



**UNIVERSIDADE ESTADUAL PAULISTA
"JÚLIO DE MESQUITA FILHO"
INSTITUTO DE BIOCÊNCIAS**



CLAUDEIR GERMANO DE OLIVEIRA

**A AUTOEFICÁCIA DE GESTORES ESCOLARES PARA A PROMOÇÃO DE UMA
ESCOLA SAUDÁVEL E OS SEUS PROCESSOS FACILITADORES E
DIFICULTADORES**

RIO CLARO – SP

2021

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
(FORMAÇÃO DE PROFESSORES E TRABALHO DOCENTE)

CLAUDEIR GERMANO DE OLIVEIRA

**A AUTOEFICÁCIA DE GESTORES ESCOLARES PARA A PROMOÇÃO DE UMA
ESCOLA SAUDÁVEL E OS SEUS PROCESSOS FACILITADORES E
DIFICULTADORES**

Dissertação apresentada ao Instituto de Biociências do Campus de Rio Claro, Universidade Estadual Paulista, como parte dos requisitos para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Roberto Tadeu Iaochite

RIO CLARO – SP

2021

O48a Oliveira, Claudeir Germano de
A autoeficácia de gestores escolares para a
promoção de uma escola saudável e os seus
processos facilitadores e dificultadores / Claudeir
Germano de Oliveira. -- Rio Claro, 2021
169 p. : il., tabs.

Dissertação (mestrado) - Universidade Estadual
Paulista (Unesp), Instituto de Biociências, Rio Claro
Orientador: Roberto Tadeu laochite

1. Escola. 2. Administradores escolares. 3.
Promoção da saúde. I. Título.

Sistema de geração automática de fichas catalográficas da Unesp.
Biblioteca do Instituto de Biociências, Rio Claro. Dados fornecidos pelo
autor(a).

Essa ficha não pode ser modificada.

CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: **A AUTOEFICÁCIA DE GESTORES ESCOLARES PARA A PROMOÇÃO DE UMA ESCOLA SAUDÁVEL E OS SEUS PROCESSOS FACILITADORES E DIFICULTADORES**

AUTOR: CLAUDEIR GERMANO DE OLIVEIRA

ORIENTADOR: ROBERTO TADEU IAICHITE

Aprovado como parte das exigências para obtenção do Título de Mestre em EDUCAÇÃO, pela Comissão Examinadora:

Prof. Dr. ROBERTO TADEU IAICHITE (Participação Virtual) 
Departamento de Educação / UNESP - Instituto de Biociências de Rio Claro / SP

Profa. Dra. RAQUEL FONTES BORGHI (Participação Virtual) 
Departamento de Educação / UNESP - Instituto de Biociências de Rio Claro - SP

Profa. Dra. MIRELA DE OLIVEIRA FIGUEIREDO (Participação Virtual) 
Programa de Pós Graduação em Terapia Ocupacional / UFSCar - Universidade Federal de São Carlos - SP

Rio Claro, 28 de maio de 2021

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus pais Lena e Pedrinho, por todo amor e suporte.

AGRADECIMENTOS

Agradeço primeiramente a Deus pela oportunidade concedida, me permitindo sempre construir e aprender.

À minha família, agradeço por me apoiarem em minhas escolhas e por todo amor recebido. Especialmente ao Anderson por todo companheirismo e partilha nos momentos de angústias e também de conquistas nessa longa caminhada.

Aos meus amigos, obrigado por estarem ao meu lado, me incentivando sempre e tornando os meus dias mais felizes.

Às colegas Carla, Fernanda e Juceni, que iniciaram essa jornada comigo. Por todos os risos, desabafos e incentivos em nossas “viagens” de Limeira até Rio Claro.

Aos colegas do Núcleo de Estudos e Pesquisas em Teoria Social Cognitiva e Práticas Educativas – TSCPE, pelo auxílio e companheirismo.

À minha equipe de trabalho, Divisão de Formação, em especial à minha chefe Adriana Dibbern que muito me incentivou e auxiliou nessa jornada e às amigas Fernanda, Marisa e Elisangela pelo encorajamento, acolhimento e apoio durante todo esse processo.

Aos Gestores Escolares que responderam à pesquisa, pela prontidão, contribuindo com informações imprescindíveis a este estudo.

