (ROCHA, 2001). Segundo Castro (2005), a institucionalização da PS no Ministério da Saúde ocorreu por meio do projeto "Promoção da Saúde, um novo modelo de atenção". Esse projeto foi desenvolvido pelo Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento, e coordenado pela Secretaria de Políticas de Saúde, para favorecer a elaboração de uma política de PS e um modelo de atenção orientado pela promoção (CASTRO, 2005). Contudo, devido à resistência da ruptura do modelo biomédico-centrado e às divergências nas concepções de PS (CASTRO, 2005), já que o paradigma comportamentalista era predominante (CARVALHO et al., 2007; TRAVERSO-YÉPEZ, 2007) a criação de uma política de PS foi inviabilizada por alguns anos.

Neste contexto, a formalização da PNPS aconteceu somente em 2006, fornecendo diretrizes e orientando ações transversais, integradas e intersetoriais para todos os níveis de atenção, as quais visam promover a qualidade de vida, reduzam vulnerabilidades e riscos à saúde da população (BRASIL, 2006). Como diretrizes foram definidas "integralidade, equidade, responsabilidade sanitária, mobilização e participação social, intersetorialidade, informação, educação e comunicação e sustentabilidade" (BRASIL, 2006, p. 14). Quanto aos eixos temáticos

de ação para o primeiro biênio de implementação (2006-2008) foram priorizados: divulgação e implementação da PNPS; alimentação saudável; prática corporal/atividade física; prevenção e controle do tabagismo; redução da morbimortalidade em decorrência do uso abusivo de álcool e outras drogas e por acidentes de trânsito; prevenção da violência e estímulo à cultura de paz; e promoção do desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2006).

Ressalta-se, ainda, que cabe a todas as esferas de governo seguir as estratégias de implementação da PNPS, entre elas, a preparação profissional para a ação em PS (BRASIL, 2006). Este é um aspecto apregoado por vários autores (CHIESA et al., 2007; FREITAS; MANDÚ, 2010; MELLO et al., 2010), além da demanda na reestruturação nos cursos de graduação da área da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004; PEREIRA et al., 2006; CHIESA et al., 2007), tendo em vista uma formação multiprofissional e interdisciplinar na perspectiva da concepção ampliada da saúde (CECCIM; FEUERWERKER, 2004).

Algumas medidas de reorientação e reforma curricular na formação acadêmica com ênfase em PS já foram tomadas. Um exemplo é a instituição do Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde (Pró-Saúde) a partir da articulação dos Ministérios da Saúde e da Educação (BRASIL, 2005). O Pró-Saúde é reconhecido internacionalmente como uma prática inovadora (FRENK et al., 2010), na qual estudantes de graduação se aproximam da realidade dos serviços públicos de saúde, favorecendo a formação de um perfil profissional condizente com as realidades e necessidades encontradas nos cenários de atuação da ESF, e capaz de lidar com os condicionantes e determinantes do processo saúde-doença (BRASIL, 2005).

Com relação à implementação da PNPS, a avaliação plurianual 2008-2011, ano base 2008, apontou como principais resultados a pesquisa Vigilância de Fatores de Risco para Doenças Crônicas Não Transmissíveis por Entrevistas Telefônicas, realizada em todas as capitais do País e Distrito Federal; o projeto GUIA, que avalia intervenções de PS através de parceria entre o Ministério da Saúde, o Centro de Controle de Doenças e Prevenção dos EUA, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e universidades brasileiras e americanas; o programa de monitoramento do uso do tabaco e avaliação das ações de redução do tabagismo (*Global Adult Tobacco Survey*); o projeto Vigilância de Violências e Acidentes;

campanhas publicitárias relacionadas à mudança de hábitos e comportamentos para melhoria da qualidade de vida, como a Pratique Saúde; e a Semana Nacional de Promoção da Saúde (BRASIL, 2009b).

O programa "Mais Saúde: Direito de Todos, 2008-2011" (BRASIL, 2008b) também destacou a PS, pois segundo Buss e Carvalho (2009), um dos eixos do referido programa abarca medidas importantes, tais como a integração de programas de saúde, as ações direcionadas para gestantes e lactação, o planejamento familiar, a educação e comunicação em saúde, a revisão de medidas legais para reduzir o impacto de risco pelo consumo de produtos nocivos à saúde, as ações de enfrentamento das iniquidades e desigualdades em saúde e a implementação do PSE em articulação com o Ministério da Educação.

A partir das diferentes linhas e estratégias de ação da PNPS poder-se-ia pensar que essas possibilitam aos serviços de saúde a construção e a realização de práticas multidisciplinares e intersetoriais em contextos variados, visando a qualidade de vida da população, a redução das vulnerabilidades e o progresso da área de PS por meio da disseminação e reconhecimento da importância do tema. Por outro lado, foi identificado que as proposições das políticas de saúde, e entre elas a PNPS, não proporcionam à população condições de acesso a bens que possam melhorar a qualidade de vida e o favorecimento das capacidades para a defesa da saúde, desta forma, não cumprindo com importantes premissas contidas na Carta de Ottawa e nos documentos do SUS (FREITAS; MANDÚ, 2010).

Como encaminhamentos, os referidos autores, afirmam que

A promoção da saúde precisa ganhar destaque nas políticas e ser reafirmada no cotidiano do trabalho da gestão e das equipes de saúde, na ESF e em toda a rede SUS, envolvendo a população como co-partícipe na impulsão de novas possibilidades assistenciais e gerenciais voltadas à melhoria da qualidade de vida (p. 204).

Nesse sentido, a institucionalização da PS por si só não é suficiente para reorganizar a atenção primária e contribuir para melhorias em saúde, mas, é necessário o reconhecimento da área por parte dos profissionais e gestores de saúde e de outros setores, como uma estratégia para aprimorar as práticas realizadas no âmbito do SUS, juntamente com a participação da comunidade em todas as etapas do processo de implementação de programas ou ações isoladas.

Diversos autores têm citado falhas que envolvem mais diretamente a capacidade profissional em relação aos pressupostos da PS. Sícoli e Nascimento

(2003), destacam "o tênue limite entre prevenção e promoção quando diante da implementação de práticas e políticas do setor saúde" (p.119), o que implica na abordagem reducionista da PS (CARVALHO et al., 2007). Portanto, alguns autores têm chamado a atenção para a insuficiente preparação e formação de recursos de pessoas para o trabalho em PS (CHIESA et al., 2007; CARVALHO et al., 2007). Contudo, espera-se que essas lacunas possam ser reduzidas a partir da implementação do Pró-Saúde (BRASIL, 2005).

Apesar das limitações apresentadas, na visão de Buss e Carvalho (2009) os avanços da PS ocorridos precisam ser valorizados, pois a PS teve espaço nos documentos oficiais, nas instituições, nos órgãos governamentais, nos serviços de saúde e nos demais setores envolvidos (BUSS; CARVALHO, 2009). Estes autores consideram, também, que a PS tende a evoluir no Brasil enquanto política, campo científico e tecnológico e nos movimentos sociais.

Em relação aos avanços nos serviços de atenção primária, principal responsável pelas ações de PS, um deles é o trabalho de equipes multidisciplinares dos Núcleos de Apoio à ESF que fazem o apoio matricial. Várias são as categorias profissionais que podem integrá-las (psicólogo, assistente social, farmacêutico, fisioterapeuta, fonoaudiólogo, médico ginecologista, profissional de educação física, médico homeopata, nutricionista, médico acupunturista, médico pediatra, médico psiquiatra e terapeuta ocupacional), devendo conduzir sua atuação de acordo com as diretrizes preconizadas, dentre elas destacam-se interdisciplinaridade, intersetorialidade, integralidade e PS (BRASIL, 2010c).

Também é oportuno frisar a importância dos ambientes favoráveis à saúde, que constituem os espaços sociais para a realização de iniciativas promotoras de saúde, como a própria cidade, as praças e os parques públicos, o local de trabalho, o local de habitação, as universidades e o ambiente escolar. No presente estudo, o ambiente escolar foi destacado, o qual tem recebido nacionalmente especial atenção entre os programas da PNPS.

Há mais de 200 anos são introduzidos os temas relativos à saúde no âmbito escolar (LIMA, 1985), sob diferentes denominações (higiene e medicina escolar) e segundo as ideologias e os problemas de saúde/doença de cada época (GONÇALVES et al., 2008). Isso causou à saúde escolar variações de significados e objetivos, passando da abordagem higienista à preventivista, e, mais recentemente,

configurada nos moldes da PS cuja operacionalização ocorre por meio de uma combinação de ações promocionais e preventivas.

De modo geral, as experiências europeias, em moldes higienistas, que introduziram e inspiraram os conteúdos de higiene e controle de doenças no âmbito escolar internacionalmente (IPOLITO-SHEPHERD, [200-]) – por exemplo, as experiências do precursor da saúde escolar, Johann Peter Frank, que inseriu a temática no Sistema Frank contemplando múltiplos aspectos da saúde pública e individual – influenciaram o cenário brasileiro a partir da segunda metade do século XIX, visando, principalmente, a inspeção sanitária para o controle das epidemias que infestavam as cidades (LIMA, 1985).

Assim, ao longo dos anos, pode-se perceber que as tendências do campo da saúde marcaram a educação e influenciaram o currículo através da inclusão de disciplinas como higiene, puericultura, nutrição, dietética, educação física, ciências naturais e biologia (BRASIL, 1997a). Tais disciplinas pretendiam transferir aos escolares determinados comportamentos e mecanismos que oferecem riscos à saúde (BRASIL, 1997), mas assim como os programas de saúde escolar, podem ser questionadas por ter o foco no indivíduo e na mudança de comportamentos, sem considerar a contextualização social dos sujeitos (MOURA et al., 2007).

Com a inserção do conceito de EPS, a partir do projeto Promoção da Saúde do Ministério da Saúde, as práticas pedagógicas passaram a incorporar educação em saúde, e os Ministérios da Saúde e da Educação a estabelecer vínculos cooperativos, os quais podem ter impulsionado a criação da estratégia Educação Popular em Saúde no ano de 2003 (BRASIL, 2006).

A base argumentativa para considerar a escola um lócus que pode ser promotor de saúde, consiste no reconhecimento de que a escola representa uma das mais importantes funções sociais, contribuindo para a formação de indivíduos a partir de processos educativos para a construção de valores e significados aos aspectos da vida, dentre eles, a saúde (AERTS, 2004; SILVA; PANTOJA, 2009). Tão logo, a educação, propulsora do desenvolvimento humano e social, é o eixo estratégico para a PS (MOURA et al., 2007).

O Ministério da Educação entende, também, que a inserção da PS no espaço escolar é o meio para a introdução do tema saúde no campo educacional (VALADÃO, 1999). A incorporação formal deste tema pela educação ocorreu com a

aprovação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, tendo em vista a formação cidadã (BRASIL, 1996). Assim, diferentes aspectos da realidade social foram considerados conteúdos curriculares nos Parâmetros Curriculares Nacional (BRASIL, 1997b) ao introduzir os temas transversais: ética, meio ambiente, trabalho e consumo, orientação sexual, pluralidade cultural e saúde.

Uma série de materiais didático-informativos foi publicada para orientar os profissionais da escola com relação aos temas transversais. No material sobre o tema saúde consta que as práticas educativas devem ser realizadas de forma a promover a conscientização estudantil a respeito dos direitos à saúde, favorecendo o entendimento de seus condicionantes e a capacitação para a ação em promoção, proteção e recuperação da saúde (BRASIL, 1997a).

Na interpretação de Rocha et al. (2002), os objetivos dos Parâmetros Curriculares Nacional estão relacionados com o ideário da EPS, e, portanto, essa relação oportuniza um momento propício para que a escola se torne "[...] um polo difusor de valores e de ações que possibilitem aos indivíduos e às coletividades construir com maior segurança seus entornos e assumirem o controle de suas próprias vidas" .

Vale destacar que conforme preconizado pelo Ministério da Educação a abordagem principal dos temas de saúde na escola é centrada na educação para a saúde (BRASIL, 1997a), alicerçada no referencial da PS (VALADÃO et al., 2006) reconhecendo que esta ocorre

[...] quando são asseguradas as condições para a vida digna dos cidadãos, e, especificamente, por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável, da eficácia da sociedade na garantia de implantação de políticas públicas voltadas para a qualidade da vida e dos serviços de saúde (Brasil, 1997a, p. 255).

A inserção e desenvolvimento da saúde como tema transversal pode ser entendida como o passo inicial para a construção das EPS no Brasil, o que requer uma comunidade escolar mais preparada e direcionando seus esforços em prol da melhor qualidade de vida dos escolares (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006). Além disso, em qualquer iniciativa de EPS os profissionais precisam estar cientes que o desenvolvimento da proposta depende do trabalho intersetorial e colaborativo, principalmente com o setor saúde (LEGER et al., 2006; GOULART, 2006) e focado na construção de práticas promocionais e não apenas preventivas. Para tanto,

Os profissionais das unidades de saúde e educação devem conhecer-se mutuamente e os profissionais da saúde devem ser conhecidos da escola, dos alunos e seus pais, devem frequentá-la, participando e colaborando com seu projeto. Isso significa que a escola não os está solicitando apenas em situações de urgência, acidente ou risco. A escola tem que encarar a unidade de saúde como sua parceira, cuja ação é muito importante para a concretização de seu projeto pedagógico (SILVEIRA; PEREIRA, 2004, p. 127).

Contudo, na realidade a maioria dos programas e ações que ocorrem no ambiente educacional são delineadas por profissionais da saúde, sem a interface desses setores e desvinculadas ao projeto político pedagógico da escola (ROCHA et al., 2002). Somado a isso, a equipe de saúde frequentemente desempenha um papel autoritário, ditando o que os professores devem fazer, e conseqüentemente, inviabiliza a intersetorialidade e a participação do corpo docente no planejamento (ROCHA et al., 2002). Já na revisão de literatura sobre EPS de Carneiro et al. (2010), o autoritarismo não foi identificado, mas os resultados revelaram uma integração incipiente entre escola e equipe de saúde.

Outros desafios na implementação de ações e programas de PS na escola é a abertura do setor saúde e educação para o engajamento mútuo, o trabalho compartilhado e a superação da fragmentação das práticas (GONÇALVES et al.; 2008; SOUZA, 2008). Na visão de Rezende e Dantas (2009), compreender o significado da integração entre saúde e educação caracteriza-se como um processo de educação permanente, sendo este indispensável para o desenvolvimento profissional.

Além disso, é necessário que profissionais de ambos os setores consigam realizar suas práticas dentro da visão ampliada do processo saúde-doença. Podem ser encontradas tanto experiências que se aproximam da compreensão ampliada de saúde com enfoque para o meio ambiente, a cidadania, os direitos de crianças e adolescentes (VALADÃO et al., 2006) e educação e saúde integral (CYRINO; PEREIRA, 1999), quanto aquelas em que o conceito de saúde é reducionista (FERNANDES et al., 2005; CARDOSO et al., 2008). Nestas, os professores que desenvolvem as iniciativas entendem saúde como sinônimo de higiene (FERNANDES et al., 2005; CARDOSO et al., 2008), alimentação adequada e ausência de doenças (FERNANDES et al., 2005).

Considerando que o sucesso das ações e programas de saúde escolar depende, também, do conhecimento adquirido e da concepção que os professores

têm de saúde e da forma de organização e desenvolvimento de programas, pode-se pensar que a formação e a educação continuada e permanente¹ teriam um papel fundamental para o alcance das boas práticas. Em contrapartida, Fernandes et al., (2005), a partir de uma amostra de 45 professores do ensino fundamental do município de Natal, Rio Grande no Norte, apontaram o distanciamento das ações realizadas na escola em relação à perspectiva da PS. Os autores observaram que 78% dos professores estudaram conteúdos de saúde na formação acadêmica e 75% participaram de capacitações em saúde como tema transversal. No entanto, do total, 68% apresentaram falta de conhecimento aprofundado e 33% demonstraram dificuldades na abordagem dos temas de saúde por falta de material didático adequado, evidenciando que apesar da formação e capacitação há necessidade de suporte aos professores para o trabalho em saúde escolar.

As lacunas na atuação e as limitações na compreensão do processo ampliado de saúde-doença e na transposição da teoria para a prática não é exclusividade do setor educacional. Isto também é verificado entre os profissionais de saúde em virtude da resistência ao rompimento do paradigma biologicista, da formação centrada no modelo biomédico, do predomínio das abordagens preventivista e comportamental e da dificuldade na diferenciação entre PS de prevenção de doenças (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003; CARVALHO et al., 2007; TEIXEIRA et al., 2005 apud MELLO et al., 2010; BEATO et al., 2011).

Nessa direção, um elemento importante para disseminar o conhecimento sobre os novos paradigmas de saúde e PS seria a qualificação adequada de recursos humanos (HEIDMANN et al., 2006), assim como fazer valer as diretrizes curriculares nacionais dos cursos da área da saúde que destacam a necessidade de proporcionar uma formação de acordo com o sistema de saúde e demandas sociais vigentes (PEREIRA et al., 2006; CHIESA et al., 2007).

Ao que se refere à preparação de professores do ensino fundamental e médio em promoção e educação em saúde, os currículos de cursos acadêmicos deveriam

¹ Para a área da saúde, "a educação permanente é aprendizagem no trabalho, [...] [em busca da] possibilidade de transformar as práticas profissionais. [...] ela acontece no cotidiano das pessoas e das organizações, [...] é feita a partir dos problemas enfrentados na realidade e leva em consideração os conhecimentos e as experiências que as pessoas já têm" (BRASIL, 2009d, p. 20). A Associação Nacional pela Formação de Profissionais da Educação trata da educação continuada como "a continuidade da formação profissional, proporcionando novas reflexões sobre a ação profissional e novos meios para desenvolver e aprimorar o trabalho pedagógico; [...] [ocorre] a partir da formação inicial e é vista como uma proposta mais ampla, de humanização, na qual o homem integral, omnilateral, produzindo-se a si mesmo, também se produz em interação com o coletivo" (ANFOPE, 1998 apud FREITAS, 2002 p. 149).

abarcando a temática desde o início da graduação, os órgãos competentes precisariam estimular a educação permanente e os profissionais deveriam ter um comprometimento em qualificar-se ao longo da carreira profissional (IERVOLINO, 2000). Corroborando, tem-se o estudo de Cardoso et al. (2008), que ao aplicar um questionário abordando assuntos sobre saúde, educação em saúde e riscos de acidentes na escola para 22 professores de duas escolas localizadas em áreas de abrangência da ESF do município Araquari, Santa Catarina, verificaram a necessidade imediata de educação permanente a fim de ampliar e qualificar as visões sobre saúde e contribuir para o aprendizado a respeito da EPS.

As questões referentes à reestruturação da formação acadêmica e de oportunidades de educação permanente e continuada, considerando ambos os campos do conhecimento, vão ao encontro dos pressupostos da Declaração sobre a Educação Superior na América Latina, no Caribe, e da Declaração Mundial para o Ensino Superior no século XXI, aprovada em 1998 (WERTHEIN; CUNHA, 2000). A primeira, destacou a relevância da qualidade do ensino, assim como da educação continuada ao longo da vida. A segunda, de especial importância por ser um marco referencial e um guia de ação para o ensino superior, incluiu entre as missões deste a ampliação da sua contribuição para o desenvolvimento da educação como um todo, melhorando a formação de professores (WERTHEIN; CUNHA, 2000).

Na perspectiva de atender esses pressupostos, vários programas/projetos governamentais e de parceiros institucionais e cursos de pós-graduação são difundidos pelos Ministério de Educação e da Saúde e instituições de ensino (BRASIL, 2006a). Dentre as iniciativas governamentais podem ser citadas: o Programa Salto para o Futuro que transmite assuntos da prática pedagógica, inclusive saúde, por meio da Internet, de material escrito e do canal televisivo TV Escola (BRASIL, 2012); e, no âmbito do PSE há o curso de especialização em Formação em Educação e Saúde pela Universidade Aberta do Brasil, o curso de prevenção do uso de drogas para educadores de escolas públicas e oportunidades de educação permanente nos temas de abrangência do Programa (BRASIL, 2011).

Diante do exposto, pode-se dizer que é oportuno o momento para implantar e investir em ações e programas de PS no ambiente escolar em seja função da reestruturação dos Parâmetros Curriculares Nacionais, dos incentivos nacionais e de

organismos internacionais ou da difusão e aceitação latino-americana da Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) da OPAS.

A exemplo do apoio nacional, tem-se o PSE (BRASIL, 2007) e o Programa Mais Educação (BRASIL, 2007a), ambos de interministerial. O último tem como prioridade atingir as escolas que apresentam baixo Índice de Desenvolvimento da Educação Básica para aumentar a oferta educativa no contraturno escolar (BRASIL, 2007a) com atividades nos campos: acompanhamento pedagógico, meio ambiente, esporte e lazer, direitos humanos em educação, cultura e artes, cultura digital, PS, educomunicação, investigação no campo das ciências da natureza e educação econômica (BRASIL, 2012a). Já o PSE visa atingir as escolas em área de cobertura da ESF, e um dos critérios para a sua adesão é que a escola esteja vinculada ao Programa Mais Educação (BRASIL, 2007). Considerando que o PSE constitui o foco desta pesquisa, este foi abordado em detalhes na sequência.

2.2.1 Programa Saúde na Escola

Motivados pelo avanço global da PS, gestores e grupos de trabalho dos Ministérios da Saúde e da Educação se engajaram na criação de um programa de saúde no ambiente escolar (BRASIL, 2009), o que culminou com a instituição do PSE (BRASIL, 2007). Embora o PSE tenha sido idealizado sem a participação de organismos internacionais e não esteja vinculado a IRPES, a articulação interministerial e o apoio do Ministério da Saúde às instâncias estaduais e municipais estão em consonância com os pressupostos da OMS (WHO, 1999), as quais sugerem o trabalho colaborativo e intersetorial entre os referidos ministérios e os entes federados.

O PSE apresenta uma proposta de integração entre os setores saúde e educação e de articulação entre as ações desses setores, o que requer uma força de trabalho composta por profissionais de ambos os setores e o reconhecimento do potencial da ESF, a partir da inserção de equipes de saúde na implementação do Programa (BRASIL, 2007). É compreendido, também, como um programa estratégico para garantir o acesso com qualidade na atenção básica (BRASIL, 2012c).

Quanto às diretrizes para a implantação do PSE tem-se a descentralização e respeito à autonomia federativa, a integração e articulação das redes públicas de

ensino e de saúde, a territorialidade, a interdisciplinaridade e intersetorialidade, a integralidade, o cuidado ao longo do tempo, o controle social, o monitoramento e a avaliação permanente (BRASIL, 2007).

A implementação do PSE deve ocorrer mediante a adesão dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios, os quais devem se responsabilizar pelos objetivos e diretrizes do Programa por meio da assinatura do Termo de Compromisso (BRASIL, 2007). O município interessado deve constituir um grupo de trabalho intersetorial e elaborar um projeto que conste o diagnóstico situacional das escolas locais, o mapeamento da rede de atenção primária que possui ESF e as atribuições das equipes de saúde e dos profissionais das escolas acerca das atividades associadas ao PSE (BRASIL, 2007).

Com dito anteriormente, os critérios para adesão ao PSE estão relacionados ao Índice de Desenvolvimento da Educação Básica, bem como à cobertura da ESF. No entanto, os critérios estão sujeitos a alterações anuais pela Comissão Intersetorial de Saúde e Educação na Escola (BRASIL, 2012f).

O principal objetivo do PSE é contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (BRASIL, 2007). Sua implementação deve ser feita seguindo os componentes: 1) avaliação clínica e psicossocial; 2) ações de PS e prevenção de doenças e agravos; 3) educação permanente e capacitação de profissionais e de jovens; 4) monitoramento da saúde dos estudantes; e 5) monitoramento e avaliação do PSE (BRASIL, 2010a).

Algumas considerações foram feitas sobre alguns componentes. Primeiro, as ações de prevenção do componente 2 compreendem ações do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)², portanto há um movimento de unificação entre os grupos gestores do PSE e do SPE para o fortalecimento das ações comuns, sendo uma alteração em construção para os gestores e profissionais do nível local. A segunda consideração refere-se ao envolvimento de escolares na capacitação, ou seja, é a preparação de jovens protagonistas para que estejam aptos a agir em

² O SPE foi criado em 2003 pelo Ministério da Saúde em parceria com o Ministério da Educação e recebe apoio do Fundo Internacional das Nações Unidas de Emergência para a Infância, do Fundo de População das Nações Unidas e da Organização Científica e Cultural das Nações Unidas para a Educação (BRASIL, 2006b). Tem como eixo estruturante a intersetorialidade entre saúde e educação e está focado na prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, sexualidade, uso do álcool, tabaco e outras drogas, na valorização da diversidade e no participação juvenil (BRASIL, 2006b). O SPE é uma proposta de prevenção, mas, os conceitos e o modo de operacionalização deste aproximam-no da estratégia de PS (BRESSAN, 2011).

defesa dos seus direitos de saúde (BRASIL, 2011). A última consideração é sobre o monitoramento do PSE, realizado por meio do Sistema Integrado de Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério de Educação e Cultura (SIMEC) (BRASIL, 2009, 2009a), que constitui uma ferramenta de gestão do Programa e um mecanismo para verificar o cumprimento de metas, para posterior repasse financeiro, via ESF, que deve ser empenhado intersetorialmente para efetivar as ações do PSE. O registro de dados é realizado online (<http://simec.mec.gov.br>) pelos secretários municipais de saúde e de educação ou um representante do grupo gestor intersetorial municipal da saúde e um da educação (BRASIL, 2011).

O desenvolvimento dos componentes do Programa implica realizar iniciativas que visem: promover a cultura de paz; contribuir para as condições necessárias à formação integral e para o sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades em saúde que comprometem o desenvolvimento escolar e a participação comunitária nas políticas de educação básica e de saúde; e, favorecer a intercomunicação escola/saúde (BRASIL, 2007).

Considerando essas iniciativas, especial atenção tem sido disposta na área da pedagogia à formação integral, pois quando se fala em educação integral fala-se na formação integral do indivíduo. Esta, contempla "[...] a intersecção dos aspectos biológicos-corporais, do movimento humano, da sociabilidade, da cognição, do afeto, da moralidade, em um contexto tempo-espacial"; visando "[...] o desenvolvimento humano global e não apenas ao acúmulo informacional" (GUARÁ, 2006, p.16). Logo, favorecer a formação integral através do PSE atenderia um dos fatores críticos para educação integral, a intersetorialidade dos processos educacionais (BRASIL, 2009).

Em um dos documentos instrutivos do PSE (BRASIL, 2011) são apresentadas as informações básicas sobre os procedimentos a serem realizados, as atribuições dos executores dos diferentes níveis (federal, estadual e municipal) e os componentes de implementação. O documento destaca que devem ser preconizados a inserção das ações do PSE no Projeto Político Pedagógico da escola, o reconhecimento e acolhimento das ações e projetos de saúde já existentes na escola e a importância do apoio dos gestores de todos os níveis e de ambos os setores. Além disso, os profissionais envolvidos com o Programa precisam estar cientes de que no espaço escolar não devem ser realizadas consultas médicas para

a medicalização e diagnósticos de problemas de ensino-aprendizagem, no entanto as triagens são permitidas no local (BRASIL, 2011).

Quanto à gestão do PSE, é esperado que se forme o grupo de trabalho intersetorial (GTI) em todos os níveis federados, sendo que este, obrigatoriamente, deve ser composto por representantes das secretarias de saúde e de educação, além de parceiros locais (BRASIL, 2011). A formação de parcerias, de redes e a inclusão de representantes de órgãos, entidades ou pessoas do setor público e privado na implementação são indispensáveis para o desenvolvimento do PSE e encorajadas pelos Ministérios da Educação e da Saúde (BRASIL, 2008b; BRASIL, 2011).

Além da participação do corpo docente e diretores das escolas na implementação do PSE, também podem estar envolvidos os demais membros da comunidade escolar, ou seja, assistentes administrativos, secretários, profissionais responsáveis pela merenda, cantina e limpeza, familiares e pessoas da comunidade (BRASIL, 2011). Quanto aos profissionais de saúde, normalmente estão envolvidos com a implementação os integrantes de equipes de saúde da ESF (BRASIL, 2009), compostas por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem, profissionais de saúde bucal (dentista, técnico e auxiliar) e por agentes comunitários de saúde, sendo que conforme as necessidades e possibilidades locais, outros profissionais podem integrar a equipe (FONTINELE JUNIOR, 2003). Particularmente sobre o agente comunitário de saúde, este pode ter um papel fundamental na implementação do PSE, pois comumente reside na comunidade onde a escola está localizada, e, portanto é conhecedor do entorno e acontecimentos da comunidade (BRASIL, 2001).

Com relação ao crescimento do PSE, os dados indicam que anualmente o número de municípios beneficiados aumenta, assim como das equipes de saúde da ESF e das escolas participantes. Nos primeiros 2 anos de implantação cerca de 8 milhões de crianças e adolescentes foram atendidos, crescendo para 26 milhões em 2011 (BRASIL, 2011b). A expansão do Programa é uma das metas do Plano Nacional de Saúde para os anos 2012 a 2015, que visa promover a sua universalização, ou seja, a adesão de todos os municípios (5.556 mil), para garantir e qualificar o acesso aos serviços de saúde (BRASIL, 2012c).

O aumento do número de lócus de implementação – os quais se configuram

como um local dinâmico, complexo e diversificado onde áreas distintas do conhecimento se articulam, tanto nos níveis de gestão nacional e estadual, quanto no nível local – justifica a realização de pesquisas e avaliações para melhor compreender os cenários de prática, os efeitos da implementação e os aspectos organizacionais e processuais.

2.3 Competência em promoção da saúde

Competência é uma palavra do senso comum utilizada para designar uma pessoa qualificada para realizar alguma tarefa (FLEURY; FLEURY, 2001). É objeto de estudo e discussão no campo da educação e do trabalho desde os anos 70, época na qual testar as competências das pessoas, ao invés da inteligência, passou a ter maior aceitação pelos psicólogos (DEMPSEY et. al., 2010).

Ao longo dos anos, competência tem sido caracterizada como um termo polissêmico e sustentada por diferentes matrizes epistemológicas (LIMA, 2005; DELUIZ, 2001). De modo geral, um conjunto de tarefas que constitui um cargo ou uma profissão é o referencial para o conceito de competência, que se associa aos verbos "[...] saber agir, mobilizar recursos, integrar saberes múltiplos e complexos, saber aprender, saber engajar-se, assumir responsabilidades e ter visão estratégica" (FLEURY; FLEURY, 2001, p.187). Para Freitas e Brandão (2005), adotando a visão da psicologia, competência é uma combinação sinérgica de atitudes, habilidades e conhecimentos.

O conceito validado na área da saúde por Saupe et al. (2006, p.33), diz que competência é resultante "[...] de um conjunto de capacidades referidas aos conhecimentos, às habilidades e às atitudes, que conferem ao profissional condições para desenvolver seu trabalho". Perrenoud (2002, p.15), sociólogo da educação, compreende competência como a "[...] capacidade de mobilizar diversos recursos cognitivos para enfrentar determinadas situações", como o saber-fazer, saber-ser, saber-agir.

Assim, são exemplos de mobilização de competências saber orientar-se em uma cidade desconhecida, mobilizar as capacidades de ler um mapa, de localizar-se, de pedir informações ou conselhos e os saberes sobre escala, elementos da topografia ou referências geográficas (PERRENOUD, 2000).

No campo da PS, competência é "uma combinação de conhecimentos, habilidades e atitudes, a qual possibilita que um indivíduo desempenhe tarefas de acordo com um padrão" (DEMPSEY et al., 2010, p.2). Em CPS, também pode ser encontrado a nomenclatura competências centrais (em inglês *core competencies*), ou seja, um conjunto mínimo de competências essenciais que constitui um padrão para o desenvolvimento profissional de promotores de saúde (DEMPSEY et al., 2010, 2011).

Considerando as matrizes teórico-conceituais que embasam a identificação, a construção de modelos, o desenvolvimento e a avaliação das competências, podem ser citadas as matrizes condutivista, funcionalista, construtivista e crítico-emancipatória (DELUIZ, 2001a). As duas primeiras seguem, tradicionalmente, uma tendência hegemônica (RAMOS, 2001); a condutivista, oriunda da pedagogia e da psicologia, é voltada para a eficiência e o mercado de trabalho (LIMA, 2005) e sua análise parte das características de trabalhadores exemplares; e a funcionalista, oriunda da sociologia, se pauta na descrição de resultados que devem ser atingidos em uma determinada função a partir da análise funcional, desconsiderando todo o processo realizado para se obter os resultados (DELUIZ, 2001a). A matriz construtivista "[...] ressalta a experiência concreta dos sujeitos como conjunto de situações significativas de aprendizagem [...]" (VALLE et al., 2003, p.29) na construção coletiva das competências requeridas, segundo categoria funcional (RAMOS, 2001). E, por fim, a matriz crítico-emancipatória ainda está em construção e é teoricamente fundamentada no pensamento crítico-dialético, se preocupa em atender os interesses dos trabalhadores, "a dinâmica e as contradições do mundo do trabalho", onde a noção de competência situa-se e refere-se "[...] aos contextos, espaços e tempos socioculturais, ancorada em dimensões macrossocioculturais de classe social, gênero, etnias, grupos geracionais, entre outras" (DELUIZ, 2001a).

Particularmente sobre as CPS, os conjuntos internacionais e de experiências isoladas não utilizaram essas matrizes, assim, justifica-se que as mesmas tenham sido abordadas nesta revisão para melhor compreender a noção de competência.

Segundo Salazar (2004), não há como promover saúde sem que haja a presença de ações permanentes que favoreçam a aquisição e o desenvolvimento de habilidades e capacidades de promotores de saúde e da população, a partir de um processo político e social. Nesse sentido, o interesse internacional na definição de

CPS se fundamenta nas necessidades da reorientação dos serviços de saúde e da construção de capacidades de equipes de trabalho, haja vista a complexidade para o desenvolvimento político, teórico e prático da PS.

No cenário atual de crescimento na implementação de políticas públicas que visam a PS da população, é esperado que "promotores de saúde" tenham as competências necessárias para atingir a efetividade da PS (BATTEL-KIRK et al., 2009). A importância atribuída às competências em relação a efetividade é embasada no pressuposto que esta depende, também, de uma equipe de trabalho capaz de mobilizar habilidades e conhecimentos de PS, atuais e adaptáveis a mudanças (SHILTON, 2009).

A relevância da utilização de CPS está pautada na potencialidade das competências servirem como um ponto de referência para:

- Estabelecer padrões profissionais (HEALTH SCOTLAND, 2005; SPELLER et al., 2009; TAUB et al., 2009) e criar mecanismos que assegurem a qualidade de trabalho (TAUB et al., 2009);
- Recrutar trabalhadores (NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; HYNDMAN, 2007);
- Identificar a necessidade de treinamento (HYNDMAN, 2007) e estruturar programas de preparação e treinamento profissional (NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; HEALTH SCOTLAND, 2005; ; HYNDMAN, 2007, 2009; SHILTON et al., 2008a; MORALES et al., 2009; DEMPSEY et al., 2010, 2011);
- Nortear a formação acadêmica (MELVILLE et al., 2006; SHILTON et al., 2008, 2008a; MORALES et al., 2009; DEMPSEY et al., 2010, 2011);
- Elaborar as diretrizes de acreditação (TAUB et al., 2009; DEMPSEY et al., 2010, 2011);
- Orientar a elaboração de instrumentos de avaliação (HYNDMAN, 2007);
- Aumentar o entendimento sobre os conhecimentos e habilidades requeridas pelos promotores de saúde no planejamento, na implementação e na avaliação de programas (HYNDMAN, 2007);
- Avaliar a qualidade do trabalho (NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004).

O país precursor na definição de CPS foi a Austrália, onde a primeira identificação de competências foi feita na década de 90 pelo Centro Australiano para Pesquisa de Promoção da Saúde da Curtin University e outras instituições de ensino

(SHILTON et al., 1994). Atualmente, podem ser encontradas iniciativas de diversos países e um consenso global, todos atuantes no processo de construção e utilização de conjuntos de CPS (NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; HEALTH SCOTLAND, 2005; MELVILLE et al., 2006; SHILTON et al., 2008; BARRY et al., 2009; HYNDMAN, 2007, 2009; ALLEGRANTE et al., 2009; DEMPSEY et al., 2010, 2011). Dentre as iniciativas isoladas, Austrália, Canadá (SPELLER et al., 2009) e Europa (ALLEGRANTE et al., 2009) são reconhecidos pelas contribuições importantes à área.