Às professoras Dra. Raquel Fontes Borghi e Dra. Mirela de Oliveira Figueiredo pelo aceite em participar da banca de avaliação deste trabalho e por todas as valiosas contribuições.

Ao meu orientador Prof. Dr. Roberto Tadeu laochite, por ter aceitado orientar minha pesquisa, pela paciência, suporte e gentileza na condução desse trabalho.

A todos o meu muito obrigado!

*“Onde quer que haja mulheres e homens,
há sempre o que fazer, há sempre o que
ensinar, há sempre o que aprender.”*

(Paulo Freire)

RESUMO

A promoção de saúde é um tema de fundamental importância para o ambiente escolar, pois está vinculada aos direitos humanos e a escola configura-se como um espaço privilegiado para essa discussão, pela premissa de formação integral dos seus estudantes. A atuação dos gestores escolares na implementação eficaz da promoção de saúde no ambiente escolar foi identificada por diversos estudos como crucial. Nesse sentido, ao pensar práticas abrangendo educação e saúde, precisa-se considerar os gestores escolares. Especificamente, neste estudo, objetivamos a) Identificar os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças para a promoção de uma escola saudável; b) Mensurar a autoeficácia dos gestores escolares para a promoção de uma escola saudável; c) Correlacionar as variáveis pessoais e de contexto para a promoção de uma escola saudável. O contexto de investigação teve como *lócus* uma rede pública de ensino municipal do interior paulista – participaram 104 gestores escolares que atuam na educação infantil e nos anos iniciais do ensino fundamental. Foram utilizados três instrumentos para a coleta de dados: a) Questionário de caracterização do participante; b) Escala de Autoeficácia (EA) para promoção de uma escola saudável; c) Matriz SWOT sobre os pontos fortes e fracos, as oportunidades e as ameaças para a promoção de uma escola saudável. Foi encontrado que os gestores escolares apresentam uma percepção moderada da crença de AE para promover uma escola saudável. Os fatores evidenciados como facilitadores da promoção da saúde na escola foram: a equipe escolar como um fator positivo; parcerias com universidades, serviços de saúde ou de educação; famílias participativas e comprometidas; os equipamentos públicos comunitários presentes no entorno escolar; os recursos materiais da escola. Já, os fatores considerados como dificultadores que mais se evidenciaram foram: a falta de recursos materiais; a resistência de parte do corpo docente a novos projetos; a baixa participação das famílias nos projetos da escola; a falta de tempo; a falta de apoio e de políticas de incentivo por parte das entidades públicas para a realização de projetos com vistas à promoção de uma escola saudável; Os resultados foram discutidos à luz do referencial da teoria social cognitiva e com a literatura pertinente sobre a promoção de saúde na escola. Conclui-se que é necessário promover a autoeficácia de gestores escolares para se sentirem capazes de criar um ambiente propício à promoção de saúde na escola. Baseado no projeto educacional da escola, as ações dos gestores podem ajudar a transformar a escola em um espaço que também colabore para a promoção de saúde e bem-estar das pessoas que ali estudam e trabalham e à comunidade ao seu entorno.

Palavras-chave: Autoeficácia. Gestores. Saúde. Escola

ABSTRACT

Health promotion bounded on the Human Rights is essential to be discussed in schools that aim for a comprehensive education of its students. When thinking to implement health promotion and education programs in schools, principals and pedagogical coordinators need to be included in this discussion, once their roles as school managers are important to efficacious implementation of those programs. In this study, we aimed to a) Identify the strengths and weaknesses, opportunities and threats for promoting healthy schools; b) Measure school managers' self-efficacy for promoting a healthy school; and c) correlate school manager's personal and context variables to promote healthy schools. This study was realized with manager staff from public schools in a countryside city in São Paulo state. Participants included 104 school managers who worked at kindergarten and elementary schools. Data were collected through a set of three instruments: a) participant characterization questionnaire, b) School manager self-efficacy to promote healthy schools scale, and c) SWOT matrix for promotion of healthy schools. As results, school managers showed a moderate level of self-efficacy to promote healthy schools. As facilitating factors to promote health schools were mentioned: school staff; partnership between school and universities, health or educational services; family engagement; public equipment nearby schools for the use of community; and school resources. On the other hand, the most common hindrance factors mentioned by the participants include: lack of resources; teacher resistance to new projects; lack of family participation in school projects; lack of time; lack of support from politician and public policies to develop and implement projects to promote healthy schools. Results were discussed on the light of social cognitive theory and the literature related to health promotion at schools. As conclusion, it is necessary to develop principal and pedagogical coordinators' self-efficacy to promote healthy schools, so they believe they are capable of develop a fruitful environment to promote health in schools. Based on the school's educational project, the actions of managers can help to transform the school into a space that also seeks to collaborate to promote the health and well-being of people who study and work there as well as for the school community.

Keywords: Self-efficacy. Manager. Health. School.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Institucionalização primitiva da higiene escolar	19
Quadro 2 – Competências Gerais da BNCC	30
Quadro 3 - Características fundamentais da concepção da gestão escolar	35
Quadro 4 - Gestores Escolares e suas funções	36
Quadro 5 – Áreas e dimensões da gestão escolar	40
Quadro 6 - Critérios para acreditação de uma Escola Promotora de Saúde	53
Quadro 7 - Resultados do PenSE destacados pelos autores.....	57
Quadro 8 - Aspectos integrantes da crença de AE de gestores escolares	69
Quadro 9 – Síntese dos trabalhos incluídos na revisão da literatura	74

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estrutura dos Parâmetros Curriculares Nacionais	24
Figura 2 – Relação entre organização e implementação	39
Figura 3 – Características da EPS	45
Figura 4 – Reciprocidade Triádica.....	64
Figura 5 – Processos Psicológicos pelos quais a AE afeta o func. humano	66
Figura 6 – Fluxo de informação com as diferentes fases da rev. da literatura	74
Figura 7 – Média dos escores de AE total e das suas dimensões	114
Figura 8 – Porcentagens por intervalos dos escores de AE total e das suas dim....	114
Figura 9 – Matriz SWOT – percentagens das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças mais prevalente	117

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Caraterização sociodemográfica e formação	105
Tabela 2 – Caraterização quanto aos dados profissionais.....	106
Tabela 3 – Caracterização quanto ao ambiente escolar	107
Tabela 4 – Caracterização quanto ao estado de saúde, atividade física e alimentação	108
Tabela 5 – Caracterização da autoeficácia	115
Tabela 6 – Matriz SWOT – forças, fraquezas, oportunidades e ameaças	113
Tabela 7 – Relação das características sociodemográficas e educação com autoeficácia	118
Tabela 8 – Relação dos dados profissionais com a autoeficácia	119
Tabela 9 – Relação do ambiente escolar com a autoeficácia	120
Tabela 10 – Relação do estado de saúde, atividade física e alimentação com a autoeficácia	121

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AE – Autoeficácia

APM - Associação de Pais e Mestres

BDTD – Biblioteca Digital Brasileira de Teses e Dissertações

BNCC - Base Nacional Comum Curricular

CAPES - Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior

CONSED - Conselho Nacional de Secretários de Educação

EPS - Escola Promotora de Saúde

ESF - Estratégia Saúde da Família

EUA – Estados Unidos da América

Func. – Funcionamento

IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

LDB - a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

MEC – Ministério da Educação

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONGs – Organizações não Governamentais