Agências internacionais de saúde pública, de educação e de PS, instituições de ensino e de pesquisa e consultores individuais são os principais envolvidos no delineamento e utilização de CPS. Segundo Shilton et al. (2008), as competências em PS receberam destaque na Melbourne World Conference Workforce Development Stream de 2004, e a importância do tema foi reconhecida também pela União Internacional para a UIPE e pelo Consórcio Canadense para Pesquisa em PS (IUHPE; CCHPR, 2007). Estes documentos destacam a demanda na produção internacional sobre competências em PS para a elaboração de um quadro referencial comum a todos os países, servindo-os como um guia na definição de linhas de trabalho e atuação em PS.

Na tentativa de atender essa demanda, em 2008, na Irlanda, foi realizada a Conferência de Galway (ALLEGRANTE et al., 2009), organizada pela UIPE, Society for Public Health Education e pelo Centers for Disease Control and Prevention nos Estados Unidos, com a participação de especialistas em PS da Universidade Nacional da Irlanda (BARRY et al., 2009). A Conferência objetivou dar início ao processo internacional de intercâmbio e entendimento sobre competências e diretrizes de acreditação em PS e educação em saúde (BARRY et al., 2009). A Conferência culminou com a elaboração do Consenso de Galway, abordando uma lista com 7 domínios de competências (DC) em PS (DCPS) (ALLEGRANTE et al., 2009; BARRY et al., 2009). Apesar do interesse em ter representatividade mundial na Conferência, esta ficou limitada com a participação de representantes de instituições acadêmicas, entidades governamentais, ONG e profissionais de países europeus e norte-americanos (ALLEGRANTE et al., 2009), sem representação latino-americana.

Na América Latina, o Consórcio Interamericano de Universidades e Centros

de Formação de Pessoal em Educação para Saúde e PS (ARROYO, 2010) representa uma importante ação regional para a temática das CPS. Uma pesquisa realizada a partir desse Consórcio analisou os enfoques e características de cursos acadêmicos ibero-americanos em PS e educação em saúde, em que foram incluídos também os cursos de pós-graduação da Escola Nacional de Saúde Pública Sérgio Arouca da Fundação Osvaldo Cruz, Rio de Janeiro, e da Universidade de Franca, São Paulo. Os resultados da pesquisa permitiram identificar e sistematizar uma série de competências profissionais para PS e educação em saúde, desenvolvidas a partir das matrizes curriculares dos cursos de graduação, especialização, mestrado e doutorado, com ênfase em PS (ARROYO, 2009).

A utilização da CPS apresenta aspectos positivos, os quais conferem uma certa potencialidade às competências, mas, também, aspectos negativos, sugerindo cautela no emprego dos conjuntos para evitar que os mesmos limitem a capacidade profissional e ignorem a diversidade de contexto onde as práticas estão inseridas (SHILTON et al., 2001; 2008a). Quanto aos aspectos positivos, Shilton et al. (2008a) destacam que as CPS favorecem o desenvolvimento e revisão de cursos acadêmicos, o uso da advocacia, a construção de capacidades da equipe de trabalho e da gestão e definição de funções operacionais. Mas, em contrapartida, podem causar negligência de valores e princípios, promover reducionismo e mecanicismo no exercício profissional, limitar a inovação e a criatividade e por fim, subvalorizar a experiência profissional (SHILTON et al., 2001). Portanto, é importante avaliar e desenvolver competências a partir de uma abordagem crítico-emancipatória para evitar possíveis negligências, limitações e subvalorizações das capacidades dos profissionais.

2.3.1 Aspectos metodológicos na construção de conjuntos de competências em promoção da saúde

Um conjunto de CPS é constituído por uma série de competências agrupadas em domínios, ou áreas. O quadro 1 apresenta os domínios em PS contemplados nos conjuntos de cinco países, uma iniciativa regional e outra internacional.

Quadro 1 - Domínios dos conjuntos de competências em promoção da saúde de diferentes países e iniciativa regional e internacional.

Domínios	Austrália	Nova Zelândia	Canadá	Escócia	Consenso de Galway	CompHP	Israel
Advocacia	X	X	X	—	X	X	—
Avaliação/pesquisa	X	X		X	X	X	X
Catalisação de mudança	—	—	X	X	X	X	
Comunicação	X	X	X	X	—	X	X
Conhecimento histórico do contexto	—	X	—	—	—	—	X
Conhecimento/teoria em PS	X	X	X	—	—	X	X
Desenvolvimento profissional	—	X	—	—	—	—	—
Diagnóstico das necessidades/potencialidades	X	—	X	X	X	X	X
Empoderamento	X	X	—	—	—	—	—
Implementação	X	X	—	X	X	X	X
Iniquidade/equidade	—	—	—	X	—	—	—
Liderança	—	X	X	X	X	X	—
Gestão	X	—	X	X	—	—	X
Parceria	X	—	X	X	X	X	—
Planejamento	X	X	X	X	X	X	X
Uso de ferramentas tecnológicas	X	—	—	—	—	—	X
Valores éticos/diversidade cultural	X	X	—	—	—	X	X

Fonte: adaptado de Dempsey et al. (2010).

A elaboração e a utilização desses conjuntos têm influências das "[...] da medicina, saúde pública, PS e educação em saúde [...]" causando efeitos nos "[...] conceitos de prática, preparação, autonomia e autoridade profissional" (TAUB et al., 2009, p.440). Por isso, o campo de aplicação dos conjuntos é diversificado, envolvendo desde promotores de saúde, pesquisadores e professores da área até formuladores de políticas, tomadores de decisão de instituições governamentais e ONG, instituições internacionais (BARRY et al., 2009) e profissionais de outras áreas que têm interface com a PS (DEMPSEY et al., 2010).

O processo de construção de conjuntos de CPS envolve a mobilização de atores sociais e a utilização de metodologias variadas. A primeira etapa do processo consiste na revisão de literatura para conhecer as produções já realizadas e agregar informações acerca das habilidades, conhecimentos e padrões profissionais necessários para as equipes de trabalho em PS (MCCRACKEN; RANCE, 2000; MELVILLE et al., 2006; GHASSEMI, 2009; BARRY et al., 2009; Dempsey et al., 2010, 2011). Outra forma eficiente para obter informações sobre competências é o intercâmbio de informações entre países. Por exemplo, devido à diversidade cultural e étnica na Nova Zelândia, esta apresentou interesse em desenvolver ações de PS para povos indígenas, no entanto a falta de literatura a esse respeito impulsionou o intercâmbio com profissionais da África do Sul, Canadá, Austrália e Estados Unidos (MCCRACKEN; RANCE, 2000).

As outras etapas do processo incluem a identificação de competências e a confirmação com especialistas para o estabelecimento de consenso. Dentre as possíveis técnicas ou metodologias podem ser citadas: questionários para consulta com especialistas (MCCRACKEN; RANCE, 2000; MELVILLE et al., 2006; HYNDAM, 2009; HEALTH SCOTLAND, 2005) fórum de discussão (NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; Dempsey et al., 2011) consultoria (HEALTH SCOTLAND, 2005; Dempsey et al., 2011) grupo focal (Dempsey et al., 2011); Técnica Delphi (HOWAT et al., 2000; SHILTON et al., 2008; Dempsey et al., 2011) e oficina de trabalho (HOWAT et al., 2000; GHASSEMI, 2009).

Dentre as iniciativas encontradas na literatura, a de Israel foi a única que utilizou um modelo adaptado de outro país, no caso, da Austrália, para identificar as competências necessárias no contexto israelense (MELVILLE et al., 2006).

O Consenso de Galway (BARRY et al., 2009; ALLEGRANTE et al., 2009) e o

CompHP (DEMPSEY et al., 2011) podem ser utilizados internacionalmente por ter considerado os conjuntos já delineados em outros países. O conjunto de CPS do Consenso de Galway foi construído desde o início numa perspectiva de abrangência global (BARRY et al., 2009; ALLEGRANTE et al., 2009). Nos meses prévios à conferência, grupos de pesquisadores e profissionais elaboraram artigos de revisão sobre CPS os quais foram discutidos durante o evento e culminaram na definição da versão preliminar do conjunto de competências. Ao término da conferência a versão preliminar foi submetida à consulta pública por 6 meses para que profissionais da área e áreas afins fizessem comentários e sugestões. Na sequência, o conjunto de CPS foi novamente revisado visando atingir a versão para publicação (BARRY et al., 2009).

A produção pan-europeia CompHP considerou a situação política da PS de diversos países (DEMPSEY et al., 2011) e utilizou como subsídios o Consenso de Galway, revisão de literatura, Técnica Delphi, grupos focais e consultorias com promotores de saúde e pessoas-chave inseridas em ações de PS para elaborar sua lista das competências em PS (DEMPSEY et al., 2011).

Em outros conjuntos, as CPS foram delineadas de acordo com estágios de prática ou formação sendo que quanto maior a atuação e grau de formação na área, mais complexas são as competências (NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; HEALTH SCOTLAND, 2005; AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION ASSOCIATION, 2009). Em alguns casos as CPS são requeridas e desenvolvidas desde o início da inserção profissional, mesmo quando não há formação prévia em PS (NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; HEALTH SCOTLAND, 2005; SHILTON et al., 2008; AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION ASSOCIATION, 2009).

Os conjuntos de CPS estão sujeitos a revisões periódicas para verificar a coerência das competências utilizadas frente as constantes transformações sociopolíticas e ao dinamismo das práticas em PS, no intuito de aperfeiçoá-los de acordo com a realidade de cada contexto (BARRY et al., 2009). O Canadá (HYNDAM, 2009) e a Austrália têm realizado revisões com essas finalidades (SHILTON et al., 2002 apud SHILTON et al., 2008).

2.3.2 O Projeto CompHP

Este subcapítulo é referente ao Projeto Pan-europeu da Oficina Europeia da União Internacional de Promoção e Educação em Saúde "Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe" de autoria de Dempsey et al. (2011), portanto todo o texto foi construído com base na publicação das referidas autoras.

O objetivo do Projeto é desenvolver padrões de competência e um sistema de acreditação para a prática da PS e da educação e treinamento, que poderão ter impacto positivo na capacidade da força de trabalho, tendo em vista melhorias na saúde pública da Europa. Teve início em 2009, com o financiamento da Executive Agency for Health and Consumers, e articula 24 parceiros europeus de diferentes áreas, tais como desenvolvimento profissional, política, práticas e setores acadêmicos de PS, sendo também apoiado por um conselho internacional de peritos com experiência no desenvolvimento internacional de CPS. A justificativa para a realização do Projeto é que apesar dos objetivos da PS estarem claramente definidos nas estratégias da União Europeia, não existe um consenso sobre as competências, padrões ou sistemas de acreditação que garantam um padrão de qualidade para atingir estes objetivos (DEMPSEY et al., 2011).

Com o desenvolvimento do Projeto alguns manuais já foram publicados. O primeiro refere-se ao manual de CPS que pode ser utilizado por diferentes áreas do conhecimento na execução de ações, treinamentos e acreditação em PS visando assegurar qualidade e sustentabilidade em PS. Outras publicações dizem respeito às diretrizes de acreditação para PS na Europa e aos padrões profissionais baseados em competências (IUHPE, 2012).

Em junho de 2012 o assunto CPS para uma prática efetiva foi tema da 16ª Conferência Anual de Promoção da Saúde da Universidade de Galway, Irlanda, sob coordenação do grupo do Projeto CompHP (NUI GALWAY, 2012). O evento teve a participação de profissionais e estudiosos de vários países e contou com apresentações orais e em pôster de trabalhos na área da PS e educação em saúde. Destaca-se que no dia anterior à conferência, os integrantes do projeto reuniram-se para dialogar sobre a implementação e a sustentabilidade da produção atingida (ex. sistema de credenciamento, padrões profissionais e conjunto de CPS) através do Projeto CompHP, o qual deverá ser finalizado em outubro de 2012 (BATTEL-KIRK,

2012).

As competências listadas no CompHP são similares com as utilizadas em outros países (Nova Zelândia, Austrália, Canadá e Reino Unido), nas áreas de saúde pública e educação em saúde e nas competências do Consenso de Galway. Além disso, o conjunto é direcionado, principalmente, para profissionais graduados ou pós-graduados em PS ou cursos afins, e dos iniciantes aos mais experientes. No entanto, profissionais de áreas que de alguma forma têm interface com a PS – as autoras do Projeto citam saúde pública, educação em saúde, ciências sociais, psicologia, sociologia, epidemiologia, comunicação, saúde ambiental, desenvolvimento comunitário, urbano ou rural, ciências políticas e educação – também podem considerar apropriado utilizar o conjunto, sobretudo, aqueles sem preparação prévia, o que configura uma situação na qual as competências podem servir como diretrizes para reconhecer e avaliar as experiências já existentes e o treinamento subsequente (DEMPSEY et al., 2011).

Dentre as aplicabilidades do CompHP e os benefícios que este pode proporcionar às equipes de trabalho e à área da PS, destaca-se a sua potencialidade para uma prática mais responsável, na identificação das necessidades de treinamento e na (re)estruturação e desenvolvimento de treinamento e qualificação profissional (DEMPSEY et al., 2011).

O conjunto de CPS do CompHP abrange valores, habilidades e conhecimentos necessários para uma prática efetiva (APÊNDICE A). Os valores incluem a crença na equidade e justiça social, respeito à autonomia e à escolha individual e coletiva a partir de um trabalho participativo e colaborativo. Os conhecimentos concentram-se nos princípios, conceitos e teorias da PS, noção de pesquisa e de aplicação prática. Nesse sentido, os valores são essenciais para a PS e formam o contexto na qual as competências são praticadas, e os conhecimentos descrevem os conceitos e princípios fundamentais que tornam particular a prática da PS. Assim, os valores e os conhecimentos são transversais às 47 competências que estão agrupadas em 9 DCPS (DEMPSEY et al., 2011), que estão apresentados na figura 1.

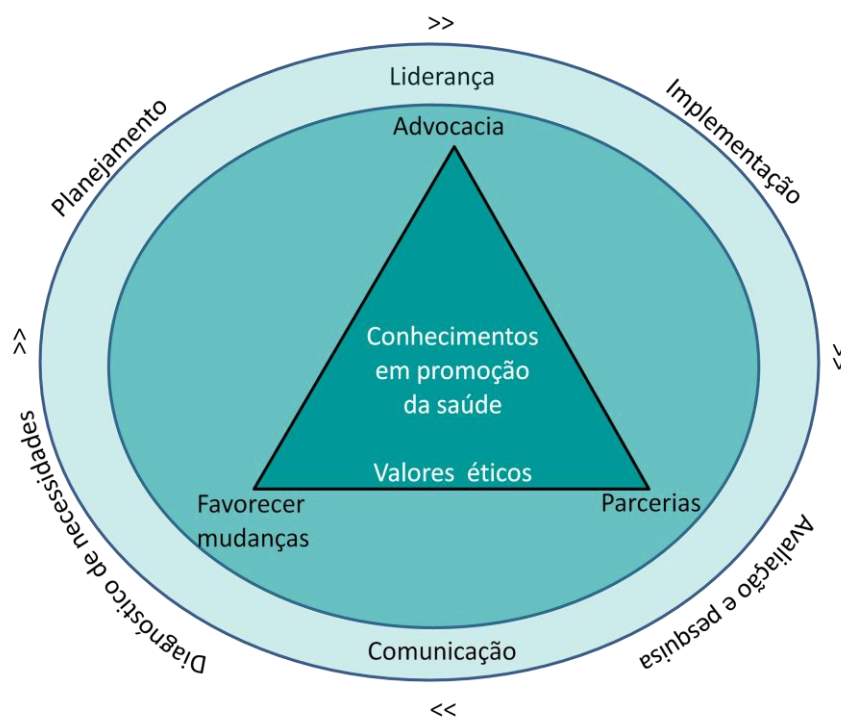


Figura 1 - Domínios de competências em promoção da saúde expressos no CompHP
 Fonte: Adaptado de Dempsey et al. (2011)

Como já mencionando anteriormente, os domínios de CPS refletem os princípios da PS (DEMPSEY et al., 2010, 2011) porque se aplicam na prática intersetorial e colaborativa visando a sustentabilidade, e, portanto a aplicabilidade das CPS pode se estender a diversas iniciativas de PS. Deste modo, no intuito de compreender a utilidade das CPS para os programas de PS desenvolvidos no âmbito escolar segue o próximo subcapítulo.

2.3.3 Os domínios de competências em promoção da saúde do CompHP e a promoção da saúde escolar

As CPS estabelecem várias relações com as práticas de PS escolar, sejam essas práticas institucionalizadas ou não. O ponto de partida para desenvolver ações de PS na escola é entender que estas devem ser realizadas de forma intersetorial, o que transcende a intrassetorialidade (dentro do mesmo setor) e abarca setores como saúde, desenvolvimento social, cultura, meio ambiente, esporte, entre outros. Além disso, é fundamental que as equipes que implementam as práticas tenham a noção de PS, principalmente sobre empoderamento, equidade,

advocacia em saúde e participação social.

O trabalho colaborativo e compartilhado e a horizontalização do poder são fundamentais para o desenvolvimento da PS escolar quando há articulação de setores e de saberes, particularmente se as ações forem realizadas no espaço da escola com a presença de profissionais de saúde (Rocha et al., 2002). Isto porque, pode ocorrer uma certa desigualdade entre estes e os professores, pois há uma tendência das equipes de saúde desempenhar um papel autoritário ditando o que os professores devem fazer, o que, conseqüentemente, prejudica a intersetorialidade e a participação do corpo docente no desenvolvimento das ações (Rocha et al., 2002).

Um aspecto da intersetorialidade no âmbito das EPS é que as práticas intersetoriais no campo educacional exercem um papel fundamental para a efetivação da educação integral, já que esta configura-se a partir da fusão de políticas públicas de "[...] cultura, esporte, meio ambiente, assistência social, tecnologia, habitação e saúde [...]" (FERREIRA, 2009, p.18). Além disso, Junqueira et al. (1997) explicam que o trabalho intersetorial emerge da construção de consensos sobre objetivos e metas comuns e da articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas, visando o desenvolvimento social.

Um dos enfoques do CompHP é que os promotores de saúde possam contribuir para o acesso aos serviços de saúde, a redução das iniquidades e o empoderamento (DEMPSEY et al., 2011). No Brasil, sabe-se que os adolescentes têm acesso restrito aos serviços públicos de saúde e os profissionais têm dificuldades em fazer o acolhimento (MACHADO, 2012; GOMES; HORTA, 2010), e, nesse sentido os programas de EPS têm potencial para reduzir as iniquidades em saúde da população juvenil (GOMES; HORTA, 2010).

Além disso, as práticas destinadas a essa população precisam estar pautadas na visão holística para evitar o desvio da concepção ampliada da saúde e a redução das práticas de PS à abordagem biológica. Ademais, ações pontuais ou programas desenvolvidos à luz do olhar integral, independentemente dos setores envolvidos, necessitam incluir também a educação popular, englobando assuntos e aspectos da sociedade, tais como "[...] afetividade, transmissão de valores, religiosidade, cultura, mercado de trabalho, mídia e sua influência, consumismo [...]", respeito as

diversidades, direitos, condições de vida, entre tantos outros (GOMES; HORTA, 2010, p.492).

O desenvolvimento do empoderamento dos escolares é outro aspecto importante e primordial na implementação de EPS. Carvalho S.R. (2004a) utiliza a classificação de empoderamento psicológico e comunitário, sendo que o primeiro diz respeito a "[...] um sentimento de maior controle sobre a própria vida que os indivíduos experimentam através do pertencimento a distintos grupos, e que pode ocorrer sem que haja necessidade de que as pessoas participem de ações políticas coletivas" (p.1090). O segundo, é "[...] um processo de validação da experiência de terceiros e da legitimação da sua voz e, ao mesmo tempo, de remoção de barreiras que limitam a vida em sociedade" (p.1093).

O empoderamento é fundamental para a advocacia, a qual é originária na democracia americana e utilizada para expressar reivindicações de direito realizadas por indivíduos ou grupos organizados a fim de sensibilizar autoridades, particulares e o poder público sobre necessidades demandadas pela população (DALLARI et al., 1996). No contexto da EPS, tanto profissionais e parceiros envolvidos quanto escolares e seus familiares precisam ser capazes de advogar a favor da saúde. Particularmente para os adolescentes, a advocacia tem um importante papel na construção de cidadania (FEUERWERKER, 1996), e por isso é um tema pertinente para o fortalecimento do protagonismo juvenil. Este tem relação com envolvimento de jovens em seu contexto escolar, social e/ou político e caracteriza-se como uma ação cidadã (FERRETTI et al., 2004).

Sabe-se, também, que a implementação de programas de PS requer o apoio de parceiros institucionais e sociais de diversos setores (WHO, 2005, 2009), os quais firmam um acordo voluntário para trabalhar cooperativamente frente a interesses comuns em determinado programa (LABONTE, 1996; WHO, 1998). Por serem parcerias voluntárias, cabe aos executores viabilizar as condições para o fortalecimento das alianças e facilitar a participação corresponsabilizada.

Nas práticas de PS realizadas no âmbito escolar não seria diferente, a construção e o desenvolvimento de programas de EPS também demandam a existência de múltiplos parceiros (GLEDDIE, 2011). Na IREPS, a categoria parceria integra as estratégias do seu plano de ação no intuito de estimular a formação de redes e fortalecer a EPS/OPAS. Para tanto, os atores (profissionais envolvidos)

precisam identificar instituições de ensino, agências do governo, organizações governamentais e não governamentais e setor privado, entre outros atores estratégicos que tenham capacidades para atuar em PS escolar, e, então, formar alianças para possibilitar o desenvolvimento de iniciativas sem sobrecarregar um único setor ou um grupo específico de trabalho (IPPOLITO-SHEPERD, 2006).

A proposta de EPS/OPAS, implementada em 10 municípios (205 escolas e 98 UBS) do estado de Tocantins, demonstrou o alcance de uma gestão integrada em uma iniciativa semelhante ao PSE. Nesta, os atores dos níveis estadual, municipal e local se organizaram em cada nível para realizar a gestão integrada do programa, formando um sistema de cogestão entre saúde e educação (PALMAS, 2006). A gestão integrada foi realizada em todos os momentos da implementação (diagnóstico, planejamento, monitoramento e avaliação) e foi viabilizada por processos coletivos de educação permanente que envolveram conceitos, objetivos, possibilidades e desenvolvimento de competências em cogestão por meio da educação popular (PALMAS, 2006).

Para o desenvolvimento político e teórico-operacional da PS e conseqüentemente de projetos, programas e ações da área, tem sido difundida a importância da liderança (DECLARAÇÃO DO MÉXICO, 2000; WHO, 2005; WHO, 2009). Esta mantém uma relação estreita com possibilitar e facilitar a participação de outros setores e de parceiros (DECLARAÇÃO DO MÉXICO, 2000), e com o estabelecimento e alcance de avanços nas práticas (WHO, 2005; WHO, 2009) a partir da compartilhamento da coordenação, da gestão e do trabalho.

Além disso, a adequada comunicação intra e interprofissionais e a divulgação das ações e resultados de programas são capazes de transformar as práticas. Por exemplo, Inchley et al., (2006) utilizaram uma abordagem de múltiplos casos para conhecer os principais elementos no nível organizacional que estão relacionados com a efetividade da implementação de EPS no município de Alberta, Canadá. Um dos elementos encontrados foi o trabalho colaborativo (o que mais uma vez reforça essas aspectos), em conseqüência da boa comunicação e do diálogo estabelecido entre os atores e parceiros.

Considerando o planejamento de programas de PS e de EPS, é consenso na literatura que este deve ser seguido de um diagnóstico apropriado (WHO, 1999; LEE et al., 2005; PEDROSA, 2006; SMITH et al., 2006; IPPOLITO-SHEPHERD, 2006,

[200-]; INCHLEY et al., 2009). Portanto, pode-se dizer que o diagnóstico é requisito para o planejamento, e este, como ocorre nas EPS, é um dos critérios para o credenciamento à uma proposta (IPOLITO-SHEPHERD, 2006) e para uma implementação apropriada (WHO, 1999; NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2003).

Tanto o diagnóstico quanto o planejamento podem ser realizados por atores-chave em conjunto com os parceiros e o público beneficiado, principalmente em se tratando de ações originárias de política pública saudável (TEIXEIRA, 2004). Esta autora também ressalta aspectos já abordados anteriormente, mas aplicados ao planejamento, ou seja, este é um processo que constitui "[...] um espaço de poder compartilhado e de articulação de interesses, saberes e práticas das diversas organizações envolvidas" (p.42), contribuindo para a implementação de ações de acordo com uma programação prévia e dentro das potencialidades e limitações do contexto de prática.

Outros elementos a serem considerados na implementação de qualquer programa de PS são o monitoramento e a avaliação. Estes fazem parte dos princípios das EPS em um panorama internacional, pois é incabível pensar em desenvolver um programa sem a adoção do monitoramento contínuo e da avaliação deste (IUHPE, [2000]). A execução de tais procedimentos dependem da abordagem que se dá ao programa de PS. Para Rowling e Jeffreys (2000) a ideologia em torno dos determinantes de saúde influenciam o que e como mensurar, e quando as práticas estão embasadas no conceito positivo da produção de saúde, norteadas por princípios e valores, tende-se a optar por métodos de monitoramento e avaliação da equidade e parceria.

Particularmente sobre a avaliação, esta tem um importante papel na favorecimento de ações e programas de PS sustentáveis. Portanto, a inclusão da avaliação em um domínio de CPS é, de certo modo, um avanço para a área. Considerando que esta pesquisa é uma pesquisa avaliativa de processo (SALAZAR, 2004), o próximo tópico apresenta aspectos da avaliação em PS.

2.4 Avaliação em promoção da saúde

Avaliação é considerada uma disciplina (SCRIVEN, 2001) e uma prática em aperfeiçoamento contínuo influenciado por tendências e expectativas internacionais (PATTON, 2001), que está presente em diversos âmbitos do espaço social (SILVA, 2005). As práticas e as teorias da avaliação contemporânea são produtos da contribuição intelectual e científica de várias áreas do conhecimento, como da economia, educação e das ciências sociais, e ainda, das experiências profissionais que foram se somando por anos (ROOTMAN et al., 2001).

De modo geral, na história da avaliação 4 gerações podem ser apontadas (GUBA; LINCOLN, 1989): a primeira, conhecida como a geração da mensuração, referia-se aos testes escolares e mentais; a segunda, surgiu logo após a Primeira Guerra Mundial com uma abordagem descritiva do processo, centrada em pontos fracos e fortes em relação a certos objetivos, em que estudante e currículo de ensino eram os objetos da avaliação; na terceira, durante a metade do século XX, surgiram muitos modelos avaliativos voltados para o julgamento, em que o avaliador tinha o papel de juiz com rigor técnico e descritivo; e a quarta e última geração veio para solucionar os problemas, as falhas e as lacunas das anteriores, com uma visão mais qualificada e informada da realidade. A avaliação de quarta geração apresenta um modelo teórico-metodológico que considera as reivindicações, as preocupações e as questões da equipe avaliadora com a avaliação (GUBA; LINCOLN, 1989).

Certamente esses diferentes modelos avaliativos influenciaram na variedade de definições atribuídas à avaliação no decorrer dos anos (ROOTMAN, 2001; PEDROSA, 2004). Segundo Worthen et al. (2004), a definição que se sobressaiu foi elaborada por Scriven, a qual refere-se à avaliação como o ato de julgar o valor ou o mérito de alguma coisa. Contudo, após décadas, Scriven (2001) informou que avaliar não necessariamente envolveria o julgamento, mas, poderia se relacionar com medidas frente a um padrão estabelecido. Este pensamento foi compartilhando por outros autores, equiparando avaliação à mensuração (WORTHEN et. al., 2004).

Expandindo o conceito, esses últimos autores definiram avaliação como "[...] identificação, esclarecimento e aplicação de critérios defensáveis para determinar o valor, a qualidade, a utilidade, a eficácia ou a importância do objeto avaliado em relação a esses critérios [...]" (WORTHEN et. al., 2004, p.35). Já autores brasileiros,

como Silva e Brandão (2003, p.3), entendem a avaliação como

[...] a elaboração, negociação e aplicação de critérios explícitos de análise, em um exercício metodológico cuidadoso e preciso, com vistas a conhecer, medir, determinar ou julgar o contexto, mérito, valor ou estado de um determinado objeto, a fim de estimular e facilitar processos de aprendizagem e de desenvolvimento de pessoas e organizações.

Apesar da diversidade conceitual, a avaliação tem como objetivo básico produzir julgamentos de qualquer coisa que esteja sendo avaliada (WORTHEN et al., 2004). Portanto, devido sua grande aplicabilidade se faz presente nas atividades organizacionais da sociedade atual, em especial, na saúde, um campo onde o objeto, os níveis e as características da avaliação devem ser cautelosamente considerados (SILVA, 2005).

Na contemporaneidade, os livros de avaliação que no século XX referiam-se especificamente ao ato de testar estudantes, apresentam modelos e abordagens avaliativas centradas em programas (SCRIVEN, 2001). E, é através destes que são implementadas a maioria das ações de PS que resultam da criação de políticas públicas. Logo, a avaliação de programas de PS é "[...] especialmente importante tendo em vista que se trata de iniciativa de natureza complexa, envolvendo processos de transformação coletivos com impacto a médio e longo prazo" (SÍCOLI; NASCIMENTO, 2003, p.110).

A avaliação em PS é um campo de estudo e uma prática emergente que requer dos avaliadores conhecimento técnico, organizacional e científico para responder às críticas ao modelo tradicional da avaliação, ou seja, aquele centrado nos resultados de mudanças comportamentais. Para Hartz (1999), o problema desse modelo é que o aspecto histórico, político e social em que o programa ocorre, os diferentes contextos de implantação e os mecanismos que deram origem aos resultados nem sempre são considerados quando deveriam.

Nesse sentido, Salazar (2004) e Rootman et al. (2001) ressaltam que os processos de implementação e de construção de capacidades e os determinantes de saúde presentes no contexto dos programas deveriam constituir os objetos da avaliação para a tomada de decisão e a reorientação das ações. No entanto, cabe destacar que os determinantes da avaliação em PS é o significado dado à PS e o sentido atribuído à avaliação (PEDROSA, 2004).

O conceito de avaliação em PS é variado, para Rootman et. al. (2001), é um

exame sistemático e diagnóstico das características de um programa ou outra intervenção, visando produzir conhecimento que pode ser utilizado por diferentes atores sociais para objetivos variados. Essa definição reforça a premissa de que os fins da avaliação em PS são concretizados quando os resultados encontrados são utilizados na orientação das ações ou programas, produção de conhecimento, confirmação ou negação de uma determinada teoria e produção de provas/evidências sobre a efetividade da intervenção (CARVALHO et. al., 2004). Por isso, a avaliação deve ser uma ação permanente (PEDROSA, 2004; MEDINA et al. 2005) produzindo informações que podem gerar melhoras nas intervenções ou conduzir à um julgamento de determinados aspectos ou da intervenção como um todo (SILVA, 2005).

Diversos modelos de avaliação foram propostos por estudiosos da PS (NUTBEAM, 1998; SALAZAR, 2004), já que não existe uma abordagem ideal (AKERMAN et al., 2004). Entretanto, é de suma importância que a abordagem escolhida esteja relacionada com o problema e a pergunta de avaliação (NUTBEAM, 1998; SALAZAR, 2004).

Ao considerar a importância do empoderamento e da equidade na base conceitual da PS, a utilização da abordagem da avaliação participativa, na qual há o engajamento da comunidade, mostra-se adequada, pois

[...] somente com a estratégia participativa é possível selecionar indicadores que sejam apropriados para determinado contexto e partilhar o poder que irá [...] facilitar o empoderamento e maior participação coletiva (WALLERSTEIN, 2009, p.84).

Independente do modelo adotado, Potvin et al. (2008) esclarecem os desafios da avaliação com destaque para: a definição do objeto a ser avaliado, o que vai influenciar na definição da pergunta avaliativa; o desenvolvimento e o emprego de uma metodologia apropriada; e, a produção de informação e conhecimento necessário para a tomada de decisão.

Outra questão importante a ser considerada é o recorte da avaliação, que surge em decorrência das necessidades do programa. Há na literatura avaliações centradas em resultados finais e no desenvolvimento da gestão, com enfoques variando entre efetividade, impacto, eficácia, qualidade, equidade, cobertura e a satisfação do usuário (SILVA; FORMIGLI, 1994). Para Akerman et al., (2004) independentemente da abordagem utilizada é primordial que durante todo o

processo de avaliação valores e princípios sejam cumpridos para se ter boas práticas avaliativas. Ainda, Pedrosa (2004, p.626) chama a atenção para a importância de um olhar externo no processo avaliativo, "[...] de modo que se contribua para a democratização institucional, o desenvolvimento da capacidade de aprendizagem política e de enfrentamento criativo dos problemas [...]".

No Brasil, desde 2005, ocorre bianualmente o Seminário Brasileiro de Efetividade em Promoção da Saúde, reunindo especialistas da área, representantes de setores governamentais, universidades e profissionais para a troca e construção de conhecimentos através do debate, palestras e exposição de experiências de avaliação em PS e assuntos relacionados (SBEPS III, 2011). O diálogo estabelecido na segunda edição deste seminário demonstrou que há empenho nacional na busca por efetividade em PS em um contexto histórico, político e teórico, mas, para isso, metodologias sistemáticas devem ser adotadas, e, portanto, os profissionais/avaliadores precisam estar adequadamente treinados para elaborar e utilizar modelos lógicos, conhecer teorias e saber triangular dados, entre outras atribuições (WALLERSTEIN, 2009, p.85), o que corresponderia a competência de avaliação.

Em síntese, o contexto da avaliação da efetividade desta pesquisa foi o PSE/DF em suas condições reais de implementação, seguindo Salazar (2004). Esta autora orienta a realização de uma análise documentada de elementos-chave para a construção e interpretação de resultados que possam servir para a tomada de decisões por parte de gestores e órgãos interessados no programa avaliado.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Avaliar a relevância e a suficiência dos domínios de competências em promoção da saúde para o processo de implementação do Programa Saúde na Escola no Distrito Federal.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar os domínios de competências em promoção da saúde que convergem com a normativa do Programa Saúde na Escola no Distrito Federal;
- Caracterizar os domínios de competências mobilizadas e as que deveriam ser mobilizadas por profissionais participantes do Programa Saúde na Escola no Distrito Federal;
- Identificar dentre os domínios de competências mobilizadas aqueles que são importantes, segundo a percepção de profissionais participantes do Programa Saúde na Escola no Distrito Federal;
- Verificar as convergências e as divergências entre os domínios de competências mobilizadas e os domínios de competências em promoção da saúde;
- Verificar as convergências e as divergências entre os domínios de competências mobilizadas importantes e os domínios de competências em promoção da saúde;
- Verificar as convergências e as divergências entre os domínios de competências que deveriam ser mobilizadas e os domínios de competências em promoção da saúde;
- Descrever os fatores críticos associados ao processo de implementação segundo a percepção de profissionais participantes do Programa Saúde na Escola no Distrito Federal.

4 METODOLOGIA

4.1 Planejamento da pesquisa

A presente pesquisa apresenta um caráter transversal, centrado em uma abordagem qualitativa, realizado em um contexto intersetorial e multidisciplinar, envolvendo atores dos setores públicos de educação e saúde do DF que atuam no PSE.

O procedimento inicial para o planejamento foi consultar bases de dados indexadas (Pubmed, Scielo, Bireme, Lilacs e PAHO) e documentos específicos na Internet (literatura cinza) para estudo do tema de pesquisa, utilizando como descritores competência(s), promoção de saúde, padrões profissionais, escolas promotoras de saúde e avaliação em PS em português, e em inglês *competency(ies), health promotion, professionals standards, health promoting schools e health promotion evaluation*.

Desde o início do planejamento a pesquisadora teve contato direto com os integrantes do grupo gestor intersetorial (GGI) do PSE/DF, ou seja, os tomadores de decisão, e com profissionais de escolas e unidades básicas de saúde (UBS) nas Regiões Administrativas (RA) do DF. A pesquisadora teve acesso aos documentos oficiais, às atas de reuniões, ao plano de ação e ao modelo lógico do Programa; participou periodicamente de reuniões do GGI para se inteirar a respeito do processo de implantação e acompanhar as atividades realizadas.

Nessa etapa, foi definido o modelo metodológico ao consultar professores doutores com conhecimento em avaliação, que indicaram o Guia de Avaliação Rápida (GAR) (SALAZAR, 2004), por apresentar vários passos que auxiliam o processo avaliativo, a análise do contexto e a definição do alcance da avaliação.

A pesquisadora nutria interesse investigativo na inserção das ações de atividade física e práticas corporais no PSE/DF (do componente PS e prevenção de agravos) porque acreditava que profissionais de educação física estariam articulados com o Programa. No entanto, descobriu-se que no DF o profissional desta área de atuação não integrava os Núcleos de Apoio à Saúde da Família, e que o envolvimento de professores de educação física das escolas ainda estava incipiente. Além disso, as ações de atividade física e práticas corporais não eram o foco do

plano de ação do PSE/DF de 2011. Assim, novas possibilidades investigativas surgiram ao considerar: o momento favorável da articulação entre a educação física e os serviços de saúde; as informações obtidas na literatura consultada, nos documentos e outros tipos de materiais do PSE nacional e distrital; e, a aproximação da pesquisadora com os profissionais que atuam no nível local e os integrantes do GGI.

Inicialmente, foi planejado selecionar os participantes da pesquisa a partir dos lócus de implantação³ considerados pela coordenação geral do PSE/DF como nível de implementação avançado e pouco avançado, mas a estratégia foi alterada por não haver consenso entre os coordenadores sobre esse aspecto. Então, cogitou-se utilizar o SIMEC (BRASIL, 2009a), utilizado para o monitoramento do PSE. Ao realizar a consulta no SIMEC para verificar a situação dos lócus de implementação, observou-se que não haviam informações suficientes registradas, o que inviabilizou a utilização desse meio. Por fim, a seleção dos participantes foi feita a partir da I Mostra do PSE/SPE no DF, descrita no subcapítulo 4.3.4, resultando no atual delineamento da pesquisa.

4.2 Aspectos éticos

A coordenação geral do PSE/DF foi consultada sobre o interesse em participar da pesquisa e aceitação das atividades propostas, recebendo breve explicação oral e o projeto de pesquisa por escrito. Ainda, a realização desta pesquisa foi autorizada pela Secretaria de Estado de Saúde (SES) e Secretaria de Estado de Educação (SEE).

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (n. 032/11). Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE B) em duas vias, uma foi entregue para o participante e a outra permaneceu com a pesquisadora. O Termo abordou informações sobre a pesquisa assegurando o anonimato e a garantia de sigilo das informações prestadas.

³ O lócus de implementação é constituído por uma escola e uma UBS que se articulam para implementar o PSE/DF.

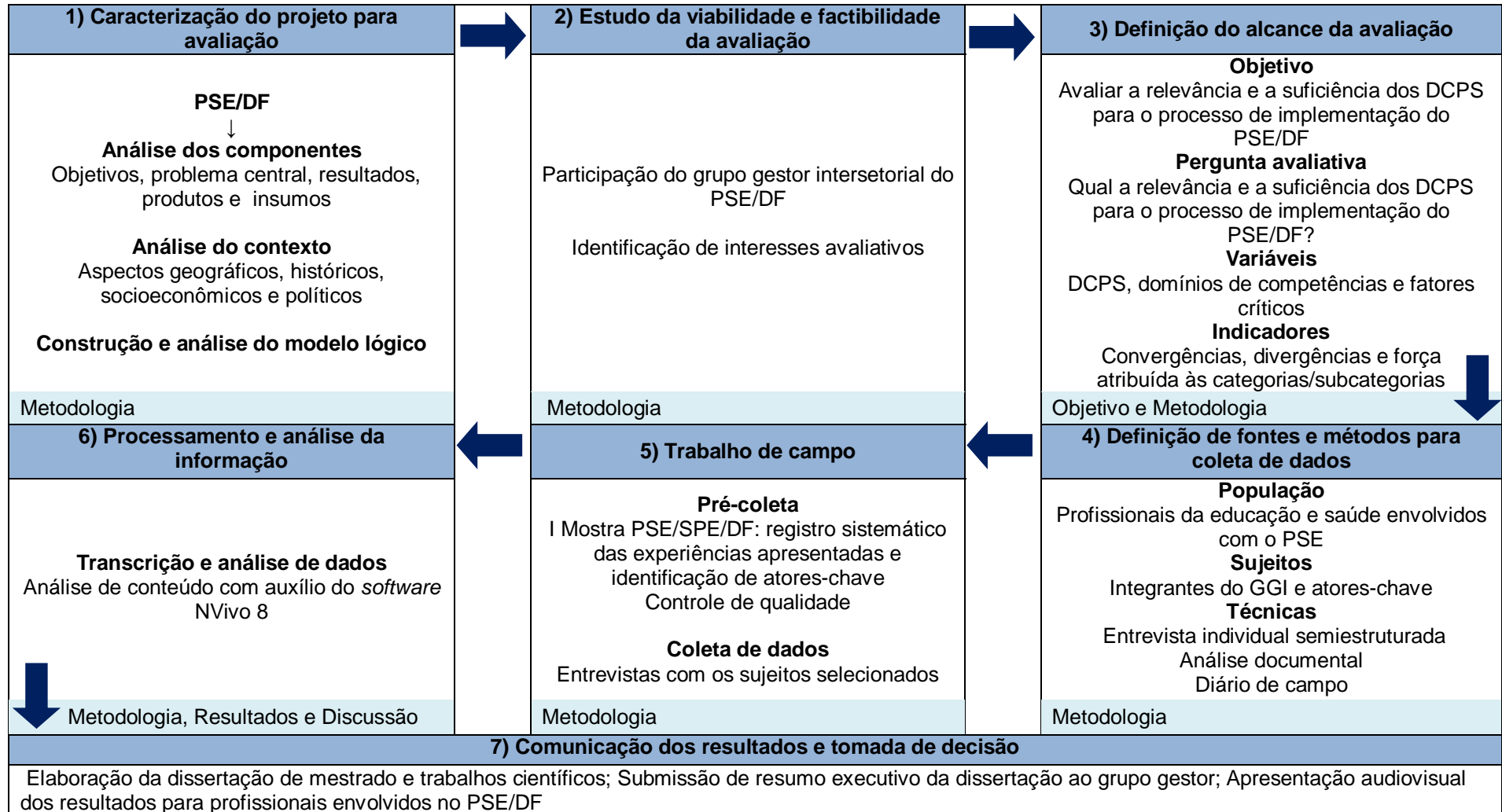
4.3 Guia de Avaliação Rápida

O GAR apresenta uma metodologia baseada na triangulação de fontes e métodos de coleta de dados para descrever e avaliar a efetividade de programas de PS (SALAZAR, 2004). A efetividade é definida "[...] como a medida do alcance de intervenções, procedimentos, tratamentos ou serviços em condições reais ou rotineiras" (LAST, 1995 apud FACCHINI et al., 2008, p.160). Ainda, outros autores conceituam-na como o efeito das ações e práticas de saúde que ocorrem em uma intervenção inserida em um contexto de vida real (SALAZAR, 2004; FACCHINI et al., 2008).

O GAR foi proposto pelo Centro para o Desenvolvimento e Avaliação de Políticas e Tecnologia em Saúde da Universidad del Valle da Colômbia. A metodologia do GAR apresenta um caráter reflexivo e participativo, propondo um modelo de avaliação que induz a uma compreensão aprofundada do programa a ser avaliado, a partir da realização das atividades contempladas em 7 passos do curso avaliativo (SALAZAR, 2004).

Os passos incluem atividades que devem ser realizadas ao longo do curso avaliativo. O quadro 2 apresenta cada passo e suas respectivas informações compiladas, destacando os desdobramentos destas na dissertação.

Quadro 2 - Síntese das atividades de cada passo avaliativo, das informações compiladas e seus desdobramentos na dissertação (SALAZAR, 2004).



Passo do Guia de Avaliação Rápida

Informações compiladas

Desdobramento em capítulos da dissertação

4.3.1 Caracterização do cenário de pesquisa

Local de pesquisa

O DF está localizado na região Centro-Oeste. Foi criado em função da construção de Brasília e é marcado por processos migratórios de pessoas de todas as regiões do País (DISTRITO FEDERAL, 2010). É organizado em 29 RA, como mostra a figura 2⁴.

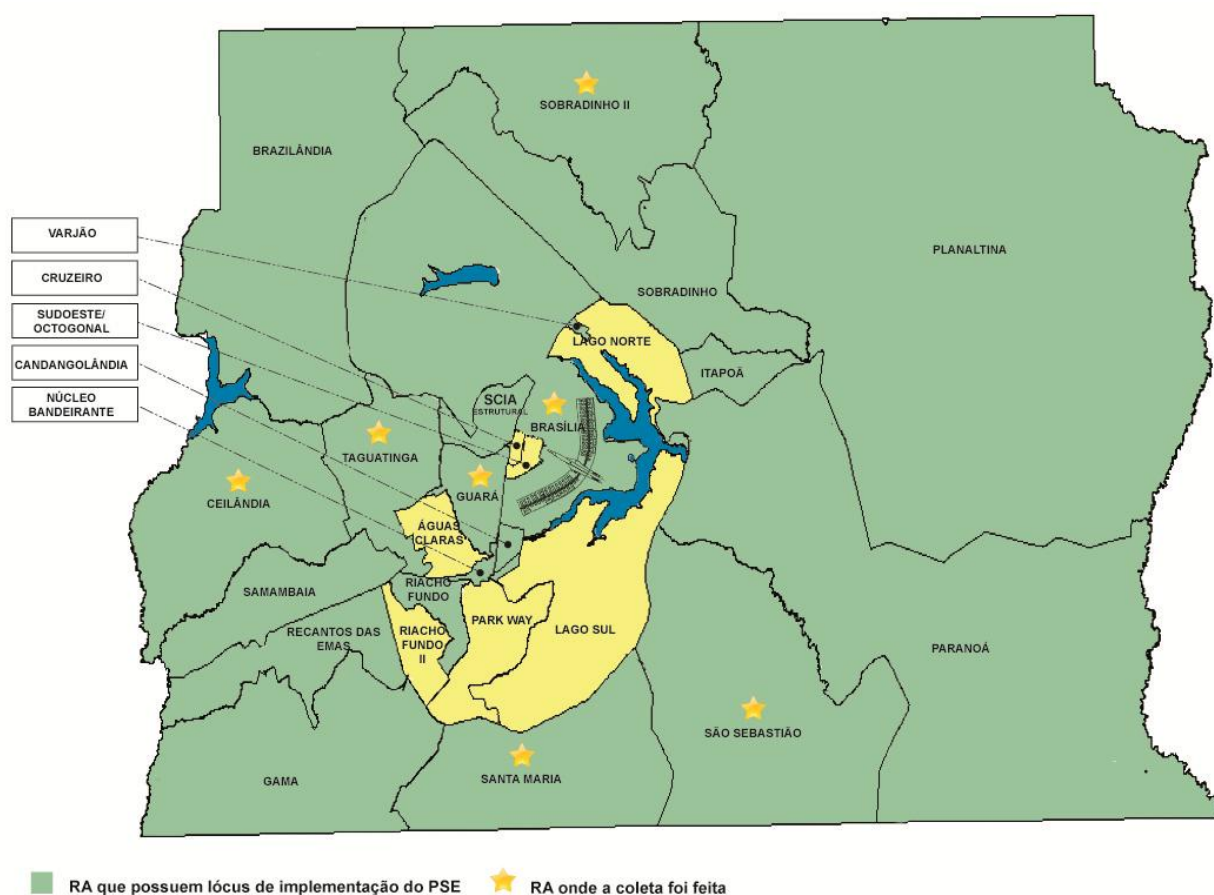


Figura 2 - Distribuição territorial do Distrito Federal

Fonte: adaptado de Distrito Federal (2010)

O DF possui 2.570.160 milhões de habitantes (IBGE, 2010) e a maior concentração de população (16%) está em Ceilândia e a menor (abaixo de 1%) no Varjão. A média da renda domiciliar mensal é variada entre as RA, refletindo em uma

⁴ Optou-se por utilizar esta figura também para apresentar as RA onde há implementação do PSE e aquelas onde foi feita a coleta de dados. Maiores detalhes estão descritos na sequência e nos subcapítulos 4.3.4 e 4.3.5.

marcante desigualdade social (DISTRITO FEDERAL, 2010). O Lago Sul possui a maior renda do DF, com 43,4 salários mínimos, e Itapoã a menor (1,6 salários mínimos) (DISTRITO FEDERAL, 2010).

O serviço público de saúde no DF conta com 15 hospitais vinculados a SES, 103 unidades de saúde (DISTRITO FEDERAL, 2010). A cobertura populacional dos serviços de atenção primária tem aumentado desde 2006, de 3,5% passou para 21% em 2010 e 16,52% em 2012. O mesmo aconteceu com a ESF, em 2006 eram 24 equipes passando para 125 em 2012 (BRASIL, 2012d).

No setor da educação, a rede pública de Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio é composta por 240, 525 e 86 escolas, respectivamente (DISTRITO FEDERAL, 2012). O número de matrículas no Ensino Fundamental é o maior (315.412 mil) com relação à Educação Infantil (34.146 mil) e ao Ensino Médio (83.203 mil) (DISTRITO FEDERAL, 2012).

Programa Saúde na Escola no Distrito Federal

O PSE/DF está em fase inicial de implementação e foi instituído por portaria conjunta (DISTRITO FEDERAL, 2009), a qual norteia a sua institucionalização no âmbito da SEE e SES. Estas secretarias precisam articular as suas propostas de trabalho para oportunizar o desenvolvimento do Programa nos lócus de implementação.

A implementação do PSE/DF é também uma tentativa para contribuir com a ruptura do modelo tradicional de atenção assistencialista, biomédico e fragmentado, o que se caracteriza como um desafio emergente em programas de PS. Assim, tem como objetivo

[...] contribuir para a elaboração de uma Política integral de Atenção à saúde para crianças e adolescentes do ensino fundamental, priorizando a promoção da saúde, e dessa forma promover a integração entre os serviços de saúde e escola, bem como os setores de Saúde e de Educação (DISTRITO FEDERAL, 2009, p.9).

Para tanto, foram definidas ações em: avaliação clínica, nutricional, oftalmológica, otorrinolaringológica, psicossocial, bucal e controle vacinal; promoção dos fatores de proteção relacionados com os estilos de vida da comunidade; educação em saúde mental, oral, sexual, reprodutiva, nutricional, desportiva e

ambiental; e prevenção das doenças transmissíveis e do consumo de substâncias lícitas ou ilícitas prejudiciais à saúde (DISTRITO FEDERAL, 2009).

Nos primeiros 2 anos de implementação, o PSE/DF contemplou 26 escolas que estavam cadastradas no Programa Mais Educação (BRASIL, 2007a), chegando a 53 escolas em 2012, segundo informações da coordenação geral (Núcleo de Atenção Integral a Saúde do Adolescente da SES e Gerência de Saúde Escolar da SEE). Conforme figura 2, atualmente, as seguintes RA implementam o PSE: Brazlândia, Sobradinho I e II, Planaltina, Paranoá, São Sebastião, Santa Maria, Gama, Recanto das Emas, Samambaia, Ceilândia, Taguatinga, Riacho Fundo, Núcleo Bandeirante, Guará, Estrutural, Brasília, Itapoã, Varjão e Candaglândia.

Os profissionais de saúde participantes do PSE deveriam ser os integrantes das equipes de saúde da família (BRASIL, 2007), contudo, devido à baixa cobertura da ESF no DF, foi permitido que as equipes de saúde do modelo tradicional participassem do Programa. De acordo com a coordenação geral do Programa atualmente existem 23 equipes de saúde da família que atendem 25 escolas e 21 equipes de saúde tradicional que atendem 28 escolas.

A gestão do PSE/DF é feita pelo GGI, equivalente ao GTI estadual, que enfrenta constante rotatividade, dificultando mencionar os atuais envolvidos. Todavia, em regra é composto por professores e estudante da Universidade de Brasília, coordenadores do PSE das RA, profissionais do Núcleo de Atenção Integral à Saúde do Adolescente, do Núcleo de Atenção Integral à Saúde da Criança, do Núcleo de Prevenção de Acidentes e Violências, da Gerência de Nutrição, da Gerência de DST/AIDS, e Gerência de Doenças e Agravos não Transmissíveis, da Diretoria de Assistência Escolar e da Gerência do Programa de Saúde Escolar.

O GGI incentiva e orienta a formação de grupos gestores regionais (equivalente ao GTI municipal), mas a constituição desses grupos ocorreu em poucas regionais, também com alta rotatividade de integrantes e sem formalização.

Considerando os produtos e insumos obtidos nos primeiros 3 anos de implementação, podem ser apontados a distribuição de óculos, dos kits de influenza A e de saúde bucal, das unidades odontológicas móveis, das clínicas no espaço escolar, das balanças, dos estadiômetros, dos aparelhos para aferir pressão, dos televisores, das cadernetas do adolescente e dos materiais educativos; e, a construção do modelo lógico do PSE/DF.

4.3.2 Estudo da viabilidade e factibilidade da avaliação

A viabilidade e a factibilidade do estudo foram confirmadas porque houve acesso aos documentos, aos informantes-chave e aos sujeitos para a coleta de dados, além de que o tempo para a realização do estudo foi adequado.

4.3.3 Definição do alcance da avaliação

O alcance da avaliação foi definido a partir da pergunta avaliativa e formulação dos objetivos do estudo, das variáveis (categorias) e dos indicadores (QUADRO 3). As categorias domínios de competências escolhidas *a priori* em função do referencial teórico (DEMPSEY et al., 2011), e foi considerada a possibilidade de definir categorias *a posteriori*. Quanto aos fatores críticos todas as subcategorias foram consideradas *a posteriori*.

Quadro 3 - Definição do alcance da avaliação: categorias e indicadores.

Pergunta da avaliação	Qual a relevância e a suficiência dos DCPS para o processo de implementação do PSE/DF?	
Objetivo da avaliação	Avaliar a relevância e a suficiência dos DCPS para o processo de implementação do PSE/DF.	
CATEGORIAS		INDICADORES
Domínios de competências	Relevância	Suficiência*
Favorecimento de mudanças Advocacia em saúde Parceria Comunicação Liderança Diagnóstico Planejamento Implementação Avaliação e pesquisa Categorias <i>a posteriori</i>	- Convergências em relação aos domínios do CompHP - Convergências comuns na normativa e na entrevista - Categoria muito fraca, fraca, moderada, forte ou muito forte	- Divergência em relação aos domínios do CompHP - Categoria muito fraca, fraca, moderada, forte ou muito forte
Fatores críticos	- Subcategoria muito fraca, fraca, moderada, forte e muito forte	
Facilitador - subcategorias Dificultador - subcategorias		

*DCPS são suficientes se não houver divergência.

4.3.4 Seleção dos sujeitos da pesquisa

Os sujeitos desta pesquisa foram selecionados a partir dos espaços de articulação entre escola, UBS, SEE e SES do DF, promovidos por meio do PSE e integrados por diretores, professores, coordenadores pedagógicos, enfermeiros, médicos, assistentes sociais, dentistas, nutricionistas e agentes comunitários de saúde e membros do GGI.

Para ser incluído nesta pesquisa o sujeito deveria estar envolvido em um lócus de implementação que participou da I Mostra PSE/SPE ou ser integrante do GGI, assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e estar disponível para participar da entrevista durante o período de coleta de dados (outubro a novembro de 2011).

A I Mostra PSE/SPE/DF foi realizada em maio de 2011 e organizada pelo GGI e pelo grupo gestor do SPE, em colaboração com professores e estudantes da UnB, incluindo a pesquisadora. No evento, profissionais da saúde e da educação de 12 UBS e 12 escolas de 11 RA (Ceilândia, Candagolândia, Gama, Guará, Paranoá, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Sobradinho, Brasília e Taguatinga) divulgaram as suas experiências e os seus dados por meio de submissão de resumo e exposição oral (ROCHA; TUSSET, 2011). Os colaboradores fizeram a sistematização da discussão da conferência de abertura, das palestras e das exposições orais, e analisaram as informações compiladas e o conteúdo dos resumos submetidos, resultando no relatório final da mostra (ROCHA; TUSSET, 2011).

A partir dessa sistematização foi possível conhecer quais RA tinham lócus de implementação que desenvolviam ações de PS, sendo elas: Ceilândia, Gama, Guará, Paranoá, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Brasília, Sobradinho II e Taguatinga (QUADRO 4).

Quadro 4 - Temas das ações de promoção à saúde e prevenção de agravos apresentadas na I Mostra PSE/SPE segundo Região Administrativa.

Regional Ações	Promoção à saúde e prevenção de agravos segundo temas				
	Educação para saúde sexual, reprodutiva e prevenção das DST/AIDS	Prevenção do uso do tabaco, álcool e outras drogas	Segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Promoção das atividades corporais e atividades físicas	Promoção da cultura da paz e prevenção de acidentes e violências
Ceilândia	X	X	X	—	X
Candangolândia	—	—	—	—	
Gama	X	—	—	—	X
Guará	X	X	—	—	X
Paranoá	X	X	—	X	X
Samambaia	X	X	X	X	—
Santa Maria	X	—	—	—	X
São Sebastião	—	—	X	X	X
Sobradinho II	X	X	—	—	X
Brasília	X	X	X	X	X
Taguatinga	X	X	X	X	X

Fonte: Adaptado de Rocha e Tuset (2011).

Os autores de trabalhos apresentados na I Mostra PSE/SPE/DF das RA citadas no quadro 4 foram contatados por telefone e/ou *email* para verificar ou confirmar quem eram os atores-chave no lócus de implementação de cada profissional contatado. A partir disso, durante os meses de setembro a novembro de 2011 os atores-chave do nível local e integrantes do GGI foram convidados para participar da pesquisa. Dentro do mesmo lócus de implementação procurou-se incluir pelo menos um profissional da saúde e um da educação.

No primeiro mês de agendamento foi dada prioridade para os profissionais de Taguatinga, Ceilândia e Brasília, RA que demonstraram realizar ações no maior número de temas (QUADRO 4), exceto Samambaia e Paranoá porque os profissionais contatados não poderiam participar no período estipulado. As entrevistas foram realizadas até obter a saturação da informação, desse modo, também participaram da coleta profissionais das RA Guará, Sobradinho II, São Sebastião e Santa Maria.

A saturação da informação foi utilizada para a delimitação do número de sujeitos participantes. Segundo Bertaux (apud TAVARES, 1998, p.68), "[...] é o fenômeno pelo qual, passado certo número de entrevistas, o pesquisador tem a

impressão de que a apreensão do objeto está contemplada em suas semelhanças e diferenças". Nesta pesquisa a saturação ocorreu na 14^o entrevista, e, prosseguiu-se até a 17^o para confirmação.

4.3.5 Caracterização dos sujeitos

Dezessete sujeitos participaram desta pesquisa, 8 da educação e 7 da saúde envolvidos com o PSE/DF nas RA Ceilândia, Brasília, Sobradinho II, Taguatinga, Santa Maria, São Sebastião e Guará; e, 2 integrantes do GGI na época das entrevistas, sendo um representante do setor educacional e outro do setor saúde,. Todos os sujeitos participavam do PSE/DF há mais um ano (QUADRO 5).

Com relação à formação, um era de nível técnico, 16 graduados e 13 pós-graduados. No setor educacional, dos 9 sujeitos 6 são graduados em pedagogia e no setor saúde, de 8 sujeitos 5 são graduados em enfermagem. Considerando a função dos participantes, no setor educacional predominam orientadoras pedagógicas (n= 6), e no setor saúde, embora as funções sejam variadas, observa-se a maior participação de enfermeiras (n=4) (QUADRO 5).

Quadro 5 - Caracterização dos sujeitos segundo formação, local de trabalho, função e tempo de participação no PSE/DF.

Setor	Sujeito	Formação	Pós-graduação	Local de trabalho	Função	Tempo PSE*
Setor Educacional	1	Pedagogia	Orientação Educacional	Escola - SI e EF	Orientadora educacional	2
	2	Pedagogia	NR	Escola - EI, SI e EF	Orientadora educacional	3
	3	Pedagogia	Neuropedagogia	Escola - SI, EF e EJA	Orientadora educacional	2
	4	Pedagogia	Orientadora educacional	Escola - SI e EF	Orientadora educacional	2
	5	Pedagogia	Educação Especial	Escola - SI e EF	Orientadora educacional	1
	6	Pedagogia	Gestão de escola	Escola - SI e EF	Vice-diretora	1
	7	Orientação Educacional	Ensino à Distância	Escola - SI e EF	Orientadora educacional	2
	8	História	NR	Escola - SI e EF	Vice-diretora	1
	9	Odontologia	Saúde Pública Sistemas de serviços de saúde	Secretaria de Educação	Coordenadora	3
Setor Saúde	10	Medicina	Pediatria; Medicina da Família e Comunidade Medicina Tropical	UBS - ESF	Médico	2
	11	Enfermagem	Saúde da Família	UBS - ESF	Enfermeira	2
	12	Enfermagem	Saúde Coletiva	UBS Tradicional	Enfermeira e coordenadora do Programa de Atenção Integral à Saúde do Adolescente	1
	13	Enfermagem	UTI; Enfermagem no Trabalho; Saúde da Família	UBS - ESF	Enfermeira	1,5
	14	Odontologia Nutrição Enfermagem	Saúde pública; Periodontia; Prótese dentária; Implantodontia	UBS - Tradicional	Gerente	3
	15	Psicologia Enfermagem	NR	UBS - Tradicional	Enfermeira	2
	16	Técnico em radiologia	NR	UBS - ESF	Agente comunitária de saúde	1,5
	17	Pedagogia Técnico em enfermagem	Educação sexual; Psicopedagogia	Secretaria de Saúde	Técnica em enfermagem	3

NR: não relatado; UBS: Unidade Básica de Saúde; ESF: Estratégia Saúde da Família; EI: Educação Infantil; SI: séries iniciais; EF: Ensino fundamental
*em anos

4.3.6 Técnicas para a coleta de dados

Foram empregadas as técnicas entrevista individual semiestruturada, análise documental e diário de campo para compreender a realidade do cenário de pesquisa.

Entrevista individual semiestruturada

A técnica da entrevista é a mais utilizada em trabalhos de campo, e destina-se a obter informações para o objetivo de pesquisa através de uma conversa sobre temas pertinentes a este objetivo (MINAYO, 2010). Optou-se pela entrevista individual semiestruturada, pois "[...] combina perguntas fechadas e abertas, em que o entrevistado tem a possibilidade de discorrer o tema em questão sem se prender à indagação formulada [...]" (MINAYO, 2010, p.261).

As perguntas da entrevista foram refinadas pelo controle de qualidade ao testar 3 roteiros de entrevista com profissionais envolvidos no PSE/DF, sendo que estes não foram incluídos dentre os participantes da coleta de dados. O primeiro roteiro foi utilizado na entrevista com um professor. O roteiro e os dados analisados foram apresentados na banca de qualificação, quando foram sugeridas modificações. Após os ajustes necessários, o segundo e o terceiro roteiro foram testados, respectivamente, com integrante do GGI e uma nutricionista e uma assistente social do nível local de lócus de implementação diferentes.

Uma vez refinado o roteiro, as seguintes perguntas foram incluídas no roteiro final:

Fale-me sobre a sua participação no PSE.

O que você faz no PSE?

Disso que você faz o que você acha importante?

O que você ainda deveria fazer no PSE?

O que mais deveria ser feito no PSE?

O que você entende por promoção da saúde?

Você busca informações sobre promoção da saúde?

Onde você busca essas informações?

Você usa as informações de promoção da saúde no PSE?

Como você usa essas informações?

O que você sabe sobre programas de promoção da saúde?

Quais etapas e procedimentos contemplam os programas de promoção da saúde?

Você utiliza o que você sabe sobre programas de promoção da saúde no PSE?

Exemplifique.

Você tem alguma experiência profissional que você utiliza no PSE?

De que maneira você utiliza essa experiência?

O que dificulta e facilita a sua atuação no PSE e o processo de implementação?

Qual é a sua formação?

Desde quando você atua no PSE?

Qual é o seu cargo?

A coleta de dados foi realizada no local de trabalho dos profissionais e de acordo com datas e os horários disponibilizados. Todas as entrevistas foram gravadas, e as expressões e sentimentos manifestados pelos entrevistados foram incluídos nas anotações ao decorrer da realização das entrevistas (BARDIN, 2009), sendo que cada uma teve duração média de 1 hora e 10 minutos.

Tinha-se a intenção de ocupar ambientes silenciosos e que proporcionassem privacidade aos entrevistados, contudo algumas entrevistas realizadas no espaço escolar foram sujeitas a interrupções e barulhos devido aos constantes intervalos de aula. Essa situação conferiu limitações na coleta, pois dificultou a manutenção da atenção necessária e interrompeu a fluidez do diálogo. Outra limitação foi a ausência do *feedback* dos entrevistados sobre a informação coletada.

Análise documental

Considerada na pesquisa qualitativa uma técnica relevante para a complementação de informações obtidas por outras técnicas (LUDKE; ANDRE, 1986), foi empregada para identificar as convergências entre os DCPS do CompHP e as atribuições da SEE, da SES e das UBS expressadas na Portaria Conjunta n. 04 de maio de 2009 que institui o PSE no DF (DISTRITO FEDERAL, 2009) (ANEXO I).

A partir dos encontros do GGI, verificou-se que essa Portaria era o documento oficial do PSE/DF mais utilizado pelos atores. Assim, a mesma foi escolhida por representar a normativa, a qual foi submetida à análise.

Diário de campo

Esta técnica foi utilizada como técnica complementar, servindo para registrar observações feitas nas reuniões do GGI em que a pesquisadora participou e durante as entrevistas. Também, foram registradas informações referentes às entrevistas, tais como data e local de realização, descrição do ambiente, comentários pertinentes dos sujeitos pré e pós entrevista e dificuldades enfrentadas pela pesquisadora. Os registros do diário de campo foram utilizados para complementar a discussão dos resultados.

4.3.7 Processamento e análise da informação

O processamento dos dados foi realizado por meio do *software* NVivo 8, o qual permite a transcrição de áudios, a organização do material em pastas e a importação de arquivos de vários formatos, o que foi feito com o documento digital da normativa analisada. Todas as entrevistas foram transcritas na íntegra e submetidas, assim como a normativa, à análise de conteúdo (BARDIN, 2009).

A análise de conteúdo fundamentou-se nas seguintes etapas (BARDIN, 2009):

Pré-análise

- Leitura flutuante para conhecer os textos e suas mensagens, incluindo anotações de ideias e impressões;
- Definição do corpus de análise (conjunto de unidades de análise ou trechos de texto) para serem submetidos aos procedimentos analíticos, seguindo a regra da exaustividade, representatividade, homogeneidade e pertinência;
- Expectativas de resultados e explicações provisórias. Poucos DCPS estariam presentes no discurso dos profissionais e na normativa, porém haveria competências específicas do PSE a serem emergentes do material de análise. Quanto aos fatores críticos, poderia haver número maior de dificultadores.

Exploração do material

Esta fase compreendeu a codificação do corpus de análise, em que expressões e segmentos textuais que forneceram significados foram desdobrados em categorias definidas *a priori* à luz do referencial adotado, tais como favorecimento de mudanças, advocacia em saúde, parcerias, comunicação,

liderança, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação e pesquisa (DEMPSEY et al., 2011). Na medida em que o material foi sendo explorado também emergiram categorias *a posteriori* com relação aos domínios e aos fatores críticos.

Ressalta-se que a exploração do conteúdo da normativa (ANEXO I) centrou-se no conteúdo do documento, especialmente das atribuições preconizadas, para verificar as convergências deste com os DCPS.

Foram atribuídas forças às categorias através do número de sujeitos que mencionaram as informações classificadas em cada categoria ou subcategoria: muito fraco (1-3), fraco (4-6), moderado (7-10), forte (11-14) e muito forte (15-17).

A identificação dos DC mobilizadas, DC mobilizadas e importantes e DC que deveriam ser mobilizadas foi feita por meio de perguntas norteadoras durante a exploração do material, conforme exposto na figura 3.

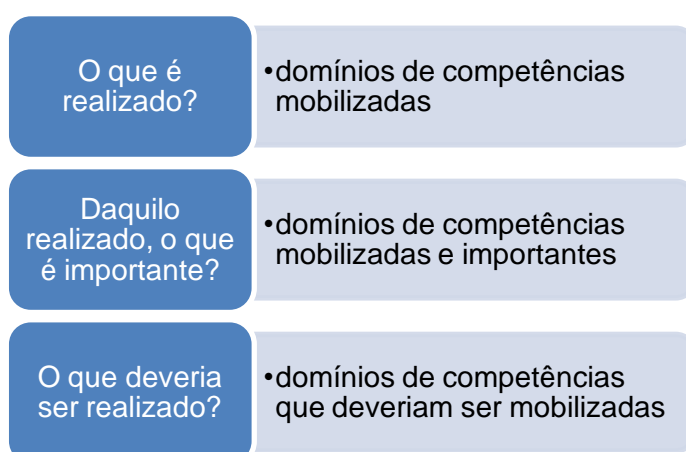


Figura 3 - Dimensões de análise da entrevista

Considerando a especificidade e a complexidade das competências que integram o CompHP, os DC foram utilizados como categorias e as competências (APÊNDICE C) representaram os critérios de inclusão no processo de codificação. Em função da existência de interfaces entre determinadas competências e a necessidade de respeitar a regra da exclusão mútua da categorização (BARDIN, 009) foi estabelecido um segundo critério, isto é, o sentido mais relevante/forte manifestado na unidade de análise foi considerado para a classificação na categoria mais adequada.

Para confirmar o uso desses critérios uma das autoras do CompHP e outros especialistas em PS foram consultados. Ademais, foram realizados encontros entre

pesquisadora e orientadoras e outros pesquisadores para o estabelecimento de consenso na codificação e categorização do material de análise.

Cabe notar que foram nomeados atores os profissionais de saúde e da educação que de alguma maneira estão ou poderiam estar envolvidos com o PSE/DF, e a comunidade escolar como um todo. Quanto às parcerias, as intrassetoriais são aquelas que ocorrem dentro do setor saúde ou do educacional, e as intersetoriais ocorrem entre diferentes setores.

Com relação ao emprego do *software* NVivo 8, as suas ferramentas auxiliaram a concretização das etapas de análise. As notas criadas nos primeiros contatos com o material de análise foram organizadas em pastas e agregadas às entrevistas correspondentes, e os corpus de unidades foram facilmente classificados. Na segunda fase, ao longo da codificação foram criadas as categorias e subcategorias, sendo que foi possível descodificar informação e recodificar com segurança.

Algumas estratégias de Miles e Huberman (1994) foram seguidas para gerar sentido às informações (observar padrões, agrupamentos, levar o específico para o geral e observar relações entre as categorias), testar e confirmar os dados (triangulação e acompanhar surpresas), tirar e verificar conclusões (revisão dos dados por pares) e para o modelamento dos resultados (utilizar matrizes e quadros guias para a compreensão dos resultados, permitir a visão do conjunto de dados).

5 RESULTADOS

5.1 Domínios de competências

Dez DC foram caracterizados a partir da análise das entrevistas (favorecimento de mudanças, advocacia em saúde, liderança, parceria, comunicação, diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação e promoção do protagonismo juvenil). Destes, 7 foram identificados na normativa (favorecimento de mudanças, liderança, parceria, diagnóstico, planejamento, implementação, avaliação) (QUADRO 6).

Quadro 6 - Resultado da análise das entrevistas e da normativa.