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde

PCN - Parâmetros Curriculares Nacionais

PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar

PNE - Plano Nacional de Educação

PSE – Programa Saúde na Escola

Rev. - Revisão

SPE - Saúde e Prevenção nas Escolas

TSC – Teoria Social Cognitiva

UnB – Universidade Brasília

UNDIME - União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	15
1 SAÚDE E EDUCAÇÃO.....	19
1.1 DIÁLOGOS HISTÓRICOS	19
2 A GESTÃO ESCOLAR E A PROMOÇÃO DE UMA ESCOLA SAUDÁVEL	34
2.1 GESTÃO ESCOLAR	34
2.2 PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA	43
2.2.1 Escolas Promotoras de Saúde	43
2.2.2 Programa Saúde na Escola	46
2.2.3 Aproximações e distanciamentos entre o PSE e as EPS	49
2.3 GESTÃO ESCOLAR E A PROMOÇÃO DE SAÚDE	56
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: conceitos gerais sobre a autoeficácia	63
3.1 AUTOEFICÁCIA.....	63
3.1.1 Fontes de origem de informação da constituição da autoeficácia	67
3.2 A AUTOEFICÁCIA DE GESTORES ESCOLARES.....	68
4 PROGRAMAS DE SAÚDE NA ESCOLA NA VISÃO DE GESTORES ESCOLARES: UMA REVISÃO DA LITERATURA.....	73
4.1 FASES DA REVISÃO DA LITERATURA	73
4.2 FATORES DIFICULTADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) E DA INICIATIVA ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES ESCOLARES.....	82
4.3 FATORES FACILITADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) E DA INICIATIVA ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES ESCOLARES	95
4.4 APROXIMAÇÃO ENTRE OS CENÁRIOS.....	101
5 OBJETIVOS DA PESQUISA	103
6 METODOLOGIA	104
6.1 CARACTERIZAÇÃO DA PESQUISA.....	104
6.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO	104
6.2.1 Caracterização da amostra.....	105
6.3 INSTRUMENTOS PARA COLETA DE DADOS.....	109

6.3.1	Questionário de caracterização do participante.....	109
6.3.2.	Escala de Autoeficácia para Promoção de uma Escola Saudável.....	109
6.3.3.	Matriz SWOT	110
6.4	PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS	111
6.5	ANÁLISE DOS DADOS.....	112
7	RESULTADOS.....	113
7.1	BLOCO 1: AUTOEFICÁCIA PARA A PROMOÇÃO DE UMA ESCOLA SAUDÁVEL.....	113
7.2	BLOCO 2: PONTOS FORTES E FRACOS, AS OPORTUNIDADES E AMEAÇAS, PARA A PROMOÇÃO DE UMA ESCOLA SAUDÁVEL.....	115
7.3	ASSOCIAÇÕES ENTRE A AUTOEFICÁCIA PARA PROMOVER SAÚDE NA ESCOLA E AS VARIÁVEIS PESSOAIS E CONTEXTUAIS.....	118
8	DISCUSSÃO	122
8.1	AUTOEFICÁCIA DE GESTORES ESCOLARES PARA PROMOVER UMA ESCOLA SAUDÁVEL	122
8.2	FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES PARA A PROMOÇÃO DE UMA ESCOLA SAUDÁVEL POR GESTORES ESCOLARES	126
8.2.1	Fatores Facilitadores	126
8.2.2.	Fatores Dificultadores.....	130
8.3	ASSOCIAÇÕES ENTRE A AUTOEFICÁCIA PARA PROMOVER SAÚDE NA ESCOLA E AS VARIÁVEIS PESSOAIS E CONTEXTUAIS.....	137
9	CONSIDERAÇÕES FINAIS	140
	REFERÊNCIAS.....	146
	APÊNDICE.....	164
	APÊNDICE A	165

APRESENTAÇÃO

A saúde está vinculada aos direitos humanos e a escola configura-se como um espaço privilegiado para promoção da saúde, pois atua na formação dos estudantes por meio de conhecimentos, relações e ações que visam fortalecer a participação na busca por vidas mais saudáveis. Nessa visão de “escola que produz saúde” se faz necessário envolver estudantes, trabalhadores da educação, comunidade escolar, órgãos governamentais de educação, gestores de sistemas de saúde e educação, movimentos sociais, associações, grupos, famílias e toda a população (BRASIL, 2005).

A educação voltada para a promoção da saúde deve considerar o ambiente escolar como um espaço de convivência e de interações sociais que permite o trabalho de conscientização e de mudanças de hábitos, contribuindo para a apropriação e autonomia dos alunos dos temas fundamentais relacionados a essa temática por meio de atividades intencionais dirigidas na transformação dos comportamentos. A promoção da saúde deve ser vista como um movimento permanente pautado em ações interdisciplinares e multidisciplinares, objetivando desenvolver comportamentos saudáveis e possibilitando o pleno exercício da cidadania. Para tanto, deve haver espaço para professores e alunos discutirem as questões sobre saúde na escola (COSTA; GOMES; ZANCUL, 2011; DA SILVA *et al*, 2012; LIMA, MALACARNE e STRIEDER 2012; CASEMIRO, FONSECA E SECCO, 2014).