Domínios de competências	Trechos ilustrativos		
	Domínio de competências mobilizadas	Domínio de competências que deveriam ser mobilizadas	Normativa
Favorecimento de mudanças*	"Os índices também mostram pra gente que as coisas melhoraram, eles [alunos] estão indo mais pro centro de saúde pra tomar anticoncepcional, pra buscar o preservativo, o índice de gravidez na adolescência praticamente caiu, praticamente pela metade. Em 2 anos é um trabalho que a gente vem fazendo que a gente vê. A procura no centro de saúde pelos adolescentes é muito grande e não existia essa procura, porque não tinha uma porta aberta pra eles" (S16).	"[...] tenho conversando já há algum tempo pra ampliar um pouco mais, pra fazer cogestão, o que eu entendo por isso? ela junto com a SEE, mais outras, Gerência de Nutrição, o grupo como um todo, talvez não todo o grupo, mas uma boa parte desse grupo que a gente percebe o pessoal que tá mais engajado, que pudesse estar discutindo todas essas questões de planejamento do PSE pra 2012, a contratualização, as novas diretrizes, encaminhar isso [...]" (S17).	"Interdisciplinarizar e intersectorializar as ações"
Advocacia em saúde	"[...] a FEPECS, ela não oferece esse tipo de estágio porque as universidades, elas só querem estágios em hospitais [...] ela tem modelo de hospital e de, de, de centro de saúde [...] não tem modelo de estágio pra escola. Aí, eu falando com Fulana né, falando: "olha preciso que a gente vá na FEPECS", porque assim como eu sou [de tal regional] e ela é do nível central, eu acho que ela tem muito mais <i>now how</i> [...] de interferir [...] na FEPECS né, tentar influenciar [...] que a reunião tinha sido boa [...]" (S12).	"[...] eu acho que se deve cobrar mais a participação mais das pessoas" (S4).	Não encontrado
Parceria	"[...] procuro é fazer parcerias com as pessoas e com as instituições que querem tá participando dos projetos, então, eu vou atrás, [...] saio em busca dessas parcerias pra que as ações sejam desenvolvidas dentro da escola. [Temos parceria com] a UNIEURO, tem a FEPECS, tem a própria UnB que também faz parte, tem o posto de saúde que tá dentro do programa [...]" (S4).	"Eu vejo assim, que tem a SEE a SES, tá acontecendo essa parceria, mas eu acho que não tem que ficar só nas secretarias de saúde e educação não, a gente tem que tentar também nas outras instituições [de ensino] que podem tá dando esse apoio" (S3).	"estabelecer parcerias com entidades e associações relacionadas ao Programa"
Comunicação	"[...] os pais não são muito envolvidos no programa, eles sabem, eles conhecem porque no primeiro dia de aula e na primeira reunião de pais eu falo sobre o PSE, o que é o programa, que a nossa escola está inserida dentro desse programa [...]" (S4).	"[...] a gente tá querendo ver se no ano que vem a gente se organiza melhor, que é uma coisa que tem que ser trabalhada [falar melhor sobre o PSE para os pais] na primeira semana, na semana pedagógica que eu te falei" (S6).	Não encontrado
Liderança*	"[...] a gente vê que onde tem alguém ali atento, toda hora, a regional tá deslançando né, e quando não tem o trabalho fica meio que que... empacado, não sai! então você vai, faz a reunião, e vamos fazer e tal, mas se você não volta o trabalho não acontece" (S9).	"[...] deveríamos descentralizar, sabe, mas assim, no sentido de cogestão nesse sentido de vamos é diluir no sentido de todo mundo participar de tudo [...]" (S17).	"designar um servidor em exercício na Escola parceira para acompanhar a execução do Programa"

continua

Diagnóstico	"[...] no início de 2009 fizemos um diagnóstico de quais eram os agravos [...] [os integrantes do GGI] enviaram pra gente um questionário para gente fazer um levantamento de qual era as nossas necessidades de saúde, juntos elaboramos um questionário, aplicamos esse questionário para todo mundo, daí tabulou-se os dados e informamos ao PSE as coisas mais importantes que a gente viu" (S7).	"Talvez em primeiro lugar você encontrar quem esteja realmente disponível para ajudar pra que a coisa funcione, pra que a coisa siga" (S8).	"o diagnóstico local em saúde escolar; a capacidade operativa das unidades envolvidas"
Planejamento	"[...] a gente chamou as coordenadoras, a direção da escola, mais a coordenação lá da secretaria de saúde e eu. A gente sentou e colocou qual eram os planos pro PSE e eles propuseram que quem iria trabalhar com esses temas seriam os professores de [...] parte diversificada, [...] Esses mesmos professores na semana pedagógica, eles colocaram pra gente que seria interessante que nos fizéssemos umas oficinas que fossem feitas próximo da semana da mulher. [...] A escola ficou de ver como isso seria operacionalizado, então todos os professores iam participar dentro das salas de aula, iam ser duplas dentro da sala de aula e iam ser de manhã e a tarde as mesmas oficinas. [...] E foram montadas assim, oficinas por faixa etária [...]. Então houve todo esse planejamento. [...] a gente fez o planejamento depois nas reuniões subsequentes, fizemos o planejamento bimestral [...] Nesses conteúdos tinha família, tinha a questão da violência que continuaria sendo trabalhado" (S12).	"O planejamento mais, mais, sabe, mais assim, [...] uma coisa assim, mais elaborada, [...]mas que faça parte todo mundo, não só a fulana [...]. Esse planejamento não pode vir só com o olhar da fulana [...] todas as áreas que cheguem e falem: "olha é importante" [...] e de certa forma eu percebo que existe esse movimento, mas ainda eu acho que não vai sair pra 2012, redondinho, de jeito que penso assim, um planejamento participativo, mais elaborado, mais consistente" (S17).	"elaborar o Plano de Execução do Programa"
Implementação*	"[...] eu tô fazendo um trabalho com um professor de ciências sobre sexualidade e tem algumas alunas de terapia ocupacional que estão fazendo esse trabalho aqui [oficinas de sexualidade com alunos da 7ª série], que é da UnB, então nós estamos assim, casando tudo! (S4).	"[...] temos que ter um momento para a gente parar e refletir um pouco sobre as nossas ações. [...] a gente vai ter que tirar pelo menos uma vez no mês, para gente sentar e discutir o que a gente pode melhorar, o que tá bom, dá uma parada mesmo para dar uma avaliada nas nossas ações" (S13).	"acompanhar, no âmbito das escolas, as atividades desenvolvidas pelos profissionais da Secretaria de Estado de Saúde"
Avaliação	Não encontrado	"[...] qualquer tipo de política pública tem que ser avaliado, e o que tá funcionando e o que não está? e ter o registro disso tudo é fundamental, então assim, você precisa ter, ela é válida, é necessária para saber o que tá dando certo e o que não dá, e assim, ainda mais se você tem uma prestação de contas pra ser feita é de dinheiro público [...]" (S8).	"avaliação do Programa"
Promover o protagonismo juvenil	Não encontrado	"[...] foi uma coisa que eu sempre falei, a gente tem que incluir mais o estudante nas discussões, os representantes, os líderes de turma" (S10).	Não encontrado

* Considerado também domínio de competências mobilizadas e importantes

Com relação às convergências entre a normativa e os DCPS, 6 DC foram encontrados, a saber: favorecimento de mudanças, liderança, parceria, diagnóstico, planejamento e implementação, sendo que avaliação foi considerada uma convergência parcial, pois no CompHP o domínio refere-se à avaliação e pesquisa (QUADRO 7).

Foram verificadas convergências, uma convergência parcial e uma singularidade entre as entrevistas e os DCPS. Oito DC tiveram convergências (favorecimento de mudanças, advocacia para saúde, parceria, comunicação, liderança, diagnóstico, planejamento e implementação) nos DC mobilizadas e DC que deveriam ser mobilizadas. Nesta última também foram encontradas uma convergência parcial (avaliação) e uma singularidade (promoção do protagonismo juvenil). No DC mobilizadas e importantes 3 categorias convergiram (favorecimento de mudanças, liderança e implementação) (QUADRO 7).

Quadro 7 - Domínios de competências no PSE/DF: convergências e singularidade em relação aos domínios de competências em promoção da saúde e força das categorias.

Domínios		Dimensões da análise			
		Domínio de competências mobilizadas	Domínio de competências mobilizadas e importantes	Domínio de competências que deveriam ser mobilizadas	Normativa
DCPS	Favorecimento de mudanças	moderada	moderada	muito fraca	C
	Advocacia em saúde	moderada	SC	fraca	SC
	Parceria	muito forte	SC	moderada	C
	Comunicação	forte	SC	muito fraca	SC
	Liderança	forte	muito fraca	muito fraca	C
	Diagnóstico	moderada	SC	muito fraca	C
	Planejamento	muito forte	SC	moderada	C
	Implementação	muito forte	fraca	moderada	C
	Avaliação*	SC	SC	fraca	C
Singularidade	Promoção do protagonismo juvenil**	NR	NR	Moderada	SC

C: convergência; SC: sem convergência; NR: não relatado.

*No CompHP o domínio é avaliação e pesquisa, logo, a convergência é parcial.

**Singularidade do cenário de promoção da saúde.

Considerando a força atribuída às categorias, no DC mobilizadas 3 categorias

foram classificadas em moderada, 3 em muito forte e 2 em forte; no DC mobilizadas e importantes 2 categorias como moderadas e uma muito fraca; e, no DC que deveriam ser mobilizadas 4 categorias foram moderadas, 2 fracas e 4 muito fracas (QUADRO 7).

5.2 Fatores críticos

Os fatores críticos relacionados ao processo de implementação do PSE/DF foram classificados em dificultadores e facilitadores. Oito subcategorias integram a categoria dificultadores (escassez de profissionais especializados no setor saúde, falta de envolvimento de profissionais e de gestores de saúde, falta de recurso financeiro, ausência da família na escola, gestão centralizada, cobrança por quantitativo de procedimentos de natureza assistencialista, falta de tempo para o SPE e rotatividade de profissionais); e 4 subcategorias fazem parte da categoria facilitadores (intersectorialidade, comprometimento, materiais de apoio e parceiros) (FIGURA 4).

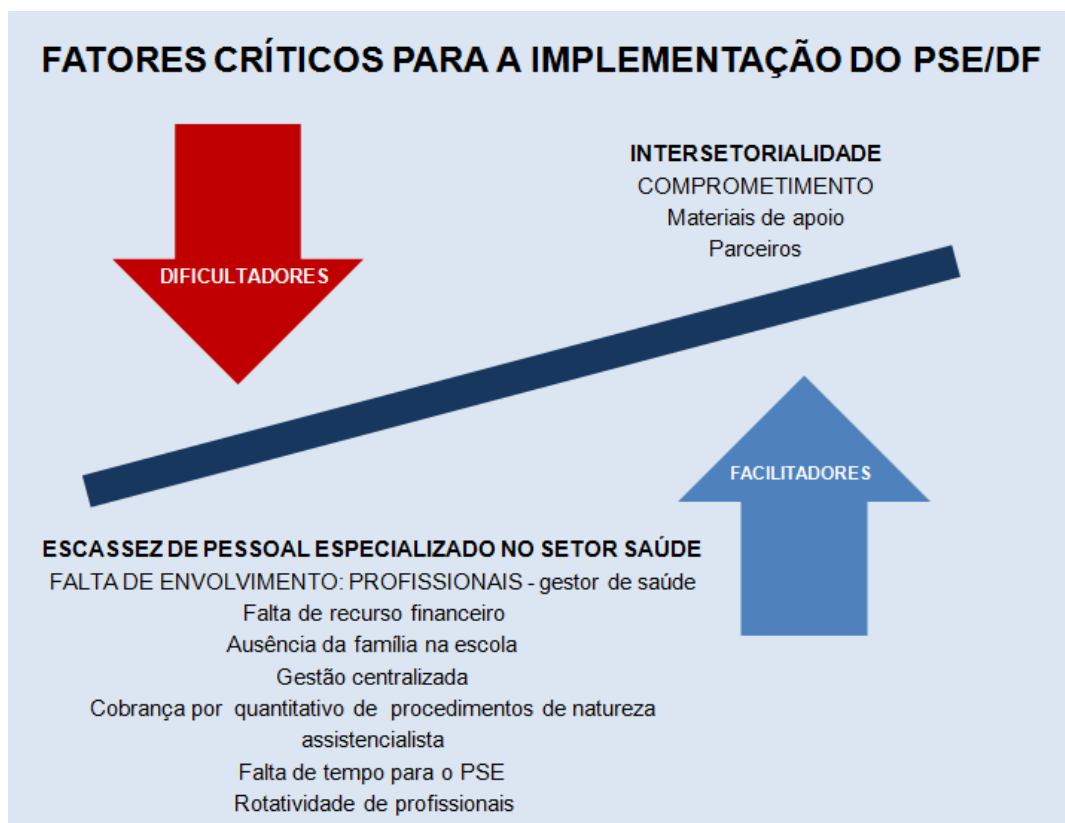


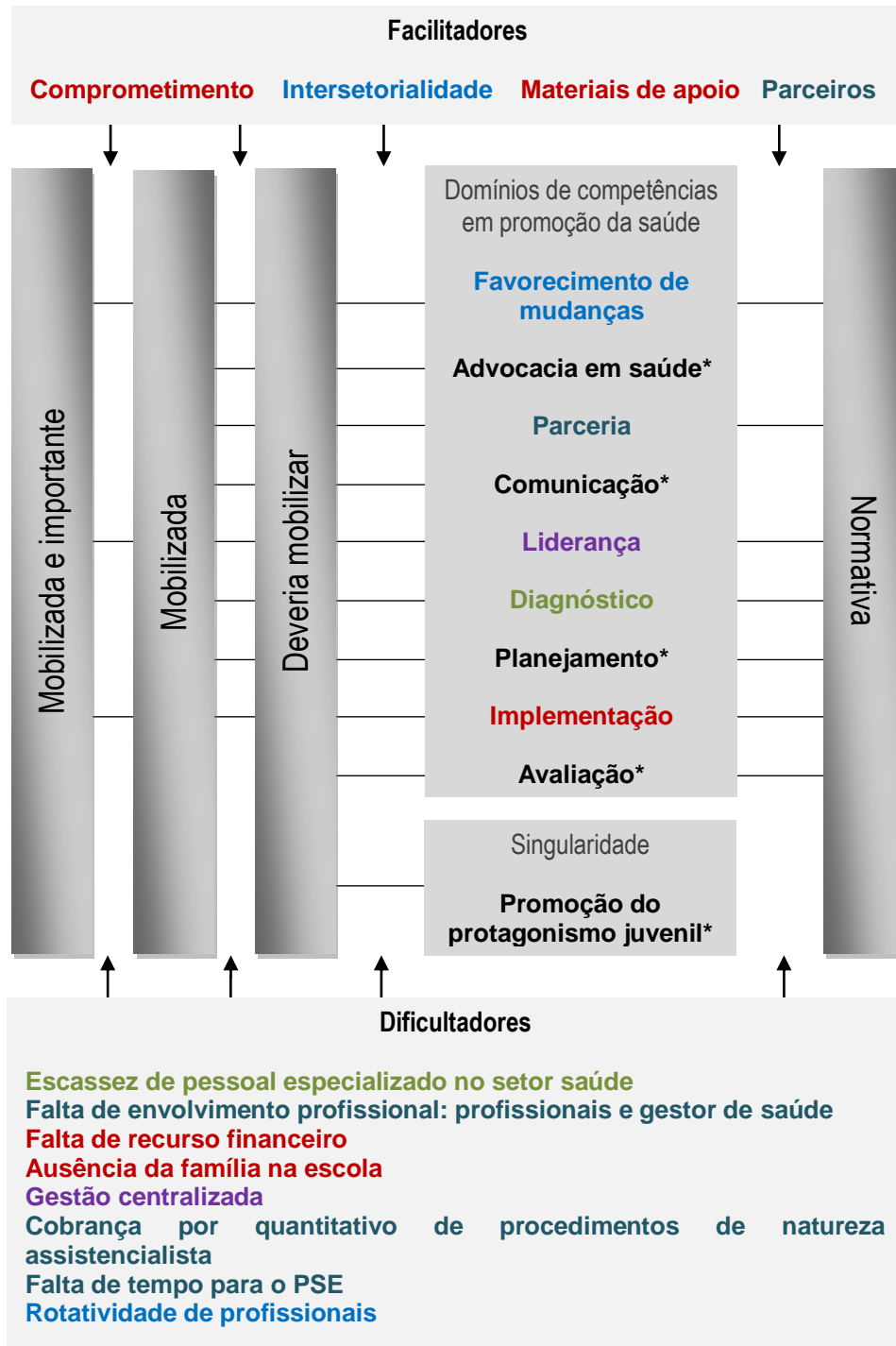
Figura 4 - Fatores críticos no processo de implementação do PSE/DF de acordo com a força atribuída: **MODERADA**, **FRACA** e **muito fraca**

Dentre os dificultadores as subcategorias classificadas em muito fraca representaram a maioria, sendo que escassez de profissionais especializados no setor saúde foi a categoria mencionada pelo maior número de entrevistados. Dentre os facilitadores, intersectorialidade teve a maior força e as subcategorias que tiveram as menores classificações foram materiais de apoio e parceiros.

6 DISCUSSÃO

Os resultados encontrados possibilitaram verificar que os DCPS do CompHP têm relevância para o processo de implementação do PSE/DF, entretanto, devido às características do PSE, há necessidade da complementação com um DC em promoção do protagonismo juvenil. Quanto aos fatores críticos relacionados ao processo de implementação, constatou-se um número maior de dificultadores comparado ao número de facilitadores.

A figura 5 apresenta a lógica da discussão dos resultados, pois a discussão dos DC e dos fatores críticos foi articulada.



Legenda:

— indica convergência com relação aos domínios de competências em promoção da saúde.

Fontes da mesma cor expressam as articulações na discussão entre domínios e fatores críticos.

* indica que não houve articulação com fator crítico.

Figura 5 - Esquema da lógica da discussão dos resultados

6.1 Relevância das competências em promoção da saúde e articulação com fatores críticos

6.1.1 Favorecimento de mudanças

Este domínio apresenta várias dimensões da PS e está relacionado com a reorientação dos serviços de saúde tendo em vista melhoras em saúde e a redução de iniquidades, através da ação intersectorial e colaborativa, do desenvolvimento comunitário e do empoderamento (DEMPSEY et al., 2011).

Especificamente sobre a ação intersectorial, a qual ocorre quando diferentes setores sociais se relacionam para agir conjuntamente sobre um problema de saúde ou em programas de PS (WHO, 1996), pode-se dizer que esta permeia as demais competências do CompHP por se tratar de CPS e da intersectorialidade ser um dos pilares da PS.

Os achados encontrados demonstraram que há articulação entre a SES e a SEE e o trabalho colaborativo entre os integrantes do GGI:

[...] a gente retornou no sentido de ir em busca dos professores e conversar com os professores sobre o programa e a importância que esse programa tinha para a gente realmente fazer uma educação saudável na escola e que a nossa saúde fosse uma coisa integrada com a questão da educação. Aí nós retomamos esse programa dentro de uma visão assim de parceria, de complementaridade e de união [...] (S14).

A **intersectorialidade** foi identificada como um **facilitador** no processo de implementação do PSE/DF:

O que facilita é a articulação (da SEE) com a SES, que já tá bem afinada né, e facilita muito, a gente consegue trabalhar bem, temos o mesmo pensamento, então isso facilita bastante (S9).

Originalmente, o PSE tem a intersectorialidade como a principal diretriz de implantação e implementação (BRASIL, 2007; 2011; 2011a; DISTRITO FEDERAL 2009). Estudos recente sobre o Programa, também utilizando o GAR, demonstraram diferentes enfoques sobre a intersectorialidade. Um deles, baseado em análise de documentos oficiais, revelou que o Ministério da Saúde exerce um papel de protagonismo e que a participação do setor saúde e educação não é equânime, mostrando, assim, as lacunas da intersectorialidade nos documentos normativos (FERREIRA et al., 2011). Outro estudo, ao conhecer a percepção dos gestores nacionais (1 de cada setor) e de gestores locais (5 de cada setor em 5 capitais

brasileiras) sobre a intersectorialidade no PSE apresentou que: os gestores nacionais apresentaram ter conhecimento conceitual e técnico sobre intersectorialidade; os gestores locais estavam passando por transformações para superar o modelo de gestão setorial e apresentaram conhecimentos necessários para o trabalho intersectorial, mas necessitam de nivelamento conceitual para a qualificação das ações e a aproximação dos setores (FERREIRA, 2012).

A qualificação profissional e das ações tendo em vista avanços intersectoriais seria um ponto-chave na implementação no PSE/DF e vem ao encontro dos resultados deste estudo referente à necessidade de fortalecer a ação intrasectorial e intersectorial:

[...] ampliar um pouco mais, pra fazer cogestão, o que eu entendo por isso? ela [da SES] junto com a SEE, mais outras, Gerência de Nutrição, o grupo como um todo, talvez não todo o grupo, mas uma boa parte desse grupo que a gente percebe o pessoal que tá mais engajado, que pudesse estar discutindo todas essas questões de planejamento do PSE pra 2012, a contratualização, as novas diretrizes, encaminhar isso [...] (S17).

A necessidade do fortalecimento da intersectorialidade em alguns lócus de implementação também se manifestou em virtude da indisponibilidade de articulação entre UBS e escola, e, sendo assim, os professores e diretores tendem a se relacionar com setores da rede de saúde regional. Além disso, em 2 lócus de implementação a articulação entre escola e UBS ocorre apenas quando a escola necessita de materiais de apoio e palestras específicas.

O panorama da IREPS sobre intersectorialidade, com base em pesquisa realizada em 2003, também demonstrou que a intersectorialidade precisava ser fortalecida e consolidada no âmbito escolar, embora 65% dos países que tinham aderido a proposta já tinham características intersectoriais na gestão (IPPOLITO-SHEPERD, 2003). Por isso, há vários anos a IREPS tem incentivado a multissetorialidade (para além do setor saúde e educação) visando o desenvolvimento de políticas e a elaboração de marcos conceituais e planos estratégicos compartilhados, e valorizando a construção de redes e a articulação intersectorial (IPPOLITO-SHEPERD, 2003).

É senso comum que a superação do modelo setorial para o intersectorial não é tarefa fácil, pois representa uma lógica de trabalho que requer a aceitação das partes envolvidas, uma releitura da realidade (PALMAS, 2006) e tempo para ser atingida, porque as conquistas ocorrem gradativamente (FERREIRA, 2009) e por

meio da construção de "valores, atitudes, comportamentos, mecanismos e instrumentos" próprios (ROCHA, 2006).

Em estudo sobre a intersetorialidade no PSE foi verificado que o trabalho intersetorial é negativamente influenciado pela rotatividade profissional (FERREIRA, 2012). E, no presente estudo a **rotatividade profissional** foi apontada como um dos **dificultadores** no processo de implementação:

"[...] o alto índice de pessoas que saem do programa, então a continuidade dele fica prejudicada. Na saúde também o índice de rotatividade é muito grande, então a gente encontra esse problema" (S7).

A rotatividade está presente em ambos os setores e é um aspecto comumente comentado por atores do PSE/DF, sobretudo, pelos integrantes assíduos do GGI. Conforme evidenciado em Ferreira (2012) os integrantes de GTI municipais do PSE de 5 capitais (Curitiba, Manaus, Brasília, Rio de Janeiro e Olinda) utilizam mecanismos para o controle da rotatividade na gestão, tais como a institucionalização do GTI através de portaria conjunta (saúde e educação), controle da presença, comunicação da ausência ao gestor hierarquicamente superior e solicitação de outro representante na evasão de um integrante. Todavia, por se tratar de mecanismos de controle essas medidas não garantem a permanência de integrantes no GTI para superação da rotatividade profissional.

No contexto da atenção primária, a alta rotatividade profissional, em especial na ESF, é um desafio a ser superado e é um dos fatores que mais afeta os serviços de saúde (BRASIL, 2010d). Nos cenários da EPS/OPAS a rotatividade profissional é reconhecida como uma situação crítica a ser superada (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006), pois tende a ameaçar o desenvolvimento da proposta das EPS (HARADA et al., 2004) em virtude de favorecer a descontinuidade dos processos de trabalho.

Assim, seria plausível controlar e buscar soluções para os entraves da intersetorialidade que estariam na governabilidade dos atores, tais como a falta de consenso sobre o papel de profissionais que atuam em programas intersetoriais (CKAGNAZARAFF; MELO, 2005), o desconhecimento do significado do trabalho intersetorial (CKAGNAZARAFF; MELO, 2005; CARVALHO et al., 2009) e a discordância entre os setores engajados (SILVA; RODRIGUES, 2010).

Considerando a necessidade de mobilizar competências que favoreçam mudanças na forma de trabalho do PSE/DF, pode-se refletir sobre metodologias propulsoras de práticas intersetoriais em todas as etapas que constituem os

programas de PS, especificamente, para o aprimoramento das atividades intersetoriais do PSE/DF (SILVA; RODRIGUES, 2010). Dentre as publicações direcionadas ao PSE, uma apresenta passos básicos que auxiliam os atores do Programa a trabalharem de forma intersetorial (BRASIL, 2009), os quais poderiam ser adotados como instrumento de trabalho ao longo do processo de implementação. Contudo, questiona-se se os profissionais do nível local conhecem esse material, pois, de modo geral, apresentaram ter contato com poucos materiais do PSE, outro que a caderneta do adolescente.

Outros dados referentes ao domínio favorecimento de mudanças revelaram que ao longo da implementação do PSE/DF os profissionais envolvidos demonstraram atingir o acesso dos escolares aos serviços de saúde, empoderamento e as contribuições para a redução de iniquidades em saúde:

A gente observa desde 2008, 2009 os meninos estão mais abertos a efetuarem as perguntas a nos procurar, porque antes tinham mais receio porque não tinha um cantinho pra conversa e hoje eles estão mais tranquilos, chegam: "aí, eu preciso ir no centro de saúde pra fazer uma consulta. Então ele sabe que não precisa levar a mãe" (S7).

Muito importante, esse acesso [na UBS] é muito importante [...]. Nós temos 4 alunas grávidas e o posto veio com a assistente social, veio aqui nos procurou quem são as alunas grávidas, aí nós demos a listagem das meninas, demos o endereço e elas foram, elas estão fazendo esse acompanhamento, vão nas casas dessas alunas, conversam, né, aquele diálogo, conversa com a família, que também é muito importante, eu considero um trabalho muito importante [...] (S1).

Dentro da perspectiva da reorientação dos serviços de saúde, fundamentada pelos princípios da atenção primária, o acesso aos serviços de saúde deve ser universal, com a oferta de ações intersetoriais (OPAS, 1978). Tal reorientação é uma das estratégias para a PS (OPAS, 1986), e como já dito em capítulos anteriores, a atenção primária comporta a ESF, que por sua vez, é operacionalizada por equipes de saúde que atendem populações adstritas. E, é no cenário criado entre essas equipes e escolas que o PSE é implementado, logo, já é esperado que os escolares tenham acesso aos serviços ofertados.

No entanto, no Brasil os adolescentes têm acesso restrito aos serviços públicos de saúde e os profissionais têm dificuldades em fazer o acolhimento (MACHADO, 2012; GOMES; HORTA, 2010). Observou-se o mesmo no presente estudo, pois alguns relatos indicaram que a UBS não era um local frequentado por

adolescentes pelo desconhecimento dos serviços ofertados e pelas deficiências no acolhimento dessa população. Entretanto, ao longo da implementação do PSE/DF, essa situação foi sendo transformada, ou seja, os adolescentes passaram a frequentar a UBS e reconhecer os seus direitos de acesso.

Outros aspectos destacados a partir da percepção de entrevistados é a redução no número de gravidez na adolescência e o acompanhamento domiciliar das adolescentes que engravidaram, o que demonstra a aproximação entre profissionais-serviços e comunidade. Segundo relatos, nessa relação ocorre uma vinculação entre adolescentes e profissionais e incentivos para que as mães adolescentes não abandonem a escola, haja vista que um dos principais motivos da evasão escolar, de acordo com entrevistados, é a gravidez na adolescência associada à condição de baixa renda e a falta de creches nas comunidades locais.

A credibilidade no PSE enquanto uma proposta que apoia a reorganização dos serviços de saúde, dentro da perspectiva da intersetorialidade e do acolhimento da população juvenil, foi demonstrada por Gomes e Horta (2010). Essas autoras, estudaram a percepção de 9 coordenadores pedagógicos sobre a promoção da saúde do adolescente por meio de entrevistas, em escolas municipais de Belo Horizonte Oeste. Tal estudo, entre outros aspectos, apontou a importância e a necessidade da parceria saúde-educação, apostando, assim, na potencialidade do PSE para atender as demandas dos adolescentes e favorecer a criação de vínculos.

Algumas mudanças apontadas pelos entrevistados também refletem o conceito de empoderamento, como expressado nos relatos anteriores de S4 e S1, indicando que os adolescentes reconhecem o direito de frequentar o centro de saúde e de obter insumos, como os preservativos e anticoncepcionais, sem a autorização de pais.

O empoderamento é o princípio-chave da PS (CARVALHO; GASTALDO, 2008) e tem relevância para a reorganização dos serviços, pois uma vez que os sujeitos se tornam "empoderados" a relação de poder que os profissionais de saúde exercem sobre a comunidade tende a ser superada a partir de uma experiência de parceria entre profissionais, usuários e comunidades (CARVALHO S.R., 2004a). Essa relação horizontal é indispensável no PSE para que os jovens possam ser acolhidos e as suas particularidades compreendidas e atendidas pelos profissionais.

Ainda, dentro desse domínio foi observada a presença da visão holística na

atenção e o reconhecimento da importância dessa abordagem:

Eles [acadêmicos que estagiam na UBS] me acompanham [no PSE] quando estão comigo, e trabalhamos numa abordagem chamada de clínica ampliada, quer dizer, eu não vejo somente você [...] que tá na minha frente com uma queixa de dor de cabeça ou unha encravada, eu vejo você como um todo, seu ambiente socio-psico-cultural (S10).

O que eu acho mais importante é assim, a gente tá envolvendo as famílias, os estudantes, e assim, tá trabalhando com as, em parceira com a saúde pra atender essas necessidades, porque não é só alunos é a família também (S3).

Compreender o ser humano de forma holística significa se deparar com "[...] o sujeito histórico, social e político, articulado ao seu contexto familiar, ao meio ambiente e à sociedade na qual se insere [...]" (MACHADO et al., 2007, p.336). Essa forma de cuidado contrapõe-se "[...] ao modelo comumente praticado na saúde, [que] em geral consiste em uma prática fragmentada, centrada em produção de atos, predominando a desarticulação entre as inúmeras queixas dos usuários" (MACHADO et al., 2007, p.338).

A operacionalização da PS requer um modelo de atenção capaz de influir de forma holística no processo saúde-doença, no qual a concepção biomédica vem a complementar o foco da atenção (CANEL; CASTRO, 2008). Assim, o cuidado integral é fruto de uma construção conjunta do saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários (MACHADO et al., 2007). Em correspondência com a saúde escolar, esse cuidado é potencializado com o papel do educador, pois a escola caracteriza-se como o local onde os adolescentes revelam com maior expressividade suas demandas, necessidades em saúde e significados que abstraem em relação a vida (GOMES; HORTA, 2010).

6.1.2 Advocacia em saúde

Advocacia em saúde é entendida "como um processo de reivindicação de direitos, ou a atividade de um grupo, visando a influir na definição ou na implementação de uma política pública" (CANEL; CASTRO, 2004, p.78). Também, pode ser associada à princípios e estratégias da PS, tais como intersetorialidade, gestão da clínica, sistemas integrados de saúde, controle social e participação popular (ANDRADE et al., 2011).

As competências para advocacia em saúde do CompHP compreendem a sensibilização de atores-chave e da opinião pública e a reivindicação por políticas e procedimentos em prol da PS (DEMPSEY et al., 2011). Internacionalmente, esse domínio tem sido valorizado entre os conjuntos de CPS (AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION ASSOCIATION, 2009; NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; HYNDMAN, 2009, 2007; BARRY et al., 2008), e, especificamente no PSE/DF, competências em advocacia são mobilizadas por profissionais da saúde e da educação para promover o engajamento de outros em ambos os setores, como exemplifica o relato de uma profissional de educação:

[...] a articulação [escola e UBS] se deu eu ligando, e falei: "olha vocês fazem parte de um programa e a gente precisa de vocês", "mas eu não tô sabendo disso!". Eu entrei em contato com a enfermeira chefe [...], eu não sei quem da gerência da saúde mandou um comunicado avisando que eles faziam parte, foi quando nós nos conhecemos, que até então a gente não se conhecia! (S4).

A partir do discurso de S4, percebe-se que a reivindicação foi fundamental para iniciar a interlocução entre saúde e escola, e assim, pensar o PSE/DF no locus de implementação. Segundo Dallari et al., (1996), a advocacia em saúde se ocupa de reivindicações para solucionar um problema coletivo em específico, visando a concretização do direito à saúde em um contexto também específico, sendo que qualquer indivíduo pode tornar-se um cidadão-advogado, como foi o caso do S4. Shilton (2006) ratifica esse posicionamento observando que em saúde pública advocacia é, em primeiro lugar, uma ação social que visa afetar, além de mudanças legislativas e políticas, os ambientes que apoiam uma vida mais saudável.

Outro aspecto verificado neste estudo que se enquadra em advocacia é a cobrança exercida pelos atores para que as ações possam ser implementadas de acordo com a proposta do PSE/DF:

Eu cobro quando eles [pessoal da UBS] não agem, ou demoram pra agir. [...] [Quando] a saúde não vem a cumprir o que promete né, então aí eu vou atrás. Se você é, marcou uma consulta, encaminhamento... [...] é claro na saúde tem muitos bloqueios, se é bloqueado alguma coisa, eu corro atrás também pra que aquilo seja cumprido, pra que seja resolvido (S2).

S2 apresenta uma demanda muito comum do PSE/DF, a busca pela consulta médica. Isto porque entre as atribuições dos envolvidos com o Programa está o encaminhamento e agendamento de consultas a partir dos resultados de avaliações clínicas e psicossociais.

Esses achados vêm ao encontro do posicionamento de Andrade et al., (2011),

no sentido de que a advocacia realizada pelo profissional de saúde a favor de crianças e adolescentes envolve tanto questões de saúde quanto de doença. Além disso, esses autores identificaram que os assuntos parceria e identificação de recursos na comunidade são enfatizados entre as temáticas de advocacia na atenção à criança, apontando como justificava a incapacidade do setor saúde atuar isoladamente sobre os determinantes do processo saúde-doença. De certa forma, a ação reivindicativa confere a estabelecimento de comunicação e parceria com os demais setores, serviços governamentais e não governamentais, e, principalmente, com a própria comunidade para somar forças nas atividades de advocacia.

Ainda, na opinião de Andrade et al. (2011), a atuação do profissional de saúde, em especial daqueles que compõem as equipes da ESF, é essencial na prática da advocacia em saúde, pois entre as suas responsabilidades precisa conhecer e agir sobre as vulnerabilidades da comunidade que atende. Portanto, considerando a relação entre o PSE e a ESF, é assumido que este tem potencial para a advocacia em saúde, o que ratifica a importância de desenvolver e qualificar as competências desse domínio.

O discurso dos entrevistados também versa sobre a necessidade de advogar a favor do PSE/DF com relação à sensibilização de parceiros institucionais, como exemplifica S13:

[...] os [adolescentes] vão [na UBS] fora do dia né, e as meninas [profissionais de saúde] falam: "a Fulana atende vocês sem marcar", mas, é nas 6^o feiras, né. Porque lá no centro de saúde chega adolescentes [e os demais profissionais falam]: "é pessoal da Fulana" [logo, não os atendem]. E assim, acho que com o tempo isso vai mudar, né, assim, os outros enfermeiros não querem mais atender adolescentes: "são as meninas da Fulana". Eu acho que essa visão dos meus colegas lá também tem que ser mudada. Então tem que fazer essa reunião, colocar todo mundo no auditório, ver o que é feito, como é feito, eu acho que ia ser bem legal, eu acho que falta essa coisa, e eles conhecerem o que é o PSE para participar (S13).

Um dos desafios do setor saúde é fazer com que companheiros de trabalho, gestores e outros setores reconheçam o PSE e reconstruam seus papéis e funções diante das demandas que chegam aos serviços. Dentre estas, tem-se o acolhimento dos escolares que acessam a UBS. Para tanto, os atores-chave precisam influenciar a opinião de colegas de trabalho e parceiros em potencial, bem como o apoio político de gestores.

Na visão de Canel e Castro (2008) advogar em saúde é essencial para a

concretização do papel político, dos princípios, da operacionalização e da sustentabilidade da PS, sobretudo para incluir questões de saúde e PS nas agendas e pautas dos setores. A literatura sobre advocacia em saúde para programas de PS na escola é escassa, mas a IREPS contempla advocacia no seu plano de ação destacando que os atores devem advogar para fortalecer a consciência de líderes políticos e a opinião de atores-chave de diferentes setores, incluindo os setores não governamentais, sobre a importância dos programas de saúde escolar (IPPOLITO-SHEPERD, 2006). Para que isso ocorra, segundo a autora, é necessário desenvolver as competências dos membros das comissões dos países signatários, bem como elaborar e difundir estratégias de comunicação e materiais de advocacia.

Gleddie (2011) examinou a efetividade de um modelo de EPS implantado em 22 escolas da cidade de Alberta no Canadá, a efetividade do programa foi constatada através da advocacia, que estimulou e favoreceu o desenvolvimento de políticas e procedimentos para o programa, inclusive na promoção da atividade física, alimentação saudável, saúde mental e bem-estar geral. Outro exemplo de advocacia na PS escolar parte do programa para hábitos de higiene escolar nas Filipinas (de acordo com a vulnerabilidade das crianças no País) (BENZIAN, 2010). Este conta com o suporte de uma organização não governamental para advogar a favor de mudanças políticas que possam contemplar as necessidades e demandas do programa, servindo como uma estratégia para a sua sustentabilidade (BENZIAN, 2010).

É interessante notar as possibilidades que os atores-chave e a comunidade escolar, enquanto advogados-cidadãos, teriam para advogar no PSE/DF. Dallari (1996) ressalta que ao recorrer à administração pública poder-se-ia mais facilmente influenciar nas decisões. Dessa maneira, no âmbito do PSE os conselhos municipais de saúde e de educação e as associações de pais e mestres apresentam-se, em primeira instância, como lócus favoráveis à advocacia em saúde.

Por outro lado, a autora informa que advogar em saúde não é tão simples já que vai além de reconhecer o problema e partir para uma solução, mas requer o cumprimento de um procedimento sistemático. Portanto, conforme Waterson (2009), do ponto de vista pedagógico é adequado aprender a advogar através de uma abordagem baseada em competências, quando conhecimentos, atitudes e habilidades já estão definidos.

Radius et al. (2009) acreditam que a aprendizagem de competências em advocacia no desenvolvimento profissional deveria ter a participação colaborativa entre instituições de ensino, associações profissionais, promotores e educadores em saúde, formuladores de políticas, entre outros que possam contribuir. Assim, seguindo essas preposições, no âmbito do PSE/DF seria apropriado desenvolver as competências em advocacia preconizadas no CompHP em consonância com as capacidades e limitações dos lócus de implementação e do GGI.

6.1.3 Parceria

Na perspectiva do CompHP estabelecer uma relação de parceria significa trabalhar colaborativamente com diversas áreas de conhecimento, setores, entidades e outros atores sociais (DEMPSEY et al., 2011). Este domínio pode ter uma estreita ligação com advocacia em saúde, a depender das circunstâncias, pois muitas vezes é oportuno que parcerias consolidadas participem de reivindicações para agregar poder às interlocuções (RADIUS et al., 2009).

Na construção e desenvolvimento de programas de saúde na escola é fundamental a existência de parceiros, pois a implementação desses programas requer a participação de múltiplos atores e parceiros de diferentes setores (GLEDDIE, 2011). De fato o assunto parceria é relevante para as EPS, e particularmente no PSE/DF, uma vez que a presença de **parceiros** no campo intra e intersetorial é um dos fatores que **facilita** o processo de implementação do PSE/DF:

O que tem facilitado é [...] a gente conseguir essas consultas, é excelente, porque mesmo que eu fizesse todo esse trabalho aqui, a nossa equipe estivesse aqui e a gente não teria acesso as consultas no centro de saúde seria terrível, então assim, é uma facilidade com essas consultas e esses agendamentos que a gente consegue lá [...] (S13).

[...] eu acho que uma coisa que facilita aqui é a questão dos alunos [estagiários das UBS que se tornam parceiros] (S14).

Em documentos variados do PSE (BRASIL, 2007, 2011; DISTRITO FEDERAL, 2009) e nas reuniões do GGI o assunto parceria se faz presente. Por exemplo, na normativa analisada compete aos profissionais da SEE e a SES ligados ao PSE/DF: "estabelecer parcerias com entidades e associações relacionadas ao Programa", o que fez com que tal domínio fosse convergente. Quanto ao GGI,

destaca-se a reunião estratégica de agosto de 2011 que visou sensibilizar gestores de educação e de saúde e demais profissionais de ambos os setores para o estabelecimento de parcerias.

Além disso, foi verificado que competências do domínio parceria são mobilizadas, conforme exemplificado abaixo:

[...] a gente precisa [do conselho tutelar] porque quando bate na família a gente descobre muitas coisas [...] então temos que tratar em casa e trabalhar com especialista e nós não temos especialistas em todas as áreas [...] daí a gente ataca com o conselho tutelar [...] (S2).

A gente pediu a [participação dos professores], o Dr. teve a ideia, e a gente acha legal porque as escolas têm professor de educação física que podem estar ajudando a gente na antropometria, ou seja, medir e pesar esse aluno [...] e estamos articulando essa participação deles (S3).

O discurso dos sujeitos remete ao estabelecimento de parcerias com a finalidade de executar ou auxiliar a realização de determinadas ações, como palestras, oficinas, avaliações clínicas e antropométricas; ou, para resolver problemas diversos que estão além da capacidade operativa dos atores-chave, como explicita S2 sobre o conselho tutelar. Palmas (2006) também relatou a participação do conselho tutelar em situações casos específicos e de competência do órgão na implementação da EPS/OPAS no estado de Tocantins.

De modo geral, as informações obtidas neste estudo indicaram que no nível local a participação de parceiros na gestão, no planejamento, no monitoramento, na implementação e na avaliação não foi mencionada de forma significativa para que se pudesse afirmar a existência de alianças consolidadas. Entretanto, está claro a formação de parcerias pontuais, de acordo com as necessidades, como manifestou S3 sobre a articulação com o professor de educação física. Este profissional poderia ter uma participação ativa e por todo o processo de implementação do PSE/DF, porque a formação em educação física inclui tanto um arcabouço teórico pedagógico quanto da saúde. Assim, pode-se dizer que a potencialidade desse professor não está sendo positivamente explorada.

Para conhecer as ações e projetos de PS na escola, Valadão et al. (2006) realizaram um estudo com 19 secretários estaduais de educação no ano de 2002, tendo como referencial teórico para análise a proposta das EPS/OPAS. As autoras descobriram que 14 secretarias estaduais estabeleciam parcerias com entidades e instituições para a implementação das ações e todas as secretarias tinham o apoio

de parceiros para elaboração e implantação de projeto, mas não foram acrescentados detalhes sobre a forma de trabalho entre os parceiros e atores-chave, ou como os secretários conseguiram viabilizar essas parcerias.

Como um DC que deveriam ser mobilizadas, a ênfase dada à parceria foi para o envolvimento de parceiros intra e intersetoriais, principalmente de instituições de ensino:

[...] o PSE [...] faz parte das demandas de todas essas, esses setores, dessas gerências que fazem é, é, a qualidade alimentar, peraí, o que tem a qualidade alimentar? Nutrição, então vamos chamar a nutrição daqui e a merenda lá da educação e inserir pra mim urgente, o Sindicato dos Professores tem que estar nessa roda de discussão que aí que é outra coisa, e não só ele, outros parceiros [...] (S17).

[...] o programa fica meio que nas costas de profissional da saúde e educação que desenvolve na ponta. Então assim, os nossos gestores tanto da educação quanto da saúde eles tem que se envolver mais (S13).

O histórico do desenvolvimento do Programa Saúde Escolar de Botucatu, criado a partir de reivindicações de uma determinada escola, demonstra o engajamento de atores da academia, de serviços e da escola para o estabelecimento de parceria intra e intersetorial (CYRINO; PEREIRA, 1999). As equipes constituídas por profissionais de saúde e educação foram formadas gradativamente desde o projeto inicial, e, na época da publicação, o programa contava com uma exemplar parceria ensino-serviço que envolvia um Centro de Saúde Escola, a Universidade Estadual de São Paulo e as Secretarias de Saúde e Meio Ambiente e de Educação de Botucatu (CYRINO; PEREIRA, 1999).

Provavelmente, diversas propostas que contemplam exitosas parcerias ensino-serviço poderiam despertar o interesse de atores sociais do PSE/DF para o intercâmbio de experiências. Por exemplo, conhecer o que motivou e quais foram os entraves para a parceria ensino-serviço estabelecida no Programa de Botucatu seria um procedimento válido para ser utilizado no engajamento de parceiros no âmbito das instituições de ensino do DF.

Nos últimos anos as parcerias ensino-serviço são apoiadas e incentivadas pelo Pró-Saúde (BRASIL, 2005), que oportuniza aos estudantes de graduação e professores universitários a aproximação com a população e os serviços de saúde na atenção primária. E, no contexto da Universidade de Brasília, essas parcerias têm sido criadas, até mesmo em um recente locus de implementação do PSE/DF, assim, a conjugação de competências, intercâmbio de experiências e aproximação do Pró-

Saúde poderia resultar em condições propulsoras para parcerias de sucesso.

No entanto, considerando os fatores que **dificultam** o processo de implementação do PSE/DF poder-se-ia pensar em alguns que interfeririam na mobilização de competências em parcerias, sobretudo, para o estabelecimento de parcerias, como, por exemplo, a **falta de envolvimento de gestores de saúde e de profissionais** de ambos os setores:

[...] o que eu acho que dificulta é essa questão de não ter a interação com o gestor, fica parecendo que é um programa meu, é uma invenção da minha cabeça, a gente nunca teve um momento" (S13).

E o que dificulta é justamente é isso, infelizmente mais o Núcleo de Atenção à Saúde do Adolescente e a gerência envolvida, não tem o envolvimento, um envolvimento maior das outras áreas (S17).

A partir do relato de S13 pode ser dito que o gestor, mesmo representando um poder decisório, se abstém de responsabilidades diante da implementação do PSE/DF. Este resultado corrobora com achados de outro estudo, no qual foi verificado que a falta de apoio político em nível nacional, estadual e municipal e a escassa conscientização sobre a importância das EPS/OPAS entre os possíveis executores são barreiras à implementação da proposta (IPPOLITO-SHEPERD, 2003). Resultados similares foram apresentados pela OMS já em 1996, os quais, entre outros fatores críticos para a implementação de programas de saúde na escola, dizem respeito a falta de apoio e de incentivo de órgãos governamentais, especialmente dos setores saúde e educação (WHO, 1996), que são representados por gestores políticos em todas as esferas governamentais.

Para Gomes e Horta (2010), a inserção da PS no âmbito escolar requer mais do que apoio institucional e político, necessita de uma articulação fortalecida entre os serviços de saúde, escola e redes sociais. Ainda, na visão das autoras, as famílias também deveriam ser resgatadas como potenciais parceiros, pois paralelamente a crise do Estado de Bem-Estar Social se está redescobrando as famílias, as redes sociais e a comunidade em geral para a efetivação de políticas sociais. Saliencia-se que neste estudo a inserção da família no PSE/DF surgiu como ação a ser implementada, portanto esse assunto encontra-se no subcapítulo implementação.

Com relação à ausência de envolvimento de profissionais, os entrevistados comentaram que muitas vezes os profissionais de saúde e educação de lócus de implementação que fazem parte do Programa não querem envolver-se com este.

Isto pode ser decorrente da ausência de interesse do profissional, do acúmulo de tarefas e funções que prejudicam que este tenha o real entendimento sobre a importância do programa (JOURDAN et al., 2008) ou, particularmente no setor educação, da possível carência na formação e preparação profissional para tratar de assuntos de saúde.

Além disso, o **dificultador falta de tempo para o PSE** por parte dos profissionais da saúde poderia ser entendida como um fator coadjuvante na ausência de envolvimento, visto que a sobrecarga de trabalho impõe a priorização de ações emergenciais, como exemplifica S15:

[...] tempo mesmo porque por eu ser enfermeira do PACS eu tenho muito paciente acamado, que assim, na verdade o PACS é pra promover saúde, mas a gente só fica apagando incêndio. Então eu tenho vários pacientes com sonda, com feridas, então eu não tenho como promover saúde na escola e deixar esses pacientes sem assistência (S15).

Segundo Pinto e Coelho (2010), as equipes de saúde enfrentam dificuldades em conciliar a demanda espontânea ou pronto-atendimento com as ações programáticas, que no caso do PSE/DF seriam as ações realizadas tanto na UBS quanto na própria escola e território. Contudo, uma equipe organizada, "[...] que leve em consideração a agenda de todos os membros de forma que se complementem, potencializando a capacidade da equipe de produzir saúde [...]" poderia auxiliar na conciliação de tarefas (PINTO; COELHO, 2010).

A presença do fator crítico falta de tempo está em consonância com achados de um estudo sobre as EPS/OPAS, no qual a sobrecarga de atividades que devem ser realizadas fora do contexto da proposta foi apontada por profissionais de saúde e educação como uma barreira à implementação (IPPOLITO-SHEPHERD; CIMINNO, 2003).

Outro dificultador que poderia estar relacionado a falta de envolvimento é a **cobrança por quantitativo de procedimentos de natureza assistencialista**, no sentido que os trabalhadores de saúde precisam aumentar o quantitativo de ações ao invés de envolver-se com as atividades do PSE/DF:

"Os gestores querem saber o número e não como, qual o resultado, o que esta acontecendo com os adolescentes" (S11).

A crítica dos atores a esse fator se dá em função de indicadores quantitativos, cujos cumprimentos são fortemente ambicionados pelos gestores da atenção primária, não serem capazes de expressar a magnitude do engajamento do

trabalhador ao executar sua intervenção junto aos adolescentes e o desfecho dessa aproximação.

Maciel-Lima (2004) também constatou essa realidade ao verificar os impactos da tecnologia informacional sobre as relações de trabalho no setor de saúde. Ao entrevistar profissionais de saúde de 88 unidades de saúde de Curitiba expôs as críticas dos profissionais ao atendimento que privilegia a quantidade em detrimento da qualidade, para assim, responder aos indicadores da atenção básica. Para Varela e Maia (2007), o pacto de indicadores da atenção básica influencia o aumento de determinados procedimentos para que as metas sejam atingidas, e então, a cobrança exercida pelos gestores por procedimentos quantitativos tende a refletir na baixa qualidade do atendimento dos profissionais, os quais direcionam sua atuação para a quantificação de ações.

Diante do exposto, caberia pensar em estratégias para controlar os dificultadores que estão na governabilidade dos profissionais, visto que, de certa forma, os dificultadores podem influenciar na mobilização e no desenvolvimento de competências em parceria. E, considerando que o fator falta de envolvimento do gestor e de profissionais foi o segundo mais expressivo, a construção de competências para a sensibilização de atores em potencial (profissionais ou gestores) se faz necessária. Ademais, as falas de determinados sujeitos demonstram que conseguiram adentrar o serviço de saúde e tê-lo como parceiro frente às demandas vivenciadas no PSE/DF. Contudo, em outros casos, há escolas que não estão articuladas, ou articuladas de forma incipiente, com as UBS da sua área de abrangência, pois não receberam o suporte necessário, possivelmente, devido à carga de trabalho enfrentada pelas UBS.

6.1.4 Comunicação

O domínio comunicação refere-se a divulgação de ações e programas de PS e a comunicação entre atores, parceiros e colaboradores, e, entre atores e comunidades através de meios e técnicas (intra e interpessoal, ferramenta tecnológica e mídia) apropriadas para diferentes públicos (DEMPSEY et al., 2011). A maioria dos conjuntos encontrados na literatura (DEMPSEY et al., 2011; HYNDMAN, 2009, 2007; SHILTON, et al., 2008; AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION

ASSOCIATION, 2009; HEALTH SCOTLAND, 2005; MELVILLE et al., 2006; NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; MCCRACKEN; RANCE, 2000), incluíram comunicação como um domínio de competência, exceto o Consenso de Galway (BARRY et al., 2009).

A comunicação pode ser considerada a base para a mobilização de qualquer uma das CPS, pois é um processo de transmitir e receber informações, exigindo habilidade verbal e não verbal, de escrita e de escuta (PUBLIC HEALTH AGENCY CANADA, 2007). Assim, cabe informar que a análise e discussão limitaram-se aos aspectos citados até o momento, não considerando o *marketing* social e as campanhas educativas que contemplam as estratégias de comunicação em saúde (CDC, 2012), até mesmo porque os relatos não dizem respeito a essas estratégias.

Dentre os relatos que se enquadram no domínio em questão, a comunicação ocorre para informar os atores e os familiares dos estudantes:

[...] nas reuniões com os professores [...] a gente apresentou o PSE, falamos o que era, falamos um pouco do histórico do que tinha acontecido em 2009, e qual era a nossa proposta para 2011 que é, é, a nossa proposta era instrumentalizar para eles darem o conteúdo do PSE na escola e também seria feita a avaliação se nós conseguíssemos a parceria com as universidades, né, porque eu já sabia que eu não ia ter condições de pessoal pra ta fazendo essa avaliação [...] (S12).

A comunicação estabelecida entre atores e comunidade escolar (na qual a família se insere) é crucial para o desenvolvimento do Programa. Os dados tendem a expressar que, a depender do lócus de implementação, a comunicação é realizada desde a fase inicial de implementação. Já, ao longo do processo, a manutenção da comunicação apropriada é importante para conscientizar a comunidade escolar de que a contribuição de cada um, dentro de suas capacidades e limitações, poderia agregar qualidade à implementação e viabilizar uma construção de saberes em prol de uma prática coletiva, colaborativa e transformadora (INCHLEY et al., 2006; ELIAS; FELDMANN, 1993).

Ainda, devido o PSE ser um programa coordenado por setores governamentais existe um trâmite formal a ser cumprido dependendo da informação a ser veiculada do nível central para o local, ou vice-versa, implicando, assim, na utilização de formas de comunicação específicas, como segue o relato:

[Enviamos informações sobre o PSE por] email, memo, circular e carta convite [...] e daí a gente usa alguma estratégia, se sai daqui pela Fulana tem uma força, mas se sai do [...] subsecretário é outra coisa, né, então, pra, pra algumas reuniões de gestores, eu me

lembro que nessa última reunião de sensibilização dos gestores a Fulana pediu apoio pra ele (S17).

O relato acima demonstra que habilidades para redigir documentos são requeridas. O fragmento também evidencia a iniciativa pessoal sem respaldo institucional, pois há necessidade da assinatura do nível superior para dar força ao documento, o que demonstra também a fragilidade do poder dos atores engajados com o PSE/DF, e, neste caso em particular, de um dos integrantes do GGI.

Embora habilidades para redigir documentos não esteja explicitamente mencionado no CompHP, remete às habilidades de escrita. Já o conjunto australiano, mais detalhista em relação ao domínio comunicação, traz como competência específica escrever para diferentes públicos e profissionais e para diversas finalidades (solicitar financiamento e subsídio, redigir relatórios, informar através da mídia escrita, etc.) (SHILTON et al., 2008).

Outro aspecto importante observado é a utilização de uma ferramenta tecnológica, o *blog*:

Tem um blog que foi a gente que fez, [...] o pessoal do Acre veio conhecer o nosso trabalho, eles querem implantar o PSE lá: "Aí, achamos vocês no blog [...]" (S13).

Essa ferramenta é a página da *Web* cada vez mais explorada por jovens e adultos, possibilitando a publicação de textos, imagens, vídeos e pressupõe ser frequentemente atualizada (GOMES, 2005). O *blog* tem se apresentado como um recurso pedagógico por oportunizar um espaço de acesso e disponibilização de informação especializada, e uma estratégia pedagógica por assumir a forma de portfólio digital e espaço de intercâmbio, colaboração, debate e integração (GOMES, 2005).

É provável que o emprego de ferramentas tecnológicas, em especial do *blog*, seja um recurso viável para a comunicação entre atores, parceiros e comunidade escolar em geral, e para promover a participação juvenil na implementação do PSE/DF. Considerando que adolescentes tendem a manifestar interesse por ferramentas tecnológicas, poderiam atuar ativamente na criação e atualização de *blogs* perante a supervisão de atores-chave, envolvendo-se, também, com o protagonismo juvenil, assunto que foi abordado no subcapítulo 6.3.

Na discussão sobre parcerias foi notável a necessidade de envolver parceiros dos setores originalmente ligados ao Programa. Como já dito anteriormente, muitas

competências estão interligadas, tão logo, sensibilizar os parceiros e aproximá-los do Programa requer dos atores a utilização de habilidades de comunicação apropriadas e acessíveis para perfis e níveis profissionais diversos, porque o sucesso dessa vinculação pode depender, também, da qualidade do diálogo, da seleção e da transmissão de informações relevantes.

Embora o domínio comunicação tenha convergido em DC mobilizadas, os dados indicam que competências de comunicação interpessoal e de divulgação do PSE/DF deveriam ser empregadas:

Precisa ser conscientizado e precisa ser divulgado isso, não ficar só, por exemplo, duas pessoas. Eu acho que a escola precisa ser mobilizada, o centro de saúde tem que ser mobilizado sobre as ações que estão acontecendo, porque às vezes ninguém sabe. Só um setor ali, o enfermeiro lá da parte de família que ele é do programa de saúde da família, ele faz um programa ali, agora eu não sei se todo o posto sabe se existe esse programa que ele faz parte, que o centro de saúde faz parte desse programa e que ele está dentro da escola, eu não sei se todos os segmentos ali sabem. [...] Eu acho que tem que ser uma coisa mais divulgada [...] (S4).

Na visão de S4 e de outros entrevistados as pessoas precisam saber o que é PSE e quais são as ações desenvolvidas, porque a divulgação poderia despertar o interesse de outros profissionais, seja de escolas ou UBS. Assim como a percepção dos entrevistados sobre a necessidade de comunicar-se e de divulgar o PSE/DF justifica o desenvolvimento de competências em comunicação, o estudo de Gleddie (2009), realizado no Canadá e já mencionado anteriormente, ratifica este aspecto porque constatou que a comunicação interprofissional é fundamental para assegurar a qualidade e a preservação das relações entre os atores de diferentes níveis e setores, parceiros, financiadores e demais envolvidos.

6.1.5 Liderança

As competências em liderança estão relacionadas às habilidades individuais para influenciar, motivar e possibilitar que outros contribuam para a efetividade e o sucesso do projeto comunitário e/ou organização na qual o mesmo está inserido, a partir do desenvolvimento de estratégias, oferta de mediação, treinamento e reconhecimento para seus pares, além de permitir a autonomia e a formação de novos líderes (PUBLIC HEALTH AGENCY CANADA, 2007). Além do CompHP (DEMPSEY et al., 2011), o Consenso de Galway (BARRY et al., 2009) e o conjunto

escocês (HEALTH SCOTLAND, 2005) trazem o domínio, já o conjunto da Nova Zelândia (NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; MCCRACKEN; RANCE, 2000) apresenta competências em liderança transversalmente em alguns dos domínios.

Neste estudo, os dados demonstraram a mobilização de competências em liderança, como exemplificam os relatos:

[...] ia vir especialista de cada área [dar treinamento para a equipe local - saúde e escola], o que aconteceu aqui? não veio especialista nenhum né, então, então quem montou o programa e o treinamento com os professores fui eu e o doutor, nós que articulamos. [...] nós fizemos todas as palestras (S14).

A gente viu uma coisa muito legal [na Mostra PSE/SPE] que foi... uma [...] das escolas tem como disciplina de práticas diversificadas o próprio PSE. Você tem como trabalhar de forma bastante pontual todos os campos com todas as turmas dentro da sala de aula. Isso eu achei incrível! É uma coisa que eu não sei se será viável para o próximo ano, mas é algo que a gente já tá começando a discutir para direcionar com um projeto de forma bem amarrada, vendo carga horária, tudo direitinho como é que a gente poderia fazer (S8).

No primeiro trecho o sujeito contribuiu para o aprendizado da equipe. O segundo apresenta que houve a incorporação de ideias visando melhorias no desenvolvimento do Programa. Além disso, a mobilização de competências em liderança foi compreendida como importante:

[...] se não tiver uma pessoa ali estimulando, né [...] não só eu, como as outras da gerência [...], a gente vê que onde o coordenador [membro do GGI] tá ali atento toda hora, a regional tá deslançando né, e quando não tem, o trabalho fica meio que, que... empacado, não sai! Então você vai, faz a reunião, contribui e vamos fazer e tal, mas se você não volta o trabalho não acontece (S9).

O referido relato expressa que ter o papel de coordenador dos lócus de implementação de uma determinada RA significa estimular, contribuir para a equipe e estabelecer uma relação de proximidade. Assim, é importante que enquanto coordenador o ator exerça liderança, o que está em conformidade com o CompHP (DEMPSEY et al., 2011), e, particularmente, com o conjunto de CPS australiano, no qual as competências em liderança integram o domínio gestão e organização (SHILTON et al., 2008).

Outras experiências com EPS também expuseram a importância de coordenadores líderes e da formação de equipe gestora intersetorial para o compartilhamento de responsabilidades (GLEDDIE, 2009; INCHLEY et al., 2006). Particularmente em Inchley et al. (2006), a efetivação de um líder que saiba conduzir

sua equipe é fundamental, no entanto, ao considerar a rotatividade de atores é importante que as responsabilidades e as informações da equipe sejam coletivas e compartilhadas a fim de garantir a sustentabilidade das ações e das mudanças alcançadas.

Além disso, foi constatado que competências em liderança deveriam ser mobilizadas principalmente no que tange à formação de redes de trabalho e a cogestão, como relado por S17:

[...] talvez formar uma rede, pode capengar no começo, mas deixa cada um se apropriar daquela parte que realmente lhe cabe, entendeu? é lógico que a Gerência de Nutrição e outras não vão pegar de todo o corpo, mas [...] se eles entenderem que o programa cabe e é importante pro setor deles, eles vão falar: "ah não, tudo vai tá ligado". [...] Eu acho que devia descentralizar, sabe, mas assim, no sentido de cogestão nesse sentido de vamos é, diluir no sentido de todo mundo participar de todas essas, esse planejamento macro no PSE né, é fazer com que o grupo realmente... e isso tem que envolver gestores também (S17).

O sentido do relato tem interface com o domínio favorecimento de mudanças, pois também se aproxima do trabalho colaborativo e intersetorial. No entanto, pressupõe-se que, para essa forma de trabalho acontecer seria necessário que atores com habilidades de negociação e motivação (contempladas no domínio liderança) viabilizassem a formação de uma rede de atores e parceiros engajados e corresponsabilizados (PALMAS, 2006).

Nessa direção, compreende-se que a formação de redes e a cogestão implicam na descentralização da gestão, contudo, no contexto do PSE/DF a **gestão centralizada** foi apontada como fator que **dificulta** o processo de implementação:

[...] eu acho que o que dificulta é justamente essa centralização [...] eu [...] também estou nesse processo de centralizar o PSE. Isso eu acho que é um grande dificultador (S17).

[...] as reuniões [...] poderiam acontecer também na escola, o grupo gestor vir na escola pra tá conversando com os professores [...] porque às vezes os professores não podem sair da escola, mas se as reuniões acontecessem aqui, facilitaria (S7).

Este resultado pode confrontar com a proposta do PSE que visa a gestão e a tomada de decisão compartilhadas em todas as etapas e procedimentos do PSE (BRASIL, 2011). Além desse resultado, a centralização da gestão também pode ser interpretada a partir das observações realizadas em reuniões do GGI, pois, geralmente, a maioria das responsabilidades e a tomada de decisão estava a cargo de um núcleo específico do GGI. Todavia, ao final do acompanhamento observou-se

o início de um movimento transitório, rumo a descentralização e a formação de uma rede composta por atores-chave e setores da SEE e SES, considerados estratégicos pelo GGI. Tal transição ratifica a necessidade de construir competências em liderança, sobretudo, aquelas direcionadas à gestão integrada e à formação de redes.

6.1.6 Diagnóstico

As competências desse domínio estão embasadas na definição de diagnóstico enquanto um procedimento sistemático para determinar as necessidades em saúde de uma população, bem como as causas e os fatores (individuais e sociais, econômicos e políticos do contexto em que o diagnóstico está sendo realizado) que contribuem para tais necessidades, além de determinar os recursos de pessoas, organizacionais e comunitários disponíveis para atuar sobre as necessidades (SMITH et al., 2006). Um diagnóstico adequado em PS requer informações dos padrões de mortalidade e morbidade, das crenças culturais sobre saúde, escolarização, habitação, equidade de gênero, participação política, segurança alimentar, ocupação, pobreza e ambiente (SMITH et al., 2006).

Na normativa analisada está registrado que no planejamento das ações devem ser considerados o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde escolar e a capacidade operativa das UBS e das escolas. Esses requisitos têm relação com o diagnóstico das necessidades e potencialidades, logo, o domínio diagnóstico foi convergente. Demais dados revelaram que o diagnóstico, mesmo que de forma incipiente, é realizado pelos atores:

[...] a gente pesa, mede, verifica a glicemia e PA porque a gente faz um rastreamento da hipertensão e a gente faz um rastreamento de diabetes também. Nesse mesmo dia a gente faz [...] a avaliação da maturação sexual também [...] (S13).

A gente faz o circuito que eu te falei da saúde [usando a ficha do aluno], e aí o que, que a gente dentro do dia a dia tá fazendo? Por exemplo, a gente identificou dentro dessa relação com a escola muitas crianças que tava tendo dificuldades no desenvolvimento psicopedagógico e essas crianças começaram a ser mandadas pra cá, dentro disso o que aconteceu? A gente viu que muitas dessas crianças tinham déficit de atenção e muitas tinham hiperatividade [...], que tinha muito menino que tinha pressão alta. Aí nós fomos logo fazer um trabalho específico pra isso, né, bora vê o que que é, é peso, é a alimentação, é a falta de exercício, o que esses meninos estão tendo? (S14).

A maioria dos relatos elucidou que o diagnóstico realizado nos lócus de implementação é direcionado para conhecer as condições biológicas e os fatores individuais. A partir da "avaliação diagnóstica" os escolares triados são encaminhados ao atendimento médico e/ou os resultados são utilizados como subsídio à elaboração do plano de ação.

Além disso, observou-se que, comumente, a Ficha do Aluno é utilizada para fazer a avaliação diagnóstica dos escolares. Segundo informações do GGI, tal ficha é utilizada para anamnese e triagem dos casos com maiores urgências para encaminhamento à UBS, restringindo-se a fatores biológicos e individuais, o que justifica o tipo de diagnóstico realizado pelos atores. Dessa forma, o diagnóstico realizado aproxima o PSE/DF das ultrapassadas (mas muitas vezes, ainda vigentes) bases higienistas e sanitárias dos primórdios da saúde escolar (GONÇALVES et al., 2008).

Considerando que a PS trabalha com uma visão ampliada de saúde, incorporando as dimensões socioambientais e o acesso aos serviços e políticas públicas, há uma lacuna nas informações levantadas para o diagnóstico. Isto, conseqüentemente, reflete no planejamento, na execução das ações e no desenvolvimento do PSE/DF reduzido a aspectos biológicos. Contudo, existem outras fontes complementares que podem agregar informações a esse diagnóstico. Por exemplo, as equipes da ESF utilizam a Ficha A (BRASIL, 2003), com base familiar que abarca informações socioeconômicas, demográficas, políticas e sanitárias, as quais poderiam ser empregadas como dados secundários ou dados coletados por equipes de saúde e comunidade escolar.

Ainda, a necessidade de diagnosticar as potencialidades relacionadas aos recursos humanos para a ação em PS foi reconhecida:

[...] porque visualiza uma coisa que não existe, [...] esquece dos recursos humanos, peráí, quem é que vai fazer isso aí lá? tem pessoas suficientes pra fazer isso lá? eu tenho médicos? eu tenho profissionais da saúde? eu tenho profissionais da educação suficientes que possam fazer isso lá? [...] (S1).

Nesse sentido, cabe ressaltar que uma das queixas que confronta o processo de implementação do Programa é o **dificultador escassez de pessoal especializado no setor saúde** para atuar no PSE/DF:

O que dificulta é a falta de especialista mesmo, né, porque às vezes precisa né, em casos em emergência, nós temos casos e mais casos, e muitas vezes estancou, parou ali no Adolescente (S2).

Frente a essa demonstração, novamente a ênfase do biologicismo e do atendimento médico-centrado é observada, e, portanto questiona-se: será que de fato é a falta de pessoal especializado em saúde que dificulta o processo de implementação ou seria a falta de compreensão por parte dos atores sobre a potencialidade do PSE/DF para atuar nos determinantes do processo saúde/doença? Considerando que esse debate não é assunto do presente estudo, apenas chama-se atenção a essa realidade para que o Programa não venha a ser reduzido ao assistencialismo ou subordinado à ação de profissionais de saúde.

Uma informação comumente fornecida pelos entrevistados foi que os atores tendem a perceber quais são as necessidades dos alunos (como se fosse parte do diagnóstico situacional). Por exemplo, quando questionados o que tomavam como base para determinar as ações do Programa e os encaminhamentos à UBS, muitos atores comentaram que era a partir da percepção que tinham sobre a situação na qual um escolar ou um grupo de escolares se encontrava. Caberia, então, conhecer como a subjetividade dos atores influencia a implementação e qual seria sua implicação para o desenvolvimento do PSE/DF.

Ao revisitar publicações destinadas aos profissionais que implementam o PSE, constatou-se que o diagnóstico das necessidades em saúde e de recursos é contemplado implicitamente entre as atividades preconizadas (BRASIL, 2009). Ainda, a publicação trata do diagnóstico a partir do paradigma socioambiental, recomendando a utilização de dados variados (saúde, habitação, educação, atividades econômicas etc.) (BRASIL, 2009).

Na perspectiva das EPS, alguns autores sugerem a realização do diagnóstico participativo, o que constitui uma estratégia de empoderamento (SMITH, et al., 2006; PEDROSA, 2006; IPOLITO-SHEPHERD, [200-]). Há autores que apontam a utilidade de determinados instrumentos para diagnóstico, tais como o Rapid Assessment Tool (IPOLITO-SHEPHERD, [200-]), o Rapid Participatory Appraisal (SMITH, et al., 2006) e o PRECEDE-PROCEED (Predisposing, Reinforcing and Enabling Constructs in Educational/Ecological Diagnosis and Evaluation and Policy, Regulatory and Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) (GREEN, 1991 apud IPOLITO-SHEPHERD, 2006). Este último está sendo satisfatoriamente empregado em programas de saúde e educação em saúde na escola, e não apresenta apenas passos para que seja feito o diagnóstico, mas

também passos para a implementação e avaliação de programas (IPOLITO-SHEPHERD, 2006).

Pensar o diagnóstico enquanto um procedimento sistemático que engloba a identificação de causas e fatores na perspectiva sócio-ecológica é uma possibilidade a ser discutida conjuntamente com os atores e parceiros envolvidos no PSE/DF, visto que existem exemplos de iniciativas que conseguiram realizar diagnósticos mais coerentes com a proposta da PS. A implementação das EPS/OPAS em Palmas, Tocantins, revelou-se capaz de promover mudanças favoráveis à PS, no sentido de que as equipes executoras atingiram um pensamento epidemiológico para descobrir as causas de problemas que se apresentavam na escola e que antes não eram evidenciados (PALMAS, 2006). Inchley et al., (2006) ao implementar a proposta da Rede Europeia de EPS, na Escócia, em parceria com agências e colaboração externa, conseguiram fazer com que as escolas determinassem suas próprias necessidades através do diagnóstico dos problemas mais relevantes da escola e da comunidade local. Além disso, as equipes de trabalho conseguiram interpretar os resultados e desenvolver objetivos.

No presente estudo, os dados referentes ao domínio diagnóstico demonstram que existem lacunas na realização desse procedimento no PSE/DF, todavia observou-se que os profissionais sabem, pelo menos minimamente, que é necessário realizá-lo com o foco nas condições de saúde e nos recursos disponíveis.

Observa-se que as publicações do PSE, como materiais instrutivos e manuais de operacionalização, deixam claro que é necessário fazer diagnóstico antes do planejamento, mas não exploram metodologias que possam ser utilizadas e não indicam materiais alternativos que possam guiar os atores. O que deixa transparecer é que os atores já teriam condições próprias e competências para executar diagnósticos. Por exemplo:

Para o planejamento das ações, indica-se inicialmente realizar um diagnóstico local sobre a vulnerabilidade de adolescentes e jovens em relação às DST/HIV/aids, hepatites virais, gravidez na adolescência e uso de álcool e outras drogas. Em seguida, orienta-se fazer o levantamento da demanda local sobre os temas a serem trabalhados com a participação de toda a comunidade escolar: professores, direção, coordenação pedagógica, estudantes e famílias (BRASIL, 2011, p.39).

Nessa direção, as competências do CompHP e instrumentos para diagnóstico (Ficha A, entre outros possíveis), articulados às atividades e aos conteúdos

preconizado nos manuais e documentos normativos do PSE poderiam subsidiar, inicialmente, a elaboração de propostas de aprendizagem e desenvolvimento de competências em diagnóstico, e a longo prazo, serviriam de referências para a qualificação do trabalho.

6.1.7 Planejamento

Planejar é uma atividade presente no cotidiano das pessoas, de empresas, de organizações e de professores, entre outros. No âmbito de programas e políticas públicas de PS o planejamento é um procedimento indispensável, pois auxilia na definição de direções a serem tomadas, alocação de recursos e na análise de alternativas para a ação (WHO, 1999).

Todos os conjuntos de CPS consultados apresentam competências em planejamento (DEMPSEY et al., 2011, 2010; HYNDMAN, 2009, 2007; SHILTON, et al., 2008; BARRY et al., 2008; AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION ASSOCIATION, 2009; HEALTH SCOTLAND, 2005; MELVILLE et al., 2006; NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004; MCCRACKEN; RANCE, 2000), demonstrando, assim, que é uma prática comum no panorama internacional da PS. No CompHP está explicitado que além da elaboração conjunta (entre atores e parceiros) do plano de ação, o planejamento deve contemplar metas e objetivos tendo como base as informações obtidas no diagnóstico (DEMPSEY et al., 2011).