A saúde não se remete, nessa perspectiva, ao entendimento ultrapassado de mera ausência de doenças, “a tendência atual é considerar saúde numa perspectiva holística, como uma condição humana com dimensões física, social, e psicológica, caracterizada num contínuo com polos positivos e negativos” (NAHAS; DE BARROS; FRANCALACCI, 2000, p. 2).

Surge, portanto, a necessidade de superar os modelos biologicistas, medicalizantes e prescritivos de saúde, fomentados em determinados momentos históricos (BATISTELLA, 2007). A saúde, logo, é compreendida como um bem-estar cujo entendimento deve valorizar o sujeito enquanto protagonista de suas ações, como agente transformador, observando e contextualizando seus problemas e necessidades,

em uma perspectiva que não vislumbre essa temática de forma individualizante e fragmentada (NASCIMENTO; FERNANDES, 2008).

A escola, destarte, auxilia contribuindo no fomento da saúde, exercendo o seu papel de constituir um cidadão com senso crítico que consiga exercer os seus direitos e deveres em busca de atitudes mais saudáveis, controlando suas condições de saúde e qualidade de vida (SILVA, 2008). É dentro desse enfoque que se entende e se justifica um programa de saúde na escola (por ser um espaço multifacetado de construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes) inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar, irradiando-se dessa forma para além dos limites da escola (BRASIL, 2009).

A implementação eficaz de programas de promoção de saúde no ambiente escolar foi tema de diversos estudos internacionais, e tais pesquisas identificaram a atuação dos gestores escolares como crucial nesse processo (SIMOVSKA; PROSCH, 2016). Além disso, observaram a importância das atitudes de tais gestores em relação às questões pertinentes à saúde para determinar o enfoque da educação em saúde no currículo escolar (SIMOVSKA; PROSCH, 2016).

Segundo as proposições de Lücke (2010) sobre as áreas e dimensões da gestão escolar, aplicadas ao contexto da promoção de saúde, pode-se inferir que teoricamente o gestor tem conhecimento sobre os fundamentos conceituais e legais que embasam e norteiam o trabalho, articulando concepções, estratégias, métodos e conteúdos. Desta forma, o gestor, munido dessa fundamentação conceitual e legal da gestão, poderia ser capaz de planejar e concretizar suas ações educacionais pautadas nos elementos necessários para a efetivação de programas promotores de saúde no ambiente escolar.

Em adição, refere que os gestores necessitam criar condições e fornecer orientações para a inclusão dos membros da comunidade escolar nas decisões que os envolvem. Tais membros, precisam e devem participar de forma regular e contínua das deliberações que os impactarão, assumindo os compromissos necessários para a efetivação dos programas de promoção de saúde na escola (LÜCKE, 2010).

O reconhecimento dos fundamentos, finalidades, metas e objetivos das políticas educacionais, associados aos valores e crenças, poderá contribuir para o desenvolvimento ou elevação da percepção de autoeficácia dos gestores escolares.

Consequentemente, possibilita-se a realização com sucesso da implementação das políticas educacionais no espaço escolar (RUSSO; AZZI, 2019a), nas quais destacam-se os programas de promoção de saúde escolar. São inúmeras as demandas impostas aos gestores escolares e esses profissionais têm um papel de destaque na determinação das condições objetivas e subjetivas que perpassam o trabalho escolar (CASANOVA; AZZI, 2019b).

A presente pesquisa adota a perspectiva psicológica da Teoria Social Cognitiva, em específico, um dos mecanismos centrais da teoria, a autoeficácia (CASANOVA; AZZI, 2019b, p. 48).

Ao assumirmos a perspectiva da Teoria Social Cognitiva no contexto da saúde na escola, esse referencial nos ajuda a entender como nos comportamos em relação aos aspectos ligados à promoção da saúde da comunidade escolar.

Esta perspectiva teórica é composta por diversos constructos e a autoeficácia exerce papel central no comportamento humano. Entendida como uma crença de capacidade, a autoeficácia refere-se às “crenças de alguém sobre sua capacidade de organizar e executar cursos de ação requeridos para produzir determinadas realizações” (BANDURA, 1997, p. 3). Trata-se da crença que temos a respeito das nossas próprias capacidades para organizar e realizar uma ação pretendida.