No trâmite de adesão ao PSE o planejamento municipal é requisitado, abordando o número de equipes de saúde da ESF que atuarão no PSE – anualmente cada equipe deve atender, pelo menos, 500 escolares na avaliação clínica e psicossocial (componente 1) e 1000 escolares nas ações de PS e prevenção de doenças (componente 2) – e a definição de metas para os componentes 1 e 2 mediante a pactuação no Termo de Compromisso (BRASIL, 2011a).

Na normativa analisada uma das atribuições dos profissionais da SEE e SES é a elaboração do plano de execução do Programa (DISTRITO FEDERAL, 2009), na condição de que os mesmos terão apoio dos Ministérios da Saúde e da Educação para a realização do planejamento (BRASIL, 2007). Os dados encontrados demonstram que os atores estão seguindo tal atribuição:

Então, é aquela coisa, você começa a ver as possibilidades e vê que do jeito que a coisa está ainda poderia ser melhor. E aí a gente senta, discute o que pode fazer, que a gente pode trazer de forma mais eficaz. [...]. Em virtude do tipo de avaliação [ficha do aluno], como a gente preencheu no final [de 2010] [...] eu vi como que poderia, que tipos de ação... eu propus algumas ações para gente poder desenvolver em 2011, vendo o que ali das categorias o que a gente pode então fazer [...]. Então o processo é esse, é isso que tá sendo avaliado então a gente tem que pensar também em ações que estejam relacionadas a esse tipo de avaliação (S8).

Além disso, foi constatado que nem sempre há intersetorialidade na realização do planejamento, e, comumente, este é feito com base nos dados da Ficha do Aluno em alguns lócus de implementação onde esta é preenchida. Em outros casos, o planejamento é embasado nos conteúdos programáticos do PSE e nas necessidades apontadas por professores. Ainda, houve um caso em que o planejamento é feito de acordo com os temas da caderneta do adolescente, que é de uso dos escolares e profissionais como um instrumento informativo sobre puberdade, sexualidade, métodos anticoncepcionais, orientação de boas práticas alimentares e aborda assuntos sobre padrões culturais, destacando os riscos da anorexia e bulimia.

Embora as informações acima apresentadas permitam perceber a incipiência e as lacunas no planejamento em relação ao referencial teórico adotado (DEMPSEY et al., 2011), não se pode descaracterizar por completo as competências dos atores no domínio planejamento, uma vez que, de alguma maneira, realizam o procedimento.

Somado a isso, foi descoberto que competências em planejamento deveriam ser mobilizadas. Os relatos sobre isso também demonstram a carência de conhecimento sobre o assunto, principalmente no que tange associar os dados do diagnóstico ao planejamento e a definir as metas do Programa, o que é preconizado em documentos normativos do PSE (BRASIL, 2011a). Os seguintes relatos ilustram o exposto acima:

[...] tem que ter alguma coisa escrita, tem que ter um objetivo [...]. Esse programa tem que ter uma fundamentação e ser adequado para realidade da escola, ele vai chegar e vai ser adequado. [...] Definir metas e, e, e datas, tem que impor mesmo, não é um projeto que tem que acontecer? (S6).

[...] tem que ter o projeto, as metas, os objetivos [...] (S2).

Alguns estudos informam que o planejamento é um procedimento crítico em outros cenários de práticas de PS escolar. Anos atrás, o Expert Committee on

Comprehensive School Health Education and Promotion da OMS, interessado em propor recomendações para as políticas e ações de saúde no ambiente escolar, revisou as barreiras identificadas por profissionais da saúde e da educação no nível nacional, regional e local para o desenvolvimento de programas escolares de saúde internacionalmente (WHO, 1996). O referido comitê constatou que muitas vezes os atores não conseguem ou apresentam dificuldades para visualizar o real potencial dos programas e não demonstram as capacidades apropriadas para realizar um planejamento estratégico (WHO, 1996).

Diferentemente do planejamento tradicional, o planejamento estratégico está sujeito a atender ao dinamismo das situações sociais, das pessoas e dos contextos, alterando-se para engendrar uma ação (SILVA, [200-]). Constitui-se, então, como um dispositivo para corresponder ao dinamismo escolar e à rotatividade de atores e parceiros.

No Brasil, Santos e Bógus (2007) identificaram a ausência de professores no planejamento de ações, em projetos ou programas de saúde, desarticuladas do setor saúde e realizado, predominantemente, pela direção e coordenação pedagógica. No entanto, a responsabilidade pela execução das ações estava a cargo de professores, demonstrando, assim, tanto a hierarquização de poder da direção e da coordenação quanto o papel do professor como cumpridor de tarefas. Em outro estudo realizado no Distrito Federal, foi revelado que, tratando-se de planejamento escolar realizado sob a forma do projeto político pedagógico, a elaboração e utilização deste é um facilitador para o sucesso da educação inclusiva, mesmo quando não ocorre a participação equitativa do corpo docente no planejamento (SISSON, 2010).

Ao contrário dos resultados do estudo de Santos e Bógus (2007), outro demonstrou que iniciativas intersetoriais entre saúde e educação, pautadas nas EPS/OPAS, podem ser exitosas e transformadoras. Isto porque os profissionais engajados conseguiram superar a setorialidade e conflitos entre saúde e educação, atingindo uma visão compartilhada e contextualizada no planejamento e, conseqüentemente, na implementação das ações (PALMAS, 2006).

Silva et al. (2006) também descrevem a implementação das EPS/OPAS no município do Rio de Janeiro, outro exemplo de experiência bem sucedida no Brasil. A iniciativa foi embasada em estudos científicos e construída conjuntamente (setor

saúde e comunidade escolar), sendo que inicialmente contou com um projeto piloto e concomitante avaliação para readequação da proposta. Desse processo surgiu a necessidade de instrumentalizar os atores-chave e realizar oficinas sobre planejamento, elaboração e execução de projetos, entre outros aspectos, resultando, assim, em práticas contextualizadas e baseadas nas prioridades das escolas.

Assim como as EPS/OPAS, o PSE é intersetorialmente idealizado, exigindo um olhar intersetorial ao longo de seu processo de implementação, inclusive no planejamento, o qual deve ser cultivado pelos atores como um procedimento a ser conduzido no cotidiano das práticas (GLEDDIE, 2009). Entretanto, poucos atores do PSE/DF conseguiram apresentar tal visão, o que dificulta a qualificação do Programa. Nessa direção, caberia pensar em estratégias de aproximação e articulação dos setores e parceiros também durante esse procedimento.

6.1.8 Implementação

O domínio implementação é multifacetado, incluindo competências para o trabalho colaborativo de atores e parceiros na execução de ações, no provimento e gerenciamento de recursos, na facilitação da sustentabilidade do programa e no monitoramento (DEMPSEY et al., 2011). Diversos conjuntos de CPS delinearão competências de implementação, sendo que estas não são exatamente as mesmas, mas, carregam a similaridade de uma prática ética, culturalmente sensível e eficiente (DEMPSEY et al., 2011, 2010; ALLEGRANTE et al., 2009; BARRY et al., 2009; SHILTON et al., 2008; MELVILLE et al., 2006; HEALTH SCOTLAND, 2005; NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2004).

Na normativa a convergência desse domínio foi constatada a partir de vários trechos:

"implementar, organizar e fazer o acompanhamento [...] do Programa em âmbito regional [...]; disponibilizar espaço físico destinado ao atendimento do educando na Escola e, caso não haja local apto, seja disponibilizado espaço móvel para este atendimento; acompanhar, no âmbito das escolas, as atividades desenvolvidas pelos profissionais da Secretaria de Estado de Saúde; e, [...] acompanhar ações que garantam as condições de segurança, higiene e alimentação das instituições educacionais".

A convergência do domínio implementação foi a mais forte entre os DC mobilizadas, isso pode ser atribuído ao fato de que os atores tiveram mais facilidade

em falar sobre as atividades que realizam com os escolares. Para vários entrevistados a execução dessas atividades é uma das partes mais importantes do processo de implementação. Os trechos abaixo ilustram as estratégias adotadas pelos atores na execução de atividades:

[...] eu pensei em fazer a oficina da autoestima, mas eu comecei a perceber que não dava. Aí eu perguntei a eles o que eles queriam [...], eles foram perguntando várias coisas e eu fui respondendo. A gente acabou fazendo uma roda de conversa.[...]. Me adaptei, eu tentei várias metodologias, e muitas não deram certo. Pensei assim, então tá bom, então vamos fazer roda de conversa, daí sentamos (S12).

Usamos a roda de conversa, a gente pega uma malinha, a gente fez com PVA, confeccionou uma malinha e coloca todos os assuntos lá dentro, que são os mesmos assuntos que tem dentro da caderneta do adolescente [...] pra gente não entregar como um gibi. [...] a gente faz como fosse a brincadeira da batata quente [...]. Aí eles começam o assunto e faço um complemento em cima, porque eu puxo primeiro o que eles já sabem e eles sabem muita coisa! [...] Então num segundo momento essas mesmas crianças que participaram da roda de conversa, eles vem pra avaliação, só aí que eles vão receber a caderneta [...] (S13).

Oficinas, rodas de conversa, dinâmicas de grupo e palestras são as principais estratégias para a execução de atividades, e eventualmente há participação de parceiros. Percebe-se que os atores se preocupam em realizar estratégias que interessam aos escolares e em desenvolvê-las com eles, e não apenas para eles. Essa característica é importante por se aproximar ou por buscar o protagonismo juvenil e o empoderamento.

Cabe destacar que entre as atividades acima mencionadas, apenas em um locus de implementação ocorre a participação familiar:

[...] toda reunião de entrega de boletins os pais vêm, e o posto de saúde também vem com atividades pra nossa escola. [...] inclusive nós tivemos a festa do folclore aqui, o Dr. veio né, conversou com os pais. Então a todo momento, toda atividade que estiver envolvida pais [o pessoal da UBS] vem se apresentar novamente, falar da importância da saúde pros pais né, da necessidade, cada um na sua especialidade, então eles vêm aqui e dão a sua fala, fazem exame de, de, de glicose, de pressão [...] e fazem até massagem (S2).

A maioria dos entrevistados mencionou que enfrenta dificuldades para ter a presença dos pais na escola tanto para os assuntos ou eventos corriqueiros e próprios do setor educação quanto para tratar de problemas individuais do escolar, ou de assuntos relacionados ao PSE/DF. Por conseguinte, foi identificado que a **ausência da família na escola** é um fator que **dificulta** a implementação do Programa, demandando a inclusão familiar como um dos focos de ação, como

apresentado abaixo:

Talvez é, a gente montar uma coisa específica pro familiar, porque a maioria do familiar: "ah, não tenho tempo! ah, não venho!" [...] eu acho que a interação mesmo com a comunidade, oficinas voltadas pras famílias, porque a gente tem a escola aberta aos sábados, mas eles não participam, mesmo com a divulgação, agora, como chamá-los a gente ainda tá buscando (S7).

Corroborando com os resultados sobre o aspecto familiar, Gomes e Horta (2010), que entrevistaram coordenadores pedagógicos e realizaram observações para identificar e analisar as práticas de PS em escolas municipais de Belo Horizonte, observaram que o corpo docente reconhece a importância da parceria entre saúde-educação, das redes sociais e, principalmente, do envolvimento familiar no processo de formação do jovem e nas práticas de PS.

Entretanto, tradicionalmente a escola requer a participação e o envolvimento de pais ou responsáveis na educação de seus filhos mediante o comparecimento às reuniões, na comunicação de situações que ocorrem na escola e na família e no acompanhamento das tarefas de casa e do desempenho (CARVALHO, M.E.P. 2004). Todavia, com o aumento das transformações sociais que repercutem na criação de novas ações políticas e governamentais para o cuidado e a formação integral de crianças e adolescentes, a família tornou-se, também, o objeto de ações e a parceria social na implementação de programas de PS (REALI; TANCREDI, 2005). Assim, a família passa a integrar ao mesmo tempo o grupo de atores e o público alvo, além de ter de participar das atividades preconizadas na política da escola.

A importância da família no processo de aprendizagem pela socialização primária onde se interiorizam normas, valores e formas de relacionamento, está em decadência e o principal responsável por esse processo é a instituição escolar (GOMES; HORTA, 2010). No entanto, resgatar a relevância da família no desenvolvimento integral de crianças e adolescentes se faz necessário tendo em vista que "[...] a sociedade transferiu ao Estado toda e qualquer responsabilidade sobre as demandas sociais" (GOMES; HORTA, 2010, p. 497).

Na perspectiva da PS, a interação de crianças e adolescentes com seus familiares faz parte de uma abordagem integral e participativa a ser desenvolvida no espaço escolar que assume ser promotor da saúde. A estratégia das EPS/OPAS conta com a participação familiar na implementação das propostas e afirma melhorar

a eficiência destas com ações para as famílias dos escolares (IPOLITO SHEPHERD, 2006). A exemplo disso, no Brasil, experiências bem sucedidas da IREPS conseguem operacionalizar a participação familiar em seus projetos (REZENDE, 2006; SILVA, 2006).

Apesar das dificuldades e do desconhecimento sobre formas efetivas para trazer os pais para a escola, conforme o último relato apresentado, existem metodologias que impulsionam esse desfecho. Reali e Tancredi (2004), por exemplo, defendem que a escola precisa investir em modelos de interação com os familiares e apresentam um projeto colaborativo que envolveu a tríade universidade-escola-família, realizado para reforçar as relações entre escola e família. A metodologia consistiu no levantamento de concepções dos professores (n=33) sobre os alunos, as famílias destes, a interação escola-família e maneiras de melhorá-la; na aplicação de questionário para os pais (n=556) abordando os temas que eles gostariam de discutir na escola e o melhor dia para os encontros; reuniões entre pesquisadores e professores por um semestre; e, encontros entre professores e pais. Como resultado, a escola teve experiências positivas com a aproximação da família e da parceria universidade-escola. A universidade contribui para as práticas de interação mais igualitárias e respeitadas, mas a escola teve a autonomia em estabelecer o modelo de interação. As famílias tiveram a oportunidade de expor seus pontos de vista, estreitar as relações e conhecer os trabalhos que a escola realiza, inclusive tiveram acesso ao projeto político pedagógico.

Assim, frente a demanda do envolvimento familiar no PSE/DF e a compreensão de que é uma característica relevante e possível de ser atingida, é oportuno refletir sobre estratégias favorecedoras da interação família-escola-PSE. Em primeiro lugar, seria necessário criar espaços para diálogo entre diferentes atores, levantamento de posicionamentos e reflexões sobre possíveis estratégias. Seria oportuno, também, incluir o debate sobre as CPS que impulsionariam a interação família-escola-PSE.

Na categoria implementação foram observados também outros enfoques, tais como consulta e diálogo sobre o andamento do Programa através de reuniões do GGI e dos grupos gestores regionais:

Uma vez por mês pelo menos a gente [grupo gestor regional, orientadores e professor], conversa e vai falar se funcionou, se teve retorno, se os professores gostaram, se os alunos gostaram [...] (S11).

As reuniões realizadas pelos atores servem tanto para o processo de consulta, a avaliação subjetiva das atividades realizadas, a identificação de soluções e entraves e os encaminhamentos quanto para o planejamento. Normalmente, os programas de saúde escolar se utilizam de reuniões da equipe de trabalho para esses fins (HARADA et al., 2006; MALDONADO et al., 2006), até mesmo porque não existe um modo mais apropriado ou um padrão para o processo de consulta e colaboração entre atores, pois a escolha parte das possibilidades e limitações da própria equipe.

Considerando a facilitação da sustentabilidade do PSE como outro foco do domínio implementação, é esperado que a inclusão das ações do Programa nas Coordenações de Ensino das RA e nos projetos políticos pedagógicos das escolas, assim como destaca a normativa (DISTRITO FEDERAL, 2009), seria uma forma de favorecer a sustentabilidade. A maioria dos entrevistados relatou que as ações estão no projeto político pedagógico, já que é uma diretriz do Programa.

As informações coletadas também permitiram constatar o engajamento de atores no desenvolvimento e gerenciamento de recursos materiais que são utilizados no PSE/DF:

[...] a gente conseguiu comprar equipamentos para abastecer algumas unidades, fica na saúde porque o equipamento é comprado por aqui, mas sabendo que, lá [...] [na Regional], eu sou coordenadora lá, fica lá com a Fulana na unidade mista, mas ela sabe que se tal pessoa e [...] as orientadoras [de 2 escolas] precisarem, pode ir lá pegar. Eles já sabem tudo direitinho (S17).

[...] eu e o professor estamos montando materiais pra que eles tenham acesso, aí a gente tá montando uma apostila agora sobre a questão do aborto, a questão mesmo da puberdade, do namoro [...] (S4).

Além disso, o **material de apoio** que é disponibilizado para os lócus de implementação através do PSE/DF, como a Caderneta do Adolescente e cartilhas sobre doenças e outros assuntos, é um **facilitador** no processo de implementação. Em contrapartida, a **falta de recurso financeiro** foi assinalada como um **dificultador** porque a verba do Ministério da Educação destinada às escolas é para gastos pré-definidos, o que é encarado por parte dos atores como um aspecto burocrático do sistema educacional. Contudo, ninguém mencionou o financiamento próprio para o PSE que provém somente do Ministério da Saúde.

O financiamento insuficiente foi o principal dificultador no desenvolvimento das EPS/OPAS entre 1995 e 2003, sendo que, na época, foi um aspecto a ser fortalecido e uma das ações prioritárias para o desenvolvimento da proposta (IPPOLITO-SHEPHERD & CIMMINO, 2003). Na América Latina, as críticas ao financiamento limitado e insuficiente para a implementação de EPS estão pautadas na ausência de políticas claras, que suportem e priorizem as propostas a partir da inclusão das EPS nas agendas públicas e econômicas dos entes federados (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006). Assim, geralmente, os atores ficam a mercê da boa vontade da administração dos setores envolvidos em suprir as principais carências financeiras.

No caso do PSE, o financiamento depende do cumprimento das metas pactuadas no Termo de Compromisso Municipal, que é verificado através do SIMEC (BRASIL, 2011a). O primeiro repasse do financiamento, equivalente a 70% do valor total, ocorre após a adesão (assinatura do Termo) e o restante somente com o cumprimento de 70% das metas municipais pactuadas. O valor total do financiamento municipal é proporcional ao número de equipes da ESF vinculadas ao PSE, logo, quanto maior o número de equipes maior é o montante recebido (BRASIL, 2011a).

O monitoramento no SIMEC foi apontado apenas por S8 e S14:

Eu tenho registro em ata daquilo que a gente já realizou, no SIMEC também. A gente tem todo esse controle e justamente por conta de ter isso a gente tem uma noção daquilo que está sendo feito [...]. A partir do que tem aqui eu sei o que já foi feito em 2010, o que pode ser novo, o que a gente ainda não fez que pode, já tem condições de fazer ou aquilo que já tá na nossa rotina (S8).

[...] a gente faz o monitoramento pelo SIMEC [...] Então a gente fez a proposta e atingimos 100%. Ainda fizemos coisas a mais, porque dentro das metas não tinha esse programa de TDH, não tinha o projeto que a gente tá fazendo junto com a escola, não tinha o negócio do tabagismo que nós fizemos, foram todas ações fora. Então nós atingimos tudo que tínhamos contratualizado e fizemos coisas a mais né. [...] Fizemos o monitoramento incluindo quantas crianças foram atendidas, cada faixa etária, tem tudo as estatísticas, tá tudo bonitinho aqui, tá tudo organizadinho (S14).

Como no DF não existe o Termo de Compromisso Municipal, mas, sim, o distrital, a assinatura deste, a pactuação de metas e o registro no SIMEC é de responsabilidade dos coordenadores gerais do PSE/DF, cabendo aos lócus de implementação passar os dados aos coordenadores para que o registro possa ser efetuado. O financiamento é direcionado à atenção primária e dividido somente entre

as equipes da ESF das UBS vinculadas ao PSE/DF. Portanto, devido à cobertura da ESF no DF estar entre as mais baixas do Brasil (BRASIL, 2012e) as queixas sobre a escassez de recursos decorrem, geralmente, do fato que somente os lócus de implementação que possuem equipes de saúde da ESF recebem o financiamento, o que reflete em subfinanciamento para os gastos com o Programa.

Ao longo do acompanhamento das reuniões do GGI foi possível perceber que raros eram os profissionais envolvidos que passavam os dados para o registro no SIMEC, apesar do estímulo e da cobrança de integrantes do GGI para com os seus respectivos lócus de coordenação, e do monitoramento estar presente na normativa: "monitorar e avaliar o Programa". No entanto, após a publicação da Portaria Interministerial, que relaciona monitoramento e cumprimento de metas ao financiamento (BRASIL, 2011a), e a difusão desse procedimento, é esperado pelo GGI que os lócus de implementação monitorem as ações dos componentes 1 e 2 (apenas as metas desses componentes são pactuadas no Termo de Compromisso).

Cerqueira (2006) aponta diversos desafios para a inserção e implementação das EPS/OPAS na América Latina e Caribe, entre eles, a instrumentalização técnica do corpo docente e de profissionais da atenção primária para apoiar e fortalecer o monitoramento. Este, não deve ser limitado ao número de alunos que foram submetidos à avaliação antropométrica e clínica, à vacinação e à participação de oficinas, mas precisa extrapolar o padrão biomédico e buscar dados sobre as decisões tomadas pela equipe e sobre as mudanças que surgiram em virtude dessas decisões (ROWLING; JEFFREYS, 2000).

A experiência de Tocantins com as EPS/OPAS aproxima-se dessa visão, demonstrando que a partir da implantação do monitoramento e da avaliação da gestão foi possível auxiliar as

[...] equipes de gerenciamento integrado a traçarem planos conforme as necessidades, observando fatores objetivos e subjetivos, comuns e divergentes que podem estar contribuindo ou dificultando a operacionalização da estratégia (REZENDE, 2006, p. 95).

Nesse sentido, a aplicabilidade de competências em implementação no que tange o monitoramento do PSE/DF não seria considerada apenas enquanto um procedimento padrão de registro no SIMEC, mas como um meio para monitorar a qualidade do processo de implementação na sua totalidade, fornecendo informações que possibilitem as práticas avaliativas. Também, é importante que nesse

procedimento seja considerado que promover saúde na escola é ter um olhar para o conceito positivo da saúde, ou seja, entender que saúde pode ser produzida (KICKBUSH, 1989 apud ROWLING; JEFFREYS, 2000) e não restrita a parâmetros biológicos e antropométricos.

Considerando que o domínio implementação contempla competências para que diversas atividades/ações possam ocorrer (por exemplo, reuniões de atores e parceiros, gerenciamento dos recursos, monitoramento, execução do plano de ação a partir de processos éticos e participativos com ênfase no empoderamento), nas quais a participação e a atuação conjunta de atores de diferentes áreas do conhecimento e setores fica ainda mais evidente, entende-se que, além da intersetorialidade, há necessidade da articulação interdisciplinar. E, no campo da saúde particularmente, o comprometimento com o sistema de saúde é uma das atitudes que integra o rol de competências para o trabalho interdisciplinar e coletivo, sendo fundamental para qualquer projeto de trabalho numa equipe da ESF (SAUPE et al., 2005).

Neste estudo, o **comprometimento** foi enunciado como um **facilitador** do processo de implementação do PSE/DF por profissionais da saúde e da educação:

Óh, o que facilita, é, assim, que todo mundo, é, abraça o PSE (S2).

Embora o trabalho interdisciplinar não tenha sido um foco de estudo, pode-se pensar que o comprometimento enquanto um facilitador, mesmo sendo uma categoria fraca, é um elemento importante para que a interdisciplinaridade ocorra nos cenários de prática do PSE/DF. Além disso, o comprometimento é essencial para atingir qualidade nos serviços, visto que, por definição, significa

[...] engajamento ou disposição plena e espontânea para trabalhar, sentimento de responsabilidade pelo resultado e aplicação de esforços, criatividade e inovação para contornar os problemas e garantir o sucesso e o resultado [...] (BARBOSA; FARIA apud MACIEL-LIMA, 2004, p.503).

6.1.9 Avaliação

A avaliação de programas de PS é um procedimento crítico e fundamental para determinar como melhorá-los, subsidiar a tomada de decisão, reorientar as ações e verificar o impacto e a efetividade em diferentes etapas do processo (SALAZAR, 2004; ROOTMAN et al., 2001; BRAZIL, 1999). A avaliação "[...] agrega

valor quando o conhecimento e o uso das informações produzidas geram aprimoramento institucional e profissional" (FELISBERTO, 2006), sendo que este último é esperado para os atores do PSE/DF a partir da aceitação e utilização das informações produzidas na presente avaliação.

O CompHP aborda avaliação e pesquisa em um domínio e traz competências que podem ser utilizadas em ambas. No entanto, foi verificada a convergência parcial do domínio porque os sujeitos mencionaram apenas informações referentes à avaliação, conforme mencionado por S11:

Nesses dois, três anos que estamos com o programa não temos esse resultado, precisa disso. [...] Tá faltando a gente reunir dados, ter uma anotação, a gente começou com a, o, a quantidade de adolescentes grávidas, registros das escolas, a gente tem esses livros, mas a gente não finalizou pra colocar num ano quantos, depois que a gente começou a conversar com elas se teve assim... e essas oficinas, pra poder fazer uma comparação pra ver se teve uma diminuição ou não. A gente não tá fazendo isso. [...] Pra ver se teve um impacto, alguma coisa assim que ajudou, se teve alguma coisa positiva, o que eles acham, o que é relevante [...] (S11).

A normativa analisada insere a avaliação entre as atribuições de profissionais de saúde e educação: "[...] avaliar o Programa; [...] avaliação do Programa, no âmbito da regional de saúde"; e, de profissionais inseridos nas UBS: "Avaliar e acompanhar ações que garantam as condições de segurança, higiene e alimentação das instituições educacionais".

A aplicabilidade das competências em avaliação é reconhecida nos cenários de prática das EPS, pois está elencada entre os procedimentos a serem efetuados ao implementar uma iniciativa (WHO, 2000). Por exemplo, a avaliação do impacto de um programa requer dados do monitoramento do comportamento individual, do ambiente ou da condição de saúde individual e/ou da comunidade (WHO, 2000). Logo, a avaliação é dependente do registro de informações, do diagnóstico da situação inicial e do monitoramento contínuo para o cruzamento de informações a fim de obter resultados iniciais, intermediários ou a longo prazo (WHO, 2000).

A avaliação que se realiza em programas de PS escolar pode estar pautada em um recorte do programa, não precisando abarcar todos os eixos de ação ou a totalidade das condições biológicas e socioambientais que são trabalhadas, no caso do foco da avaliação ser mudanças em saúde e seus determinantes (SALAZAR, 2004; WHO, 2000). Considerando o PSE/DF, o ponto de partida para tornar a avaliação um procedimento institucionalizado, factível e viável inclui estabelecer

critérios de avaliação comuns a todos os lócus de implementação e obter apoio de especialistas na elaboração do desenho e na realização da avaliação (WHO, 2000).

Embora a maioria dos conjuntos de CPS não incluam a competência utilizar os resultados para redefinir e aperfeiçoar o programa avaliado, o que está presente no CompHP (DEMPSEY, et al., 2011), esta é extremamente importante no caso do PSE/DF. Em primeiro lugar porque a utilização de informações produzidas no processo avaliativo é um dos fins da avaliação, e, em segundo, porque o foco do GAR (modelo adotado) é a avaliação da construção da capacidade para a tomada de decisão (SALAZAR, 2004).

No PSE a única avaliação realizada e documentada até o momento fez o recorte da intersectorialidade (FERREIRA, 2012) e constitui uma tese de doutorado. No panorama das EPS/OPAS não foram identificadas na literatura científica avaliações de iniciativas, isto porque, de modo geral, a hegemonia das produções científicas sobre intervenções e avaliação da efetividade da PS na escola é dos Estados Unidos e da Europa (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006; KOLBE, 1986 apud INCHLEY et al., 2000). Entretanto, na pesquisa realizada para conhecer a situação das EPS/OPAS em 17 países a maioria reconheceu a necessidade de melhorar as práticas avaliativas e aplicar mecanismos de avaliação de impacto, sendo que 12 dos países dispõem de métodos de avaliação, sobretudo os qualitativos (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003). Ainda, foi documentado que no Brasil e na Argentina havia sido realizada uma avaliação da educação em habilidades para a vida, porém, não foram encontrados maiores detalhes para confirmar as informações sobre essa avaliação (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Com relação a outros cenários de desenvolvimento de EPS, salienta-se o trabalho de Lee et al. (2005) devido à aplicabilidade internacional do modelo de avaliação de um programa implementado em Hong Kong. Este busca promover melhorias na educação e aumentar o bem-estar de estudantes e profissionais da escola englobando políticas de saúde, ambiente físico e social, envolvimento comunitário, habilidades pessoais em saúde e serviços de saúde (LEE et al., 2005). O modelo avaliativo é embasado na perspectiva do setor saúde e do educacional e considera os resultados das fases pré-intervenção e acompanhamento (*follow-up*) em escolas que implementam o programa e escolas-controle. Nas duas fases os dados são coletados por meio de questionários, entrevistas, observações, revisão

curricular e dos documentos escolares e grupos focais com professores. Os indicadores utilizados estão associados à tipologia dos resultados: de saúde e sociais (ex. sintomas de depressão, percepção sobre condição de saúde e desempenho escolar); intermediários (ex. atitudes, estilo de vida e comportamento de risco); de PS (ex. conhecimentos e habilidades em saúde, políticas de saúde na escola); e, de ações de PS (ex. envolvimento comunitário, tempo escolar para educação em saúde).

Cabe destacar que o modelo explicitado acima é do tipo estudo clínico controlado aleatório, que em conjunto com o tipo quase experimental, representam os tipos de avaliação muito utilizados internacionalmente, principalmente no Reino Unido (INCHLEY et al., 2000). Outro tipo de avaliação com aceitabilidade internacional é o estudo de caso, o qual apresenta uma abordagem apropriada para avaliar EPS visto que diferentes métodos podem ser utilizados para conhecer o contexto do programa e seus resultados (INCHLEY et al., 2000).

6.2 Singularidade

6.2.1 Promoção do protagonismo juvenil

Protagonismo juvenil é um termo multifacetado que carrega significado pedagógico e político, pode ter diferentes interpretações e imbrica conceitos como participação e responsabilidade social, identidade, autonomia e cidadania (FERRETTI et al., 2004). O termo protagonismo é utilizado para

[...] designar a participação de adolescentes no enfrentamento de situações reais [...] concebendo-o como um método de trabalho cooperativo fundamentado na pedagogia ativa cujo foco é a criação de espaços e condições que propiciem ao adolescente empreender ele próprio a construção de seu ser em termos pessoais e sociais (COSTA, 2001 apud FERRETTI et al., 2004 p. 414).

O assunto protagonismo juvenil poderia incluir o núcleo do conjunto de CPS ou as competências do rol dos domínios favorecimento de mudanças, advocacia em saúde, implementação e provavelmente outros quando o cenário de prática de PS for a escola. Por contemplar um dos componentes do PSE seria oportuno que os seus executores destinassem atenção especial ao assunto, considerando os seus significados e as particularidades e potencialidades dos contextos locais de

implementação para poder inserir o protagonismo nas ações do PSE/DF:

Eu queria montar até o protagonismo juvenil aqui na escola, mas eu tenho percebido que eles são ainda muito imaturos para gente conseguir montar mesmo esse projeto, posso até tentar dar um início no ano que vem, que é uma coisa que eu to pensando [...]" (S4).

[...] se é um programa de saúde na escola porque não chamar esses adolescentes pra tá elaborando junto o que eles querem aprender sobre saúde? O que eles querem aprender sobre o que existe na saúde, na escola, o que a escola tem a ver com a saúde, o que a saúde tem a ver com a escola (S15).

Observou-se que nenhum dos entrevistados comentou sobre metodologias e cursos para protagonismo juvenil. No entanto, um dos materiais instrutivos do PSE recomenda a utilização do "Guia Adolescentes e Jovens para a Educação entre Pares" e expõe que há ofertas de oficinas, ensino à distância e apoio institucional (da esfera federal aos estados e destes aos municípios ou RA), visando contribuir para o protagonismo juvenil e à educação permanente de atores (BRASIL, 2011).

Ainda, no mesmo material está claro que a comunidade escolar deve mobilizar-se para o protagonismo juvenil, sendo que os escolares precisam integrar os espaços de planejamento, execução das atividades e avaliação (BRASIL, 2011). Isso está em consonância com as teorias atuais em PS que frisam a importância de envolver, além dos atores-chave, os grupos ou comunidades que são alvo das ações no processo de implementação como um todo (CARVALHO; GASTALDO, 2008; INCHLEY et al., 2006).

Traçando um paralelo entre o protagonismo juvenil e os pressupostos estabelecidos na VI Conferência Internacional de PS (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997), pode ser dito que a ação do jovem protagonista, que potencializa sua capacidade para agir sobre as condições de saúde e garante o direito de voz em função das habilidades e conhecimentos adquiridos, é uma mudança social que expressa a efetivação da PS na escola.

Além disso, a representação do protagonismo juvenil, pautado na participação social ou comunitária (GONZALES; GUARESCHI, 2009), é fundamental para a advocacia em saúde nos cenários do PSE (CANEL; CASTRO, 2008). Nestes, os profissionais de saúde e da educação têm de reconstruir seus significados e redefinir seus papéis para cumprir com a tarefa de estimular e fortalecer a atuação dos escolares e seus familiares sobre os seus direitos à saúde (CANEL; CASTRO, 2008). Além disso, o jovem protagonista-advogado torna-se emancipado "[...] à

medida que reconhece seus problemas e pleiteia solução para eles [...]", ao submeter-se a intervenções da educação em saúde (DALLARI et al., p. 598).

A aproximação do protagonismo juvenil à PS também ocorre do ponto de vista da equidade, a qual significa justiça social (WHO, 1998), está associada a contextos democráticos e implica a socialização de saberes (PELLEGRINI, 2004; CAMPOS, 2006), a distribuição do poder (CAMPOS, 2006) e a ampliação dos sujeitos envolvidos na elaboração e gestão das políticas (PELLEGRINI, 2004).

No âmbito das políticas públicas, o SPE é um exemplo de proposta que se consolida visando o protagonismo juvenil e carregando preceitos da PS (equidade, ampliação da autonomia, participação social, diversidade e direitos sexuais e reprodutivos), de acordo com o estudo de Bressan (2011). O protagonismo juvenil é fomentado pelo SPE a partir da educação entre pares (comunicação entre jovens), que pode ser compreendida como uma possibilidade para o empoderamento e desenvolvimento de habilidades pessoais. No entanto, nos documentos oficiais (livretos, fascículos e normativas) do SPE o protagonismo limita-se a recomendações sobre a inclusão de jovens nos grupos gestores estaduais e municipais, com ausência de argumentações sobre estratégias para garanti-lo e metodologias para fortalecê-lo (BRESSAN, 2011). Assim, a autora explicita que está a critério dos atores e representantes institucionais investir em qualificação profissional para fortalecer a o protagonismo juvenil no planejamento, na implementação, no monitoramento e na avaliação das estratégias destinadas aos jovens.

Cabe salientar que as iniciativas de PS escolar que contemplam o protagonismo podem representar um caminho para o exercício da cidadania, pois "ser protagonista é ter liberdade de se expressar, de crescer como sujeito e ser respeitado como tal, de construir novos conceitos e de participar mais ativamente na sociedade" (GONÇALVEZ, 2007 p. 58). Esta visão, segundo a autora, aproxima-se dos pilares da educação propostos por Jacques Delors (aprender a conhecer, aprender a viver juntos, aprender a fazer e aprender a ser) (DELORS, 1998), os quais constituem os pressupostos da nova educação para o século XXI (WERTHEIN; CUNHA, 2005).

Pensar em competências para a promoção do protagonismo juvenil e desenvolvê-las nas equipes multidisciplinares e intersetoriais que integram o

PSE/DF é de extrema importância, porque o trabalho com o protagonismo exige empenho e preparação profissional (GONÇALVEZ, 2007). Neste trabalho, o papel do educador é essencial devido este ser a referência e o companheiro dos escolares (GONÇALVEZ, 2007). No contexto do PSE/DF, não só os professores, mas todos os atores devem articular seus papéis e valorizar as potencialidades e limitações que os escolares têm para transformar o meio onde vivem.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A condução desta pesquisa avaliativa seguindo os passos e as atividades do GAR permitiu uma imersão no campo de investigação sem enfrentar entraves ou situações que pudessem prejudicar a realização da avaliação. Isto porque, primeiro, o contato com os integrantes do GGI proporcionou diálogo sobre os interesses avaliativos, momentos enriquecedores para compreender a sistemática do PSE/DF e a organização das instâncias de pactuação do Programa e possibilitou vivenciar o planejamento e a execução da I Mostra/PSE/SPE/DF e demais atividades de implementação. Segundo, ao compilar as informações necessárias para a contextualização do PSE/DF foi possível apreender as suas características e imergir na proposta política, clarificando, assim, o caminho a ser percorrido na realização da avaliação.

Dada a importância atribuída internacionalmente à PS e desta na atenção primária, o movimento das CPS vem se consolidando e refletindo no intercâmbio de experiências e construção de competências que servem de referência para educação e prática, tanto para profissionais iniciantes sem formação prévia em PS quanto para aqueles experientes ou com formação na área (AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION ASSOCIATION, 2009; SHILTON ET AL., 2008; HEALTH SCOTLAND, 2005; NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH, 2007). Concomitantemente, vem ocorrendo a disseminação e a aceitação internacional e nacional das EPS, implicando na reflexão a respeito dos significados e do impacto que o desenvolvimento de CPS nos cenários intersetoriais - formados prioritariamente pelos setores saúde e educação - teria na sustentabilidade e na qualidade das iniciativas de PS na escola.

A relevância dos DCPS para o processo de implementação do PSE/DF foi constatada a partir da análise da normativa e das entrevistas realizadas com atores-chave. Com base na normativa, 7 DC tiveram convergências: favorecimento de mudanças, parcerias, liderança, diagnóstico, planejamento, implementação e avaliação. A partir da visão dos entrevistados, foi possível conhecer as convergências dos DC: mobilizadas; mobilizadas e importantes; e que deveriam ser mobilizadas. As convergências em DC mobilizadas foram favorecimento de mudanças, advocacia em saúde, parcerias, diagnóstico, liderança, comunicação,

planejamento e implementação. Dentre eles, os DC considerados importantes em ordem crescente de expressividade (força atribuída) favoreceram mudanças, implementação e liderança. Ainda, ressalta-se que esses domínios foram os únicos que tiveram convergência tanto na normativa quanto nas entrevistas. Com relação aos DC que deveriam ser mobilizadas, os domínios convergentes foram os mesmos que em DC mobilizadas, juntamente com o domínio avaliação. Também, nesta dimensão de análise surgiu uma nova categoria, o domínio promoção do protagonismo juvenil, entendida como uma singularidade relacionada ao cenário de prática da PS.

A presença dessa singularidade denota que há necessidade de complementar os DCPS para os cenários de prática de PS no ambiente escolar que buscam a participação de jovens no processo de construção e implementação. Por outro lado, considerando a interface entre os significados de protagonismo e os princípios da PS, os domínios favorecimento de mudanças e advocacia para saúde já poderiam contemplar competências relacionadas ao protagonismo, ou até mesmo constituir o núcleo dos domínios de competências (assim como os aspectos éticos e os conhecimentos em PS), porque são direcionadas ao estímulo, engajamento e empoderamento de indivíduos e coletividades para o desenvolvimento de habilidades para influenciar e controlar as condições de saúde. Contudo, em função do protagonismo juvenil ser uma das estratégias do PSE e ser preconizado no SPE, optou-se por categorizá-lo como um domínio de competência individual.

O fato que a maioria dos domínios convergentes foram os mesmos nos DC mobilizadas e DC que deveriam ser mobilizadas, expressa que a mobilização das competências precisa acontecer de forma mais expressiva. Isto também pode indicar que as competências precisam ser desenvolvidas. Assim, atores-chave, financiadores e parceiros do PSE/DF poderão incluir o assunto desenvolvimento de competências na agenda do PSE/DF, sobretudo, os DC considerados importantes e que deveriam ser mobilizadas, com atenção especial para aqueles com força moderada.

Com relação aos fatores críticos no processo de implementação do PSE/DF, o número de dificultadores é maior que o número de facilitadores. Dentre os dificultadores, a escassez de profissionais especializados no setor saúde e a cobrança por quantitativo de procedimentos de natureza assistencialista podem não

estar na governabilidade dos atores, porém cabe refletir se seria de fato uma barreira ao PSE/DF. Isto, porque, os modelos atuais de atenção tomam como primazia à visão ampliada da saúde e não mais o modelo médico-centrado. Considerando os facilitadores, a presença das categorias intersetorialidade e parceiros, em especial, demonstram que os atores estão cientes da importância da ação colaborativa e articulada com outros setores. Ainda, os fatores críticos que foram mais expressivos (maior força) podem ser considerados na avaliação e no processo de implementação do PSE/DF. Quando utilizados na avaliação de processo podem auxiliar a compreender as potencialidades e as limitações do PSE/DF. Já, no processo de implementação, podem ser objetos de estratégias para minimizar os dificultadores e maximizar os facilitadores.

PERSPECTIVAS FUTURAS

Mediante a discussão dos achados da pesquisa com o GGI, a utilização destes para a tomada de decisão lhe será proposto. Os resultados podem servir de subsídios na elaboração de estratégias para o desenvolvimento profissional e os indicadores poderão ser utilizados em avaliações futuras do PSE/DF. Além disso, os resultados poderão ter aplicabilidade para outros cenários de implementação do PSE, onde grupos gestores, atores e parceiros poderão considerar os DC e os fatores críticos úteis para orientar as práticas que estão desenvolvendo.

Sugere-se aos gestores do PSE/DF solicitar o apoio de parceiros e de instituições de ensino superior para ofertarem ou colaborarem com atividades de educação permanente, visando responder às demandas e necessidades do Programa, principalmente com foco:

- na aprendizagem teórico-operacional da visão ampliada do processo saúde-doença e da proposta de EPS;
- na compreensão da importância das CPS;
- no conhecimento teórico-prático em diagnóstico participativo e contextualizado à realidade social dos lócus de implementação e na familiarização com instrumentos de diagnóstico em PS;
- no conhecimento teórico-prático de monitoramento e avaliação de programas, incluindo a ficha de registro de ações de PS cuja implementação está em curso no DF;
- na elaboração de estratégias para minimizar os dificultadores e maximizar os facilitadores do processo de implementação;
- na elaboração de estratégias para viabilizar e valorizar o protagonismo juvenil e a participação da família no PSE/DF;
- na revisão da normativa do PSE/DF tendo em vista a ausência de atribuições relacionadas aos DC advocacia em saúde, comunicação e promoção do protagonismo juvenil;
- na elaboração de estratégias distritais em busca do fortalecimento da ESF a partir do aumento do número de equipes de saúde multidisciplinares, particularmente com a inclusão do profissional de educação física.

Para o âmbito acadêmico os resultados também são relevantes, pois estudos têm indicado que profissionais de saúde e do setor educacional demonstram carências e limitações na abordagem da PS. Assim, conhecimentos e habilidades que contemplam o rol das competências em PS poderiam ser consideradas na formação acadêmica de áreas que têm interface com PS.

Ainda, propõe-se que estudos futuros tenham como objetivo:

- elaborar um DC em protagonismo juvenil, a partir da abordagem crítico-emancipatória, com a participação de profissionais do PSE/DF e do SPE/DF, haja vista a aproximação de seus grupos gestores;
- estudar a aplicabilidade de CPS na implementação do PSE utilizando análises intra (em cada setor) e entre grupos (educação X saúde ou educação X saúde X integrantes do grupo gestor);
- avaliar a construção de capacidade do PSE/DF, com a opção de utilizar indicadores deste estudo;
- validar a relevância das CPS para o PSE e elaborar instrumentos avaliativos da qualidade do processo de implementação.

REFERÊNCIAS

AERTS, D. et al. Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 4, p.1020-1028, jul./ago. 2004.

AKERMAN, M.; MENDES, R.; BÓGUS, C.M. É possível avaliar um imperativo ético? **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 605-615, 2004.

ALLEGGRANTE, J.P. et al. Toward International Collaboration on Credentialing in Health Promotion and Health Education: The Galway Consensus Conference. **Health Education & Behavior**, v.36, n.3, p.427-438, 2009.

_____. Domains of Core Competency, Standards, and Quality Assurance for Building Global Capacity in Health Promotion: The Galway Consensus Conference Statement. **Health Education & Behavior**, v. 36, n. 3, p. 476-482, jun. 2009.

ANDRADE, R.D. et al. Advocacia em saúde na atenção à criança: revisão da literatura. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v.64, n. 4, p. 738-744, jul./ago. 2011.

ARROYO, H. La formación de recursos humanos y el desarrollo de competencias para la capacitación en promoción de la salud en América Latina. **Global Health Promotion**, v.16, n.2, p.66-72, 2009.

_____. **Promoción de la salud: Modelos y experiencias de formación académica-profesional en Iberoamérica**. Puerto Rico, 2010. 633 p.

AUSTRALIAN HEALTH PROMOTION ASSOCIATION. **Core Competencies for Health Promotion Practitioners**. 2009. Disponível em: <<http://www.healthpromotion.org.au/issues/91-news-item-headline-2>>. Acesso em: 20 jul. 2011.

BARDIN, L. **Análise de Conteúdo**. 4.ed. Lisboa: Edições 70. 2009. 281 p.

BARRY, M.M. et al. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 05-11, jun. 2009.

BATTEL-KIRK, B. et al. A review of the international literature on health promotion competencies: identifying frameworks and core competencies. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 12-20, jun. 2009.

BATTEL-KIRK, B. **CompHP Conference 20th June 2012** [mensagem pessoal]. Mensagem recebida por <bbkconsultancy@eircom.net> em 10 jun. 2012.

BEATO, M.S.F.; STRALEN, C.J.; PASSOS, I.C.F. Uma análise discursiva sobre os

sentidos da promoção da saúde incorporados à Estratégia Saúde da Família. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.15, n.37, p.529-537, 2011.

BENZIAN, H. Revitalizing Schools Health Programs Worldwide. **Compendium of Continuing Education in Dentistry**, v. 31, n. 8. 2010. p. 580-582, out. 2010.

BRASIL. **Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde**. 1986. Disponível em: <conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 09 de set de 2011.

_____. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Título VIII, Capítulo II, Seção II. Brasília: Senado, 1988.

_____. Lei nº 8.080 de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. 1990. Disponível em: <www.portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/lei8080.pdf>. Acesso em: 04 set. de 2011.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. Disponível em: <www.portal.mec.gov.br/secad/arquivos/pdf/ldb.pdf>. Acesso em: 01 nov de 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Coordenação de Saúde da Comunidade. **Saúde da Família: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial**. Brasília. Ministério da Saúde, 1997. 36p.

_____. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: Saúde. 1997. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seb/arquivos/pdf/saude.pdf>>. Acesso em: 01 nov de 2011. 1997a

_____. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília : MEC/SEF, 1997. 126p. 1997b.

_____. **Programa agentes comunitários de saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2001.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **SIAB: manual do sistema de Informação de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2003. 96 p.

_____. Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf>. Acesso em: 05 dez. 2011.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 60 p. (Série B. Textos

Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes de implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2006b. 24 p.

_____. Presidência da República. Decreto n. 6.286 de 5 de dezembro de 2007 que institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, p.2, 5 dez. 2007.

_____. Ministério da Educação. Portaria Normativa Interministerial nº17, de 24 de abril de 2007. Institui o Programa Mais Educação que visa fomentar a educação integral de crianças, adolescentes e jovens, por meio do apoio a atividades sócio-educativas no contraturno escolar. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=2446&Itemid=). Acesso em: 01 mai. de 2012. 2007a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. Departamento de Ciência e Tecnologia. **Agenda nacional de prioridades de pesquisa em saúde**. 2. ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. p. 68. (Série B. Textos Básicos em Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. **Relatório Final da 13ª Conferência Nacional de Saúde**. Saúde e Qualidade de vida: políticas de estado e desenvolvimento. Brasília, DF: Editora do Ministério da Saúde; 2008. Série C. Projetos, Programas e Relatórios. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria-Executiva. **Mais Saúde: Direito de todos: 2008-2011**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. 100 p.

_____. Ministério da Educação. Portaria Interministerial nº. 675, de 4 de junho de 2008. Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 27 ago, 2008c. Seção 1, p. 14.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009. 96 p.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. Diretoria de Educação Integral, Direitos Humanos e Cidadania. Nota técnica n. DEIDHUC/Secad/MEC de 02 de dezembro de 2009. Informa sobre a implantação do Sistema Integrado de Planejamento Orçamento e Finanças do MEC - SIMEC/PSE e orienta para solicitação de senha pessoal, preenchimento dos formulários de Cadastro de Secretaria e liberação de senhas para os diretores das escolas. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=%20%20%20Nota%20t%C3%A9cnica&gid=2162&option=com_docman&task=doc_download>. Acesso em: 20 de set 2011.

2009a

_____. Ministério da Saúde. **Relatório de Avaliação do Plano Plurianual 2008-2011**. Ano base 2008. Brasília, 2009b. 116 p.

_____. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **As Conferências Nacionais de Saúde: Evolução e perspectivas**. Brasília, DF: CONASS, 2009c. 100 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação em Saúde. **Política Nacional de Educação Permanente em Saúde**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2009d. 64 p. (Série B. Textos Básicos de Saúde).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. 3. ed. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade. **Programas e ações**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2010a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acessado em: 12 dez. de 2010.

_____. Ministério da Saúde: **Programa Saúde da Família**. 2010b. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/cidadao/area.cfm?id_area=149>. Acesso em 28 janeiro 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Diretrizes do NASF: Núcleo de Apoio à Saúde da Família**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, n. 27, 2010c, 152 p.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Humanização**. Cadernos HumanizaSUS. v. 2, Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2010d. 256 p.

_____. Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola, tecendo caminhos da intersetorialidade. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2011, 46 p.

_____. Ministério da Saúde. Portaria Interministerial nº 1.910, de 8 de agosto de 2011. Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 9 ago, 2011a. Seção 1, p.49.

_____. Ministério da Educação. **Salto para o Futuro**. Brasília, DF: Ministério da Educação. 2012. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=13258:salt-o-para-o-futuro&catid=111:tv-escola>. Acesso em: 04 jan. de 2012.

_____. Ministério da Educação. **Mais Educação**. Brasília, DF: Ministério da Educação, 2012a. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=86&id=12372&option=com_content&view=article/>. Acesso em: 21 abr. 2012.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. Saúde da Família. **Programa Saúde na Escola**. Brasília, DF: Ministério da Educação. 2012b. Disponível em: <http://dab.saude.gov.br/programa_saude_na_escola.php>. Acesso em: 04 jan. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. Subsecretaria de Planejamento e Orçamento. **Plano Nacional de Saúde 2012-2015**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2012c, 112p.

_____. Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde. **Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde**. Distrito Federal. 2012d. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>. Acessado em: 20 mai. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Sala de Situação em Saúde. **Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde**. Brasil. Cobertura populacional 2011. 2012e. Disponível em: <<http://portal.saude.gov.br/portal/saude/default.cfm>>. Acessado em: 20 mai. de 2012.

_____. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Profissional e Gestor. **Perguntas mais Frequentes**. 2012f. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/saude/Gestor/visualizar_texto.cfm?idtxt=38080&janela=1>. Acessado em: 13 ago. de 2012.

BRAZIL, K. A framework for developing evaluation capacity in health care settings. **Leadership in Health Services**, 1 ed, v. 12, p. 6-11.1999.

BRESSAN, Aline. **A participação juvenil no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas: contribuições da análise documental para a identificação de estratégias de promoção da saúde**. Dissertação de Mestrado. Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Rio de Janeiro, 2011. 237 p.

BUSS, P. M. Promoção da Saúde e qualidade de vida. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-177. 2000.

BUSS, P.M.; CARVALHO, A.I. Desenvolvimento da promoção da saúde no Brasil nos últimos vinte anos (1988-2008). **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 14, n. 6, p. 2305-2316, 2009.

CANEL, R.C.; CASTRO, C.J.C. A advocacia em saúde como uma estratégia para a promoção da saúde. **Revista de Direito Sanitário**, São Paulo, v. 9, n. 1, p. 74-85 mar./jun. 2008.

CARDOSO, V.; REIS A.P.; IERVOLINO, S.A. Escolas Promotoras de Saúde. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 18, n. 2, p. 107-115, 2008.

CARNEIRO, A.G. et al. A interação entre as escolas promotoras de saúde e as UBSF: uma revisão sistemática. In: ENCONTRO LATINO AMERICANO DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA E X ENCONTRO LATINO AMERICANO DE PÓS-GRADUAÇÃO DA UNIVERSIDADE DO VALE DO PARAÍBA, 14., 2010, Paraíba. **Anais...** Disponível em: <http://www.inicepg.univap.br/cd/INIC_2010/anais/arquivos/RE_0892_1102_01.pdf>. Acesso em: 01 de nov. 2011.

CARVALHO, A.I.; WESTPHAL, M.F.; LIMA, V.L.G.P. Health Promotion in Brazil. **Promotion & Education**, v. 14, n. 7, p. 07-12. 2007. Suplemento 1.

CARVALHO, S.R. As contradições da promoção à saúde em relação à produção de sujeitos e a mudança social. **Ciência & Saúde Coletiva**, 9(3):669-678, 2004

_____. Os múltiplos sentidos da categoria "empowerment" no projeto de Promoção à Saúde. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n. 4, p.1088-1095, 2004a.

CARVALHO, M.E.P. Modos de educação, gênero e relações escola-família. **Cadernos de pesquisa**, v. 34, n. 121, p. 41-58, jan./abr. 2004.

CARVALHO, A.I. et al. Concepts and approaches in the evaluation of health promotion. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p. 521-529. 2004.

CARVALHO, M.F. et al. Intersetorialidade: diálogo da Política Nacional da Promoção da Saúde com a visão dos trabalhadores da Atenção Básica em Goiânia. **Tempus Acta de Saúde Coletiva**, Brasília: NESP, v.1, n. 1, p. 44-55, 2009.

CARVALHO, S.R.; GASTALDO D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, p. 2029-2040, 2008. Suplemento 2.

CASTRO, A. A institucionalização da promoção da saúde no sistema único de saúde. União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde. Oficina Regional Latino-americana – UIPES/ORLA. **Boletim da Sub-Região Brasil**. 2005. Disponível em: <<http://openlink.br.inter.net/vllima.orla/boletim10.htm>>. Acesso em: 23 nov. 2011.

CAMPOS, G.S. Reflexões Temáticas sobre Equidade e Saúde: o caso do SUS. **Saúde e Sociedade**, v. 15, n. 2, p. 23-33, 2006.

CDC (Centers for Disease Control and Prevention). Gateway to health Communication and Social Marketing Practice. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/healthcommunication/>>. Acesso em: 28 mar. 212.

CECCIM, R.B.; FEUERWERKER, L.M. Mudança na graduação das profissões de saúde sob o eixo da integralidade. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 20. n. 5, p. 1400-1410, set./out. 2004.

CERQUEIRA, M.T. A Construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde.

Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. p. 33-39.

CHIESA, A.M. et al., A formação de profissionais da saúde: aprendizagem significativa à luz da promoção da saúde. **Cogitare Enfermagem**, v. 12, n. 2, p. 236-240, 2007.

CKAGNAZARAFF, I. B.; MELLO, J.S.C.M. Implementação de programa intersetorial de políticas públicas – o caso BH Cidadania. In: SEMINÁRIO EM ADMINISTRAÇÃO FEA-USP, 8., 2005, São Paulo. **Anais...** São Paulo: USP, 2005. Disponível em: <<http://www.ead.fea.usp.br/Semead/8semead/resultado/trabalhosPDF/328.pdf>>. Acesso em: 12 mar. 2012.

COMISSÃO SOBRE OS DETERMINANTES SOCIAIS DA SAÚDE. As causas sociais das iniquidades em saúde no Brasil. **Relatório Final da Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde.** 2008. 216 p.

CYRINO, E. G.; PEREIRA, M.L.T. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu, São Paulo. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 39-44, 1999. Suplemento 2.

DALLARI, S.G. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. **Revista de Saúde Pública**, v. 30, n. 6, p.592-60, 1996.

DECLARAÇÃO DE ADELAIDE. 1988. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.35-40.

DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL. 1991. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.41-44.

DECLARAÇÃO DE JACARTA. 1997. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.49-51.

DECLARAÇÃO DO MÉXICO. 2000. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde.** Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2002. p.29-32.

DELORS, J. **Educação: um tesouro a descobrir.** São Paulo: Cortez, UNESCO, MEC, 1998. 16 p.

DELUIZ, N. Qualificação, competências e certificação: visão do mundo do trabalho. In: BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão de Investimentos em Saúde. Projeto de Profissionalização dos Trabalhadores da Área de Enfermagem - PROFAE. **Humanizar cuidados de saúde: uma questão de competência.** Brasília,DF: Ministério da Saúde. 2001. p. 17-26.

_____. O modelo das competências profissionais no mundo do trabalho e na

educação: implicações para o currículo. **Boletim Técnico do Senac**, v. 27, n. 3, 2001a. Disponível em: <<http://www.senac.br/informativo/BTS/index.asp>>. Acesso em: 15 ago. 2011.

DEMPSEY, C.; BARRY, M.; BATTEL-KIRK, B. Literature Review Developing Competencies for Health Promotion Deliverable 3B. Executive Agency for Health Promotion and Consumers and National University of Ireland Galway. 2010. Disponível em:<http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap_building/CompHP/CompHP_LiteratureReviewPart1.pdf>. Acesso em: 20 jan. 2011.

_____. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook - Workpackage 4. Executive Agency for Health Promotion and Consumers and National University of Ireland Galway. 2011. Disponível em: <http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP_Compencies_Handbook.pdf>. Acesso em: 02 fev. 2011.

DISTRITO FEDERAL. Portaria conjunta n.º 04 de 21 de maio de 2009. O Secretário de Estado de Educação e o Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal resolvem instituir no âmbito das Secretarias de Estado de Educação e de Saúde do Distrito Federal o Programa Saúde na Escola e definir as atribuições de cada Secretaria para a execução do Programa. **Diário Oficial do Distrito Federal**, Brasília, DF, 15 jun. 2009. Seção 1, p. 4.

_____. Companhia do Desenvolvimento do Planalto Central (CODEPLAN). **Síntese de Informações Socioeconômicas**. Brasília, DF. 2010. 89 p.

_____. Secretaria de Estado de Educação do Distrito Federal. **Educação no DF**. Números da Educação no DF. Censo Escolar 2011. Disponível em: <http://www.se.df.gov.br/wpcontent/uploads/pdf_se/Censo/2011_01_inst_pub_dre.pdf>. Acesso em 20 mai. 2012.

ELIAS, M. C.; FELDMANN, E. A busca da interdisciplinaridade e competências nas disciplinas dos cursos de Pedagogia. In: FAZENDA, I.C.A. (org). **Práticas Interdisciplinares na Escola**. São Paulo: Cortez, p. 91-102. 1993.

FACCHINI, L.A. et al. Avaliação de efetividade da Atenção Básica à Saúde em municípios das regiões Sul e Nordeste do Brasil: contribuições metodológicas. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 1, p. 159-172, 2008. Suplemento 24.

FARIA, F.A.C. **Escolas Promotoras de Saúde na América Latina: uma revisão integrativa da literatura**. Dissertação de mestrado da Universidade de Franca. 2010. 114 p.

FELISBERTO, E. Da teoria à formulação de uma Política Nacional de Avaliação em Saúde: reabrindo o debate. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 11, n. 3, p. 553-563, 2006.

FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.; SOUZA, D. B. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1º a 4º séries). **História, Ciências, Saúde – Manguinhos**, v. 12, n. 2, p. 283-91, Mai./Ago. 2005.

FERREIRA, J.R.; BUSS, P.M. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: BRASIL. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. p.18-27.

FERREIRA, I.R.C. et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associado à ferramenta ATLAS TI. **Ciência & Saúde Coletiva**, 2011. No prelo.

FERREIRA, I.R.C. **Avaliação da Intersetorialidade no Programa Saúde na Escola**. Tese de Doutorado em Odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná, Paraná, 2012, 238 p.

FERREIRA, S.S. Intersetorialidade e políticas públicas. In: BRASIL. **Salto para o Futuro**. Educação Integral e Intersetorialidade. Ano XIX, n. 13, 2009. p.17-21.

FERRETTI, C.J. et al. Protagonismo juvenil na literatura especializada e na reforma do ensino médio. **Cadernos de Pesquisa**, v. 34, n. 122, p. 411-423, mai./ago. 2004.

FEUERWERKER, L.C.M. O papel das equipes de saúde na advocacia em saúde. **Saúde em Debate**, n. 45, p. 47-52, dez. 1996.

FLEURY, M.T.L.; FLEURY, A. **Construindo o Conceito de Competência**. RAC, Edição Especial. 2001. p. 183-196.

FONTINELE JUNIOR, K. **Programa Saúde da Família (PSF) comentado**. Ab: Goiânia, 2003. 214 p.

FONSECA, S.A. et al. Pela criação da Associação Brasileira de Ensino da Educação Física para a Saúde: Abenefs. **Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde**, v. 16, n. 4, p. 283-288, 2011.

FREITAS, I. A.; BRANDÃO, H. P. Trilhas de aprendizagem como estratégia para desenvolvimento de competências. In: ENCONTRO DA ASSOCIAÇÃO NACIONAL DE PÓS-GRADUAÇÃO E PESQUISA EM ADMINISTRAÇÃO, 29., 2005, Brasília: DF, ANPAD, 2005. **Anais...** Disponível em:

<http://www.anpad.org.br/evento.php?acao=trabalho&cod_edicao_subsecao=30&cod_evento_edicao=9&cod_edicao_trabalho=655>. Acessado em: 12 ago. 2011.

FRENK, J. et al. Health professionals for a new century: transforming education to strengthen health systems in an interdependent world. **Lancet**, v. 376, p.1923-376, 2010.

FREITAS, M.L.A.; MANDÚ, E.N.T. Promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: análise de políticas de saúde brasileiras. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 200-205, 2010.

GHASSEMI, M. Development of Pan-Canadian Discipline-Specific competencies for Health Promoters. **Summary Report Consultation Results**. 2009. Disponível em: <<http://www.phabc.org/modules/Contentccomp/files/Development%20of%20PanCan>

adian%20Discipline-Specific%20Competencies%20for%20Health%20Promoters.pdf>. Acessado em: 05 jun. 2011.

GLEDDIE, D. A journey into school health promotion: district implementation of the health promoting schools approach. **Health Promotion International**, 08 de set., 2011.

GOMES, C.M.; HORTA, N.C. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Revista de Atenção Primária à Saúde**, Juiz de Fora, v. 13, n. 4, p. 486-499, out./dez. 2010.

GOMES, M.J. Blogs: um recurso e uma estratégia pedagógica. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL DE INFORMÁTICA EDUCATIVA. 7., 2005. Leiria: Portugal, Escola Superior de Leiria, 2005. **Actas...** Disponível em: <<http://stoa.usp.br/cid/files/-1/3104/Blogs-final-nome.pdf>>. Acesso em: 04 abr. 2012.

GONÇALVES, F.D. et al. A promoção da saúde na educação infantil. **Interface-Comunicação, Saúde, Educação**, v.12, n. 24, p. 181-192, jan./mar. 2008.

GONÇALVEZ, F.C. Protagonismo Juvenil. In: SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS. **Salto para o Futuro**. Ministério da Educação. 2007. p. 56-61.

GONZALES, Z.K.; GUARESCHI, N.M.F. O protagonismo social e o governo de jovens. **Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud**, Manizales, v. 7, n. 1, p. 37-57, 2009. Disponível em: <<http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>>. Acesso em 03 abr. 2012.

GOULART, R. M. M. Promoção da Saúde e Escolas Promotoras de Saúde. **Caderno de Pesquisa em Ciências da Saúde**, v. 1, n. 1, p. 5-13, 2006.

GUARÁ, I.M.F.R. É imprescindível educar integralmente. **Cadernos CENPEC**, n. 2. p.15-24, 2006.

GUBA, E.; LINCOLN, Y. **Fourth generation evaluation**. Newbury Park: Sage Publications, 1989. 294 p.

HARADA, J. Introdução. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde**, v. 1, 2003. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2011.

HARADA, J. et al. Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Contexto Sociocultural do Município de Embú - São Paulo. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. p. 69-79.

_____. A Universidade e a Iniciativa Escolas Promotoras de Saúde: Relato de Experiência em Embu, SP. In: CONGRESSO BRASILEIRO DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA. ENCONTRO NACIONAL DE AVALIAÇÃO INSTITUCIONAL DE EXTENSÃO UNIVERSITÁRIA, 2., 3., 2004. Minas Gerais: UFMG, 2004. **Anais...**

Disponível em: <www.ufmg.br/congrext/Saude/Saude9.pdf>. Acesso em 15 mar. 2012.

HARTZ, Z.M.A. Avaliação dos programas de saúde: perspectivas teórico metodológicas e políticas institucionais. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 4, n. 2, p. 341-353. 1999.

HEALTH SCOTLAND. Competencies for Health Promotion Practitioners: Report of a working group. 2004. Disponível em: <<http://www.healthscotland.com/uploads/documents/5128-CompHPP130206.pdf>>. Acessado em: 05 jun. 2011.

HEIDMANN I.T.S. et al. Promoção à saúde: trajetória histórica de suas concepções. **Texto & Contexto Enfermagem**, v. 15, n. 2, p. 352-358, abr./jun. 2006.

HOWAT, P. et al. Development of competency-based University Health Promotion courses. **Global Health Promotion**, v. 7, n. 1, p. 33-38, 2000.

HYNDMAN, B. Toward the development of skills-based health promotion competencies: the Canadian experience. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 51-55, 2009.

_____. Towards the Development of Competencies for Health Promotion in Canada: A Discussion Paper. **Health Promotion Ontario**. 2007. Disponível em: <http://www.cancercare.on.ca/escoop/includes/HPOcompetenciespaper_Apr07_final_g_pdf.pdf>. Acessado em: 06 jun. 2011.

IBGE (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística). Censos Demográficos. Sinopse do Censo Demográfico 2010. 2010. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/censo2010/tabelas_pdf/Distrito_federal.pdf>. Acesso em: 02 abr. 2011.

IERVOLINO, S.A. **Escola Promotora de Saúde: Um projeto de qualidade de vida**. Dissertação de Mestrado. Faculdade de Saúde da Universidade de São Paulo, 2000, 167 p.

INCHLEY, J.; MULDOON, J.; CURRIE, C. Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. **Health Promotion International**, v. 22, n. 1, p. 65-71, dez. 2006.

INCHLEY, J.; CURRIE, C.; YOUNG, I. Evaluating the health promoting school: a case study approach. **Health Education**, v.100, p. 200-206, 2000.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional escolas promotoras de saúde. In: SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Escola promotora de saúde. Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003.

_____. **Escolas Promotoras de Saúde**. Fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Série Promoção da Saúde n. 4.

Washington: OPAS, 2006. 72p.

_____. La Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud. [200-]. Disponível em:

<http://www.bvsde.paho.org/bvsdeescuelas/fulltext/experiencia/EPS_CA_INI.pdf>.

Acesso em: 05 out. 2011.

IPPOLITO-SHEPHERD, J.; CIMMINO, K. Las Escuelas Promotoras de la Salud en América Latina: Resultados de la Encuesta Regional. 2003. Disponível em: <<http://www.washenescolas.org/toolkit/documentos/documentos-tematicos/15-red-situa/2-las-escuelas-promotoras.pdf>>. Acesso em: 03 jan. 2012.

IUHPE, CCHR (International Union for Health Promotion and Education & Canadian Consortium for Health Research). **Shaping the future of health promotion: Priorities for action**. 2007. 16 p.

IUHPE. **Achieving health promoting schools: guidelines for promoting health in schools**. Versão 2. [2000]. 4p.

_____. Developing competencies and professional standards for health promotion capacity building in Europe (CompHP). Disponível em: <<http://www.iuhpe.org/?page=614&lang=en>>. Acesso em 21 jun. 2012.

JOURDAN, D. et al. The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. **Promotion & Education**, v. xv, n. 3, p. 36-38, 2008.

JUNQUEIRA, L.A. P.; INOJOSA, R. M.; KOMATSU, S. Descentralização e Intersetorialidade na Gestão Pública Municipal no Brasil: a experiência de Fortaleza. In: CONCURSO DE ENSAYOS DEL CLAD “EL TRÁNSITO DE LA CULTURA BUROCRÁTICA AL MODELO DE LA GERENCIA PÚBLICA: PERSPECTIVAS, POSIBILIDADES Y LIMITACIONES”, 11., 1997. Caracas, 1997. Disponível em: <<http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/CLAD/UNPAN003743.pdf>>. Acesso em: 15 fev. 2012.

KICKBUSH, I. The Contribution of the World Health Organization to a New Public Health and Health Promotion. **American Journal of Public Health**, v. 93, n. 3. p. 383-88, 2003.

LALONDE, M. **A New Perspective on the health of Canadians: a working document**. Ottawa: Health and Welfare. 1974.

LEAVELL, H.R.; CLARCK, E.G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill do Brasil. 1976. 744 p.

LEE, A.; CHENG, F.F.K.; LEGER, L.ST. Evaluating health-promoting schools in Hong Kong: development of a framework. **Health Promotion International**, v. 20, n. 2, p. 177-186, 2005.

LEFEVRE, F.; LEFEVRE, A.M.C. **Promoção de Saúde, ou, A negação da negação**.

Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. 166 p.

LIMA, G.Z. **Saúde Escolar e Educação**. São Paulo: Cortez, 1985. 160 p.

LIMA, V. V. Competência: distintas abordagens e implicações na formação de profissionais de saúde. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 17, p. 369-379, 2005.

LUDKE, M.; ANDRE, M.E.D.A. **Pesquisa em educação: abordagens qualitativas**. São Paulo: EPU, 1986. 99 p.

MACHADO, M.F.A.S. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 12, n. 2, p. 335-342, 2007.

MACHADO, K. Cuidado integral do adolescente começa pela boca. **Radis Comunicação e Saúde**, Rio de Janeiro, n.116, p. 10, abr. 2012.

MACIEL-LIMA, S.M. Acolhimento solidário ou atropelamento? A qualidade na relação profissional de saúde e paciente face à tecnologia informacional. **Caderno de Saúde Pública**, v. 20, n.2, p.502-511, mar./abr. 2004.

MALDONADO, L.A.; AZEVEDO, A.M.F.; CASTRO, I.R.R. O Programa de Alimentação Escolar como Estratégia de Promoção da Saúde na Cidade do Rio de Janeiro. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. p. 105-12.

MCCRACKEN, H.; RANCE, H. Developing competencies for health promotion training in Aotearoa - New Zealand. **Global Health Promotion**, v. 7, n. 1, p. 40-43, 2000.

MEDINA, G.M. et al. Uso de modelos teóricos na avaliação em saúde: aspectos conceituais e operacionais. In: HARTZ, Z.M. A.; SILVA, L.M.V. **Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275p.

MELLO, A.L.S.F.; MOYSÉS, S.T.; MOYSÉS, S.J. A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 14, n. 34, p. 683-692, 2010.

MELVILLE, L. et al. Health promotion competencies for Israeli workforce. **Promotion & Education**, v. 8, n. 3, p. 178-184, 2006.

MILES, M.B.; HUBERMAN, A.M. **Qualitative data analysis: an expanded sourcebook**. Thousand Oaks: Sage Publications. 1994. 338 p.

MINAYO, M.C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec. 2010. 407 p.

MORALES, A.S.M. et al. Perspectives on health promotion competencies and accreditation in Europe. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 21-31, 2009.

MOURA, J.B.V.S et al. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. **História, Ciências, Saúde - Manguinhos**, n. 14, v. 2, p. 489-501. 2007.

NASCIMENTO, D.D.G.; OLIVEIRA, M.A.C. Competências Profissionais e o Processo de Formação na Residência Multiprofissional em Saúde da Família. **Saúde e Sociedade**, v. 19, n. 4, p. 814-827, 2010.

NEW ZEALAND MINISTRY OF HEALTH. Health Promotion Forum: Report to MOH review and future of health promotion competencies. 2004. Disponível em: <<http://www.hpforum.org.nz/resources/competenciesreportJan04.pdf>>. Acesso em: 08 jun. 2011 Jun.

NUI GALWAY (National University of Galway). Workforce Competencies Focus of 16th Annual Health Promotion Conference. Disponível em: <<http://www.nuigalway.ie/about-us/news-and-events/news-archive/2012/june2012/workforce-competencies-focus-of-16th-annual-health-promotion-conference.html>>. Acesso em: 20 jun. 2012.