Considerando a complexidade da gestão escolar *per si* e para a efetivação de programas de promoção da saúde nas escolas, infere-se que o gestor pode vir a questionar-se sobre sua própria capacidade para promover a saúde da e na escola. A partir desta reflexão, surgem as perguntas de pesquisa do presente estudo: 1) quais os níveis das crenças de autoeficácia dos gestores escolares para a promoção de uma escola saudável? 2) quais são na percepção dos gestores escolares os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças para a promoção de uma escola saudável? 3) Há correlação entre os níveis de autoeficácia, as variáveis pessoais e os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças para a promoção de uma escola saudável?

Com isso, o objetivo do presente trabalho foi identificar, analisar e discutir sobre a crença de autoeficácia dos gestores escolares para promover uma escola saudável, buscando também, averiguar quais são os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças para promover uma escola saudável, na percepção de tais profissionais.

Deste modo, estudar a dinâmica da promoção de uma escola saudável por gestores escolares à luz da teoria sociocognitiva possibilita o entendimento da implicação das crenças de autoeficácia nesse processo, já que tais crenças afetam diretamente os processos cognitivos, afetivos e de motivação dos seres humanos (BANDURA, 1997). Nessa perspectiva, é imprescindível investigar as questões concernentes à saúde no ambiente escolar e, espera-se com essa pesquisa identificar os elementos-chave para uma futura proposta de intervenção junto a esses profissionais.

Em conjunto, espera-se promover o diálogo entre a realidade escolar e as expectativas dos gestores em promover saúde na escola. Considerando o período pandêmico, a discussão sobre a temática da promoção de saúde na escola pode ganhar um relevo diferente.

No que se refere à estruturação do trabalho, o texto está organizado em quatro seções. A primeira seção retrata a trajetória histórica das discussões referentes às interseções entre saúde e escola no Brasil do final do século XIX até a atualidade. A segunda seção aborda a importância da gestão escolar no cenário contemporâneo e a relevância dos gestores escolares na promoção da saúde no ambiente escolar. A terceira seção conceitua a autoeficácia de gestores escolares elucidando os conceitos e pressupostos teóricos que norteiam a Teoria Social Cognitiva.

A revisão da literatura é apresentada na quarta seção, expondo os desafios e os facilitadores indicados por gestores escolares no contexto da Escola Promotora de Saúde e no Programa Saúde na Escola. Na quinta seção, constam os objetivos da nossa investigação; a sexta seção exhibe o delineamento metodológico da pesquisa, bem como o trajeto percorrido para a coleta e análise dos dados. A sétima seção fornece os resultados obtidos e a oitava seção expõe a discussão realizada com base nos dados coletados e a compreensão acerca do fenômeno em questão. Posteriormente, nas considerações finais, apresenta-se uma síntese das ideias desenvolvidas ao longo do texto.

1 SAÚDE E EDUCAÇÃO

A saúde e a educação estabelecem pontos de interseção em diversos momentos da história recente do Brasil permeada pelo discurso médico e pelas ações oficiais do governo brasileiro. Com o intuito de compreender o percurso que influenciou a definição do termo saúde, nessa seção, identificamos a sua historicidade, analisando as diversas perspectivas e concepções em que se construíram as bases nacionais das ações de saúde e suas propostas de intervenções no ambiente escolar.

1.1 DIÁLOGOS HISTÓRICOS

O interesse do governo brasileiro em relação às questões da saúde nas escolas começou a surgir na segunda metade do século XIX, motivado pelas frequentes epidemias que assolavam o Rio de Janeiro, então capital federal. Naquele período também surgiram os primeiros estudos acadêmicos sobre a higiene escolar. Entretanto, somente em 1889 com a promulgação de um decreto pelo Barão do Lavradio que regulamentava a inspetoria higiênica dos estabelecimentos públicos, é dado um devido destaque as escolas públicas, seja pela vistoria das condições dos locais e instalações, seja pelo aconselhamento de professores e diretores dos estabelecimentos visitados em relação