NUTBEAM, D. Evaluation health promotion - progress, problems and solutions. **Health Promotion International**, v. 13, n. 1, p. 27-44, 1998.

OMS (Organização Mundial da Saúde). **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 de setembro de 1978. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf>> Acesso em: 30 jan. 2011.

OPAS (Organização Panamericana de Saúde). **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Ottawa, novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Ottawa.pdf>>. Acesso em: 30 jan. 2011.

_____. **Carta del Caribe para la promoción de la salud**. 1993. Disponível em: <<http://www.paho.org/Spanish/AD/SDE/HS/CaribbeanCharterSp.PDF>>. Acesso em: 07 jun. 2011.

_____. **Declaração de Santa Fé de Bogotá**, 1992. Disponível em: <http://www.opas.org.br/promocao/uploadArq/Santafe.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2011.

_____. **Rede de Megapaíses**. Washington, 1998. Disponível em: <<http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Mgpaíses.pdf>>. Acesso em: 19 abr. 2011.

_____. Premios Nacionales del Tercer Concurso Ibero-Americano de Buenas Prácticas de Promoción de la Salud en el ámbito Escolar. Disponível em: <http://new.paho.org/saludyescuelas/index.php?option=com_k2&view=item&id=143&Itemid=157&lang=pt>. Acesso em: 15 jun. 2012.

PALMAS. Estado Promotor da Saúde. Escolas Promotoras da Saúde e Estratégia

Saúde da Família Ação Intersetorial Exitosa. **Revista Brasileira de Saúde da Família**. Brasília, n.11, p. 7-13. jul./set. 2006.

PATTON, M.Q. Evaluation, Knowledge, Management, Best Practices, and High Quality Lessons Learned. **American Journal of Evaluation**, v. 22, n. 3, p. 329-336, 2001.

PEDROSA, J.I.S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, p.617-626. 2004.

_____. Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. p. 41-8.

PEGO, R.A.; ALMEIDA, C. Teoría y práctica de las reformas en los sistemas de salud: los casos de Brasil y México. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 971-989, 2002.

PELLEGRINI FILHO, A. Pesquisa em saúde, política de saúde e equidade na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 9, n. 2, p. 339-350, 2004.

PEREIRA, L.A.; LOPES, M.G.K.; LUGARINHO, R. Diretrizes curriculares nacionais e níveis de atenção à saúde: como compatibilizar? In: **VII Congresso Nacional da Rede Unida, III Mostra Paranaense de Saúde da Família, III Fórum Nacional de Redes em Saúde, II Encontro de Promotores de Políticas Públicas Saudáveis, III Encontro Estadual da ANEPS-PR, I Encontro Paranaense de Estudantes da Área da Saúde, I Encontro Multiprofissional dos Residentes em Saúde da Família da Região Sul**. Termo de referência - oficina 1. 2006. Disponível em: <http://www.abem-educmed.org.br/fnepas/pdf/termo_oficina1.pdf>. Acessado em: 03 jun. 2011

PERRENOUD, P. et al. **As competências para ensinar no século XXI: a formação dos professores e o desafio da avaliação**. Porto Alegre: Artmed. 2002. 176 p.

PERRENOUD, P. Construindo competências. 2000. Disponível em: <http://www.unige.ch/fapse/SSE/teachers/perrenoud/php_main/php_2000/2000_31.htm>. Acesso em: 12 out. 2011. Entrevista concedida a Paola Gentile e Roberta Bencini.

PINTO, C.A.G.; COELHO, I.B. Cogestão do processo de trabalho e composição da agenda em uma equipe de Atenção Básica. In: CAMPOS, G.W.S.; GUERRERO, A.V.P. (org.) **Manual de Práticas de Atenção Básica: saúde ampliada e compartilhada**. 2.ed. São Paulo: Huciteceditora, 2010. p. 323-345.

POTVIN, L.; BILODEAU, A.; GENDRON, S. Trois défis pour l'évaluation en promotion de la santé. **Promotion & Education**, v. 15, p. 17-21, 2008.

PUBLIC HEALTH AGENCY CANADA. **Glossary of Terms Relevant to the Core**

Competencies for Public Health. 2007. Disponível em: <<http://www.phac-aspc.gc.ca/ccph-cesp/glos-a-d-eng.php>>. Acesso em: 09 jul 2011.

RABELLO, L.S. **Promoção da saúde: a construção social de um conceito em perspectiva comparada.** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2010. 228 p.

RADIUS, S.M.; GALER-UNTI A.R.; TAPPE, M.K. Educating for Advocacy: Recommendations for Professional Preparation and Development Based on a Needs and Capacity Assessment of Health Education Faculty. **Health Promotion Practice**, v.10, n. 83, p. 83-91, abr. 2009.

RAMOS, M.N. **A pedagogia das competências: autonomia ou adaptação?**, São Paulo: Cortez, 2001. 320 p.

REALI, A.M.M.R.; TANCREDI, R.M.S.P. A importância do que se aprende na escola: a parceria escola-famílias em perspectiva. **Paidéia**, n. 15, v. 31, p. 239-247, 2005.

REZENDE, R. DANTAS, V.L.A. Apresentação da série saúde e educação: uma relação possível e necessária. In: BRASIL. **Saúde e Educação: uma relação possível e necessária.** Salto para o futuro. TV Escola. Ministério da Educação. Ano XIX, nov. 2009.

REZENDE, R. Da saúde escolar para a formação de uma Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Estado do Tocantins. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil.** Brasília: Ministério da Saúde. 2006. p. 81-102.

RIVETT, D. What is a network? What makes a health promoting schools network?. **Promotion & Education**, v. XII, n. 3-4, p. 168-169, 2005.

ROCHA, D.G. **O movimento da promoção da saúde na década de 1990: Um estudo sobre seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira.** Tese de doutoramento. Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo: SP, 2001. 252 p.

ROCHA, D.G.; TUSSET, D. Relatório da I Mostra do Programa Saúde na Escola e do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas. 2011. 24 p.

ROCHA, M.C.G. A exclusão Social e Gestão Local Intersetorial: desafios do Programa BH Cidadania. *Pensar BH/Política Social*. Abr/jun. 2006. Disponível em: <http://portalpbh.pbh.gov.br/pbh/ecp/files.do?evento=download&urlArqPlc=pensarbh_ed15_exclusao_social.pdf>. Acesso em: 15 mar. 2012.

ROOTMAN, I. et al. A framework for health promotion evaluation. In: ROOTMAN I. et al. *Evaluation in health promotion: principles and perspectives.* WHO regional publication. European series n. 92, 2001.

ROCHA, D.G.; MARCELO, V.C.; PEREIRA, I.M.T.B. Escola Promotora de Saúde: Uma Construção Interdisciplinar e Intersetorial. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano.** 2002; 12(1): 57-63.

ROWLING, L.; JEFFREYS, V. Challenges in the development and monitoring of Health Promoting Schools. **Health Education**, v. 100, n. 3, p. 117-123, 2000.

SALAZAR, L. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud: Guía de Evaluación Rápida. Centro para el Desarrollo Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública. Colombia, 2004. 207 p.

SANTOS, K.F.; BÓGUS, C.M. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. **Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**, v. 17, n. 3, p. 123-133, 2007.

SAUPE, R. Conceito de competência: validação por profissionais de saúde. **Saúde em Revista**, v. 8, n.18, p.31-37, 2006.

SAUPE, R. et al. Competência dos profissionais da saúde para o trabalho interdisciplinar. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 9, n. 18, p.521-536, set./dez. 2005.

SBEPS III (SEMINÁRIO BRASILEIRO DE EFETIVIDADE DA PROMOÇÃO DA SAÚDE). Rio de Janeiro, 23 a 26 de maio de 2010. Rio de Janeiro: União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde/Abrasco/Fiocruz-Ensp, 2010. Disponível em: <<http://www.metodoeventosrio.com/efetividade/>>. Acesso em: 05 jul. 2011.

SCRIVEN, M. Evaluation: future tense. **American Journal of Evaluation**, v. 22, n. 3, p. 301-307, 2001.

SILVA, C.S. Escola Promotora de Saúde: uma Visão Crítica da Saúde Escolar. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde**, 2003. Disponível em: <<http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>>. Acesso em: 01 nov. 2011.

SILVA, C.S. et al. Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Município do Rio de Janeiro: um desafio à formulação de políticas saudáveis a cidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde. 2006. p. 53-67.

SILVA, L.M.V. Conceitos, abordagens e estratégias para a avaliação em saúde. In: HARTZ, Z.M.A.; SILVA L.M.V. **Avaliação em Saúde: dos Modelos Teóricos à Prática na Avaliação de Programas e Sistemas de Saúde**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005. 275 p.

SILVA, L.M.; FORMIGLI, V. L. Health evaluation: problems and perspectives. **Caderno de Saúde Pública**, v. 10, n. 1, p. 80-91.1994.

SILVA, K.L.; RODRIGUES, A.T. Ações intersetoriais para promoção da saúde na Estratégia Saúde da Família: experiências, desafios e possibilidades. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 63, n. 5, p. 762-769, set./out. 2010.

SILVA, M.S.P. Planejamento e prática da gestão escolar. [200-]. Disponível em:

<http://escoladegestores.mec.gov.br/site/5-sala_planejamento_praticas_gestao_escolar/pdf/u1_2.pdf>. Acesso em: 26 mar. 2012.

SILVA, R.R.; BRANDÃO, D. **Os quatro elementos da avaliação**. São Paulo: Instituto Fonte. 2003.

SPELLER, V., SMITH, B.J.; LYSOBY, L. Development and utilization of professional standards in health education and promotion: US and UK experiences. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 32–41, 2009.

SÍCOLI, J.L.; NASCIMENTO, P.R. Promoção de saúde: concepções, princípios e operacionalização. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 7, n. 12, p. 101-122, 2003.

SILVEIRA, T. S; PEREIRA, I. M. T. B. Escolas promotoras de saúde ou escolas promotoras de aprendizagem/educação? In: LEFÈVRE, F; LEFÈVRE, A. M. C. **Promoção de saúde: a negação da negação**. Rio de Janeiro: Vieira & Lent, 2004. p. 113-123.

SHILTON, T. Advocacy for physical activity: from evidence to influence. **Promotion & Education**, v. XIII, n. 2, p. 118-126, 2006.

_____. Health promotion competencies: providing a road map for health promotion to assume a prominent role in global health. **Global Health Promotion**, v. 16, n. 2, p. 42-46, 2009.

SHILTON, T. et al. Health promotion development and health promotion workforce competency in Australia. **Health Promotion Journal of Australia**, v. 12, n. 2, p. 116-123, 2001.

_____. Health promotion competencies for Australia 2001-5: trends and their implications. **Promotion and Education**, v. 15, n. 2, p. 21-26, 2008.

_____. Potencial uses of health promotion competencies. **Health Promotion Journal of Australia**, v. 19, n. 3, p. 184-188, 2008a.

SISSON, DAYA. **Interfaces da educação inclusiva e dos princípios de Bioética e sua aplicação em escolas públicas do Distrito Federal**. Dissertação de mestrado em Bioética pelo Programa de Pós-Graduação em Bioética da Universidade de Brasília. 2010. 124 p.

SOUZA, A.C. **Programas de Escola Promotora de Saúde: Estudo com Profissionais**. Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Faculdade de Psicologia e Fonoaudiologia da Universidade Metodista de São Paulo. 2008. 130 p.

SMITH, B.J.; KWOK, C.; NUTBEAM, D. WHO Health Promotion Glossary: new terms. **Health Promotion International**, v. 21, n. 4, p. 340-345, 2006.

TAUB, A. et al., Perspectives on Terminology and Conceptual and Professional Issues in Health Education and Health Promotion Credentialing. **Health Education and Behavior**, v. 36, n. 3, p. 439-450, 2009.

TAVARES, M.F.L. **Saúde da criança e formação no trabalho: a prática como e com saber**. Tese de Doutorado em Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro. 1998. 210 p.

TRAVERSO-YÉPEZ, M.A. Dilemas na Promoção da Saúde no Brasil: reflexões em torno da política nacional. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 11, n. 22, p.223-238, mai./ago. 2007.

TEIXEIRA, C. F. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis: desafios para o planejamento e gestão das ações de promoção da saúde nas cidades. **Saúde e Sociedade**, v. 13, n. 1, p. 37-46, jan./abr. 2004.

URIBE, B.P.M. Incentivos para la identificación y diseminación de buenas prácticas de promoción de la salud en la región. Concurso de Buenas Prácticas en el ámbito escolar, tres versiones. Sessão especial: Fortalecendo o eixo Saúde educação nas Américas. 5º Conferência Latino-americana e 4º Conferência Interamericana de Promoção da Saúde e Educação para Saúde. México, 10 a 13 de abril. Disponível em: <http://conferenciapesmexico2012.com/memorias/wp-content/themes/tema_memorias_confpes2012/downloads/Sesiones_Simultaneas/Seiones_Especiales/Sesion_Especial_VI_Jardin/Incentivos%20para%20la%20identificacion%20y%20diseminacion%20de%20buenas%20practicass%20de%20promocion%20de%20la%20salud%20en%20la%20region_Blanca%20Patricia%20Mantilla%20-%20PROINAPSA%20UIS%20Colombia.pdf>. Acesso em: 15 jun. 2012.

VALADÃO, M.M. School Health in Brazil: National Strategies. In: **Improving Health Through Schools: National and International Strategies**. WHO: Geneva, 1999. p. 62-63.

VALADÃO, M.M. et al. Promoção da Saúde na escola: repercussões nas secretarias de educação no Brasil. In: BRASIL. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, DF: Ministério da Saúde. 2006.

VALLE, R.; CARNEIRO, A. M.; COELHO JÚNIOR, T. P. Conceitos de qualificação e de competências: retrospectiva e novas abordagens. In: VALLE, R. (ORG.). **Conhecimento em Ação: novas competências para o trabalho no contexto da reestruturação produtiva**. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003. Cap. 1, p. 15-50.

VARELA, L.D.; MAIA, R.E. Pacto de indicadores da atenção básica: ferramenta para o monitoramento e avaliação do processo de trabalho em saúde. **Saúde Coletiva: Coletânea**, v. 1, n. 1, out. 2007. Disponível em: <<http://coletanea2007.no.comunidades.net/index.php?pagina=1123559037>>. Acesso em: 02 mai 2012.

WALLERSTEIN, N. Empoderamento e participação da comunidade na efetividade da promoção da saúde. **Boletim Técnico do Senac: a R. Educ. Prof.** Rio de Janeiro, v.

35, n. 2, p. 80-85 mai./ago. 2009. Entrevista coordenada por Vera Lucia Goes Pereira Lima.

WATERSON, T. Teaching and learning about advocacy. *Archive of Disease Child Education Practice* Ed 2009;94:24–28. doi:10.1136/adc.2008.141762

WERTHEIN, J.; CUNHA, C. **Fundamentos da nova educação**. Brasília: UNESCO, 2000. 84p.

WHO (World Health Organization). **Improving School Health Programmes: Barriers and Strategies**. Health Education and Health Promotion Unit Division of Health Promotion, Education, and Communication. World Health Organization: Geneva. 1996. Disponível em: <http://www.who.int/school_youth_health/media/en/84.pdf>. Acesso em: 12 mar.2012.

_____. School Health Component of for Health Promotion WHO's Mega Country Network. **Improving health through schools: national and international strategies**. 1999. Disponível em: <http://www.who.int/school_youth_health/resources/information_series/en/>. Acesso em: 12 mar. 2012.

_____. **The Bangkok Charter for Health Promotion in a Globalized World**. 2005. Disponível em: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter/en/>. Acesso em: 07 jun. 2011.

_____. **Nairobi Call to Action. 2009**. Disponível em: <<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/7gchp/documents/en/index.html>>. Acesso em: 06 ago. 2011.

_____. Partnership for health promotion. **Health Promotion Glossary**. Geneva: 1998. 17 p.

_____. **Local Action: Creating health promoting schools**. 2000. Disponível em: <www.who.int/school_youth_health/.../en/88.pdf>. Acesso em: 09 nov. 2011.

WORTHEN B.R.; SANDERS J.R.; FITZPARTRICK J.L. **Avaliação de Programas: Concepções e Práticas**. São Paulo: Gente, 2004. 370 p.

LISTA DE ANEXOS

ANEXO I	Normativa analisada.....	152
---------	--------------------------	-----

ANEXO I — Normativa analisada

SECRETARIA DE ESTADO DE EDUCAÇÃO

PORTARIA CONJUNTA Nº 04, DE 21 DE MAIO DE 2009.

O SECRETÁRIO DE ESTADO DE EDUCAÇÃO e o SECRETÁRIO DE ESTADO DE SAÚDE DO DISTRITO FEDERAL, no uso de suas atribuições regimentais, Considerando o disposto no artigo 6º da Constituição Federal de 1988; considerando o disposto nos artigos 7º e 14º do Estatuto da Criança e do Adolescente, aprovado pela Lei nº 8.069, de 1990; considerando o Decreto Federal nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007, que instituiu no âmbito dos ministérios da educação e da saúde o Programa Saúde na Escola – PSE, e a necessária integração das ações entre Educação e Saúde no âmbito do Distrito Federal, sobretudo em face da necessidade de realização de ações conjuntas entre as citadas Secretarias, resolvem:

Art.1º - Instituir no âmbito das Secretarias de Estado de Educação e de Saúde do Distrito

Federal o Programa Saúde na Escola e definir as atribuições de cada Secretaria para a execução do Programa.

Art. 2º - O Programa Saúde na Escola tem por finalidade realizar ações de promoção e assistência à saúde e prevenção de agravos, além de contribuir com a melhoria da aprendizagem e enfrentamento da violência e promoção da cultura de paz.

Art. 3º - São objetivos do Programa:

I - a promoção da saúde do educando;

II - a promoção da cultura de paz;

III - articular as ações da Secretaria de Estado de Educação ao Sistema Único de Saúde, fortalecendo a interação entre as redes públicas de saúde e de educação;

IV - contribuir com o papel da escola em educar de forma integral;

V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades que possam comprometer a saúde do educando;

VI - contribuir com a rede de proteção social no que concerne ao enfrentamento da violação dos direitos humanos;

Art. 4º - São diretrizes para implantação do Programa:

I - integrar as ações em torno da saúde do educando;

II - interdisciplinarizar e intersetorializar as ações;

III - promover o acompanhamento da saúde do educando ao longo da sua vida escolar;

IV – atentar-se para a aprendizagem como indicador a ser levado em consideração no atendimento do educando;

V – priorizar os casos com maiores indicadores de vulnerabilidade social.

Art. 5º - O planejamento das ações do Programa Saúde na Escola deverá considerar:

I – o contexto escolar e social;

II – o diagnóstico local em saúde escolar;

III – a capacidade operativa das unidades envolvidas - Unidades Básicas de Saúde (UBS) e Escolas.

Art. 6º - São ações do Programa de Saúde na Escola:

I - avaliação clínica, nutricional, oftalmológica, otorrinolaringológica, psicossocial,

bucal e controle vacinal;

II - promoção dos fatores de proteção relacionados com os estilos de vida da comunidade

educativa nas áreas de saúde mental, emocional, oral, sexual e reprodutiva, nutricional, desportiva, ambiental e prevenção das doenças transmissíveis no meio escolar e do consumo de substâncias lícitas ou ilícitas prejudiciais à saúde, levando-se em consideração as ações já

existentes para estes fins.

Art. 7º - À Secretaria de Estado de Educação, compete:

I - incluir a promoção da saúde do educando dentro de suas ações, por intermédio da Subsecretaria de Desenvolvimento Educacional - SDE e Subsecretaria de Gestão Pedagógica e Inclusão Educacional.

II - implementar, organizar e fazer o acompanhamento e avaliação do Programa em âmbito

regional, no que concerne às ações pertinentes à Educação, bem como a composição de equipe multiprofissional e interdisciplinar sob orientação dos Núcleos de Apoio Escolar, para realização das ações do Programa nas Diretorias Regionais de Ensino, coordenada pelo seu Diretor (a);

III - incluir a promoção da saúde do educando na proposta pedagógica, por intermédio da Subsecretaria de Desenvolvimento Educacional, de forma a constar no currículo oficial da rede pública de ensino, em todos os componentes;

IV - adotar políticas e práticas condizentes com o sucesso na aprendizagem em consonância com a promoção da saúde e da cultura de paz, por meio das instituições educacionais, tais como:

a) designar um servidor em exercício na Escola parceira para acompanhar a execução do Programa, preferencialmente o vice-diretor.

b) disponibilizar espaço físico destinado ao atendimento do educando na Escola e, caso não haja local apto, seja disponibilizado espaço móvel para este atendimento;

c) Acompanhar, no âmbito das escolas, as atividades desenvolvidas pelos profissionais da Secretaria de Estado de Saúde.

d) promover nas escolas a adoção de práticas de higiene e de promoção de saúde, ou seja,

coleta seletiva de lixo, ambiente livre do tabaco, limpeza geral do ambiente escolar e adequação de espaço físico seguro;

e) promover a alimentação saudável no âmbito da escola e da comunidade, especialmente no que se refere à merenda escolar.

V - aparelhar as salas destinadas ao atendimento do educando nas Escolas com materiais de

consumo e permanente, específicos para atender ao Programa, por meio da Unidade de Administração Geral;

VI - promover a implementação de ações em torno do sucesso na aprendizagem, em consonância com a promoção da saúde e da cultura de paz, por meio do(s) supervisor (es) pedagógico (s) das Escolas.

Art. 8º - À Secretaria de Estado de Saúde, compete:

I - incluir a promoção da saúde do educando dentro de suas ações, por intermédio da Subsecretaria de Atenção à Saúde - SAS e Diretoria de Atenção Primária à Saúde e Estratégia Saúde da Família - DIAPS e Subsecretaria de Vigilância à Saúde - SVS e Diretoria de Vigilância Epidemiológica - DIVEP.

II - implementar, organizar e fazer o acompanhamento e avaliação do programa em âmbito

regional, no que concerne às ações pertinentes à saúde para a realização das ações do programa, junto à Diretoria Geral da Regional de Saúde, coordenada pelo seu Diretor (a), tais como:

- a) composição de equipe (s) multiprofissional (is) para implementação, organização, acompanhamento e avaliação do Programa, no âmbito da regional de saúde;
- b) instituir rotina específica nas Unidades Básicas de Saúde para atendimentos às demandas do programa e organizar o fluxo de atendimento e encaminhamento para os ambulatórios de especialidades, quando necessário.

III –As Unidades Básicas de Saúde têm por competência:

- a) adotar políticas e práticas condizentes com a promoção da saúde do educando e da cultura de paz;
- b) coordenar a articulação de ações educativas com as das escolas existentes na região administrativa;
- c) implementar ações de avaliação clínica, nutricional, oftalmológica, oral, otorrinolaringológica, psicossocial e controle vacinal;
- d) Avaliar e acompanhar ações que garantam as condições de segurança, higiene e alimentação das instituições educacionais.

Art.9º - Às Secretarias de Estado de Educação e de Saúde, competem:

I - constituir Grupo Gestor paritário formado por profissionais de ambas as Secretarias para o

planejamento, acompanhamento e coordenação das ações do Programa;

II – viabilizar a realização de cursos de formação para os agentes comunitários de saúde e agentes de saúde escolar das Secretarias;

III - viabilizar a realização de capacitações para os professores e profissionais dos Centros de

Saúde e da Estratégia Saúde da Família.

IV– estabelecer parcerias com entidades e associações relacionadas ao Programa;

V – monitorar e avaliar o Programa;

VI– elaborar o Plano de Execução do Programa;

VII - viabilizar as condições mínimas necessárias para a operacionalização do Programa, levando-se em consideração as dotações orçamentárias destinadas à cobertura consignadas diretamente a elas.

Art.10 - Esta Portaria entra em vigor na data de sua publicação, revogando-se as disposições em contrário.

JOSÉ LUIZ DA SILVA VALENTE
Secretário de Estado de Educação

AUGUSTO CARVALHO
Secretário de Estado de Saúde

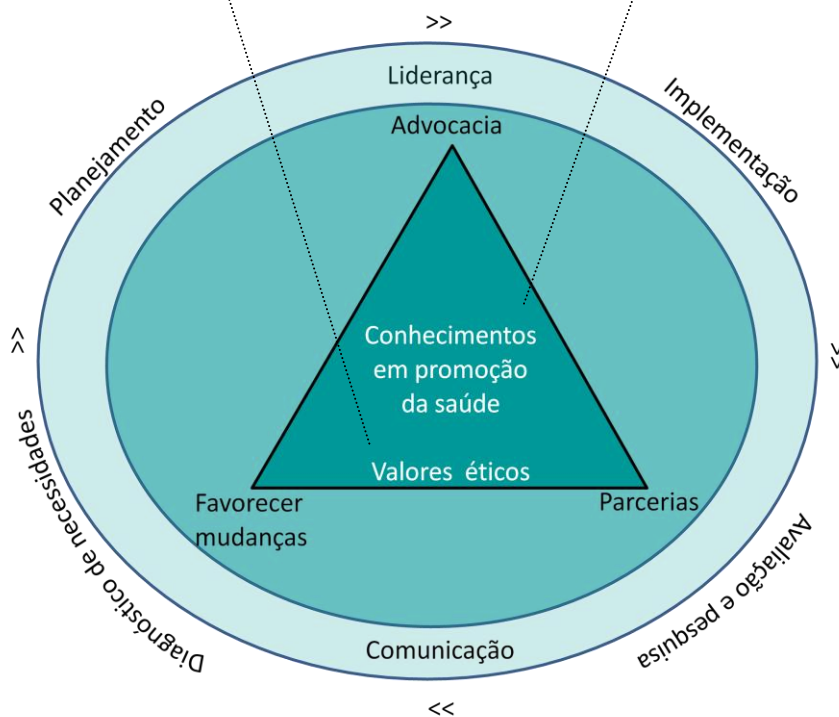
LISTA DE APÊNDICES

APÊNDICE A	Valores, conhecimentos e domínios de competências em promoção da saúde do CompHP.....	156
APÊNDICE B	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	157
APÊNDICE C	Tradução da descrição dos domínios de competências do CompHP seguido das respectivas competências.....	158

APÊNDICE A — Valores, conhecimentos e domínios de competências em promoção da saúde do CompHP

Reconhecer saúde como direito humano;
 Respeitar: direitos, dignidade, confidencialidade e valores individuais e de grupos; todos os aspectos da diversidade: gênero, orientação sexual, idade, religião, incapacidades, etnia, raça e crenças culturais;
 Tratar das iniquidades em saúde e injustiça social priorizando os indivíduos/grupos que estão na pobreza e na marginalização social;
 Visar todos os determinantes do processo saúde-doença;
 Garantir que as ações de PS sejam benéficas e não causem danos;
 Ser honesto com o significado, alcance e aplicabilidade da PS;
 Buscar por informações e evidências apropriadas na implementação de ações que influenciem a saúde;
 Considerar colaboração e parceria como base para as ações de PS;
 Empoderar indivíduos e grupos para construir autonomia e auto respeito;
 Zelar pelo desenvolvimento sustentável nas ações de PS;
 Ser responsável pela qualidade da própria prática, assumindo responsabilidades pela manutenção e melhora do conhecimento e de habilidades.

Conceitos, princípios e valores éticos definidos na Carta de Ottawa (WHO, 1986) e cartas e declarações posteriores;
 Conceitos de equidade, justiça social e saúde como direito humano;
 Determinantes de saúde e suas implicações;
 Impacto da diversidade social e cultural na saúde e nas iniquidades e suas implicações;
 Modelos de PS e abordagens para empoderamento, participação, parcerias e igualdade;
 Teorias e evidências sobre liderança, advocacia e construção de parcerias;
 Modelos e abordagens de gestão de programas efetivos (diagnóstico das necessidades, planejamento, implementação e avaliação) e suas aplicações em ações de PS;
 Evidências básicas e métodos de pesquisa exigidos para avaliar e informar;
 Processos de comunicação e tecnologia de informação;
 Sistemas, políticas e legislações que impactam a saúde e a relevância dos mesmos para a PS.



Fonte: Adaptado de Dempsey et al., (2011)

APÊNDICE B — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO FÍSICA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa: "**Competências em promoção da saúde no Programa Saúde na Escola no Distrito Federal**", desenvolvida no Programa de Pós-Graduação da Faculdade de Educação Física da Universidade de Brasília, cujo objetivo é investigar as competências em promoção da saúde e os fatores que facilitam e dificultam a utilização das competências no Programa Saúde na Escola - DF .

Esta pesquisa é importante porque a identificação de competências necessárias para a atuação em programas públicos de saúde poderão apontar o sucesso ou falhas do processo de implementação e das atividades destinadas a qualificação/treinamento de recursos humanos, permitindo a reorientação e a busca pela efetividade das ações.

Faremos uma entrevista que terá duração aproximada de 1 hora. Sua participação é voluntária, sigilosa e sem custo ou risco para a sua profissão ou instituição. Você tem o direito de desistir a qualquer momento sem que isso lhe cause prejuízo ou punição. Suas dúvidas serão sanadas sempre que for necessário.

A entrevista será gravada, armazenada em arquivo de áudio e posteriormente analisada para uso específico desta pesquisa. Os resultados gerais serão divulgados para os profissionais envolvidos no PSE por meio de relatório e apresentação oral e para o meio acadêmico através de publicação em periódicos e eventos científicos.

Sua participação pode contribuir para o desenvolvimento do PSE, tais como melhorar o processo de implementação e a sustentabilidade do programa.

Para qualquer esclarecimento você poderá contatar a pesquisadora (dalilagtn@yahoo.com.br) e o Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Ciências da Saúde/UNB (61) 3107-1947.

Brasília, _____ de _____ de 2011.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador

APÊNDICE C — Tradução da descrição dos domínios de competências do CompHP seguido das respectivas competências

Observação: o termo “ação em PS” é usado para descrever políticas, programas ou outras intervenções que promovem saúde e são de natureza empoderadora, participativa, holística, intersectorial, equitativa, sustentável e estratégica, objetivando melhorar a saúde e reduzir as iniquidades.

Favorecimento de mudanças

Possibilitar que indivíduos, grupos, comunidades ou organizações construam capacidade para a ação em PS, e assim, melhorar a saúde e reduzir as iniquidades em saúde.

- 1.1 Trabalhar em colaboração com outros setores para influenciar o desenvolvimento de políticas públicas que impactem positivamente na saúde e reduzam as iniquidades em saúde;
- 1.2 Utilizar abordagens de PS que apoiem o empoderamento, a participação, a liderança e a equidade para criar ambientes e cenários que promovam saúde;
- 1.3 Utilizar abordagens de desenvolvimento comunitário para fortalecer a participação da comunidade e a construção de capacidades para a ação em PS;
- 1.4 Facilitar o desenvolvimento de habilidades pessoais que irão manter e melhorar a saúde;
- 1.5 Trabalhar em colaboração com os atores sociais (pessoas-chave) na reorientação dos serviços de saúde e outros.

Advocacia para saúde

Reivindicar/advogar com e a favor de indivíduos, comunidades e organizações para melhorar a saúde, o bem-estar e a capacitação para ação em PS.

- 2.1 Utilizar estratégias e técnicas de reivindicação/advocacia em saúde que reflitam os princípios da PS;
- 2.2 Engajar-se com as pessoas-chave e influenciá-las para desenvolver e manterem ações de PS;
- 2.3 Sensibilizar e influenciar a opinião pública em relação a assuntos de saúde;
- 2.4 Reivindicar junto aos setores pelo desenvolvimento de políticas, diretrizes e procedimentos que impactem positivamente a saúde e reduzam as iniquidades em saúde;
- 2.5 Estimular as comunidades e os grupos a articularem suas necessidades e reivindicarem por recursos e capacidades exigidas para a ação em PS.

Parceria

Trabalhar em colaboração com áreas de conhecimento/disciplinas, setores e parceiros para aumentar o impacto e a sustentabilidade de ações de PS.

- 3.1 Envolver parceiros de diferentes setores que contribuam ativamente;
- 3.2 Facilitar o trabalho efetivo dos parceiros, o qual reflita os valores e princípios da PS;
- 3.3 Construir parcerias de sucesso através do trabalho colaborativo e da mediação de interesses dos diversos setores;

3.4 Facilitar o desenvolvimento e a sustentabilidade de coalizões e redes de trabalho.

Comunicação

Comunicar ações de PS efetivamente, utilizando técnicas e tecnologias apropriadas para diversos públicos.

4.1 Utilizar habilidades de comunicação, incluindo comunicação escrita, verbal, não verbal e as habilidade de escuta;

4.2 Utilizar tecnologia de informações e outras mídias para receber e disseminar informações;

4.3 Utilizar técnicas e meios de comunicação culturalmente adequadas para grupos e contextos específicos;

4.4 Utilizar habilidades de comunicação interpessoal e do grupo de trabalho para promover a melhora da saúde de indivíduos, grupos, comunidades e organizações.

Liderança

Contribuir para o desenvolvimento de uma visão compartilhada e direções estratégicas para a ação em PS.

5.1 Trabalhar com os atores/parceiros sociais para atingir uma visão compartilhada e direções estratégicas;

5.2 Utilizar habilidades de liderança para promover empoderamento e participação (incluindo o trabalho em equipe, negociação, motivação, resolução de conflitos, tomadas de decisões, facilitação e resolução de problemas);

5.3 Formar redes com as pessoas-chave e motivá-las a promover mudanças que melhorem a saúde e reduzam iniquidades;

5.4 Incorporar novas ideias e conhecimentos para melhorar a prática e responder aos desafios emergentes em PS;

5.5 Contribuir para a mobilização e gestão/gerenciamento de recursos para a ação em PS;

5.6 Contribuir para o aprendizado da equipe e da organização para avançar nas ações de PS.

Diagnóstico

Diagnosticar as necessidades e potencialidades em parceria com os atores/parceiros sociais, no contexto dos determinantes político, econômico, social, cultural, ambiental, comportamental e biológico que promovem ou comprometem a saúde.

6.1 Utilizar métodos participativos para envolver os atores/parceiros sociais no diagnóstico;

6.2 Utilizar vários métodos de diagnóstico, incluindo quantitativos e qualitativos;

6.3 Coletar, revisar e avaliar os dados relevantes, as informações e utilizar a literatura para embasar as ações PS;

6.4 Identificar os determinantes de saúde que impactam as ações de PS;

6.5 identificar as necessidades em saúde, as potencialidades e os recursos relevantes para a ação em PS;

6.6 Utilizar abordagens de diagnóstico que sejam éticas e culturalmente adequadas;

6.7 Identificar as prioridades para a ação em PS em parceria com os atores/parceiros sociais, baseados na melhor evidência existente e nos valores éticos.

Planejamento

Desenvolver metas e objetivos que podem ser medidos em parceria com os atores/parceiros sociais, baseados no diagnóstico das necessidades e potencialidades.

7.1 Mobilizar, apoiar e envolver a participação dos atores/parceiros sociais no planejamento das ações de PS;

7.2 Utilizar modelos atuais e abordagens sistemáticas no planejamento de ações de promoção de saúde;

7.3 Desenvolver um plano de ação que pode ser executado segundo os recursos, as necessidades e as potencialidades disponíveis;

7.4 Desenvolver e informar metas e objetivos realísticos e mensuráveis;

7.5 Identificar estratégias de PS apropriadas para o alcance das metas e objetivos fixados.

Implementação

Implementar ações de PS efetivas, eficientes, culturalmente sensíveis e éticas, em parceria com os atores/parceiros sociais.

8.1 Utilizar processos que sejam éticos, culturalmente apropriados e participativos e que promovam o empoderamento;

8.2 Desenvolver, conduzir e utilizar recursos e materiais apropriados;

8.3 Gerenciar os recursos necessários para a implementação efetiva das ações planejadas;

8.4 Facilitar a sustentabilidade do programa e a responsabilização dos atores/parceiros sociais através de consulta e colaboração permanentes;

8.5 Monitorar a qualidade do processo de implementação em relação às metas e aos objetivos fixados.

Avaliação e pesquisa

Utilizar métodos de avaliação e pesquisa apropriados, em parceria com os atores/parceiros sociais, para determinar o alcance, o impacto e a efetividade das ações de PS.

9.1 Identificar e utilizar ferramentas de avaliação e métodos de pesquisas apropriados;

9.2 Integrar a avaliação no planejamento e na implementação de todas as ações;

9.3 Utilizar os resultados da avaliação para redefinir e melhorar as ações;

9.4 Utilizar pesquisas e estratégias baseadas em evidências para apoiar a prática;

9.5 Contribuir para o desenvolvimento e a disseminação da avaliação da PS e do processo de pesquisa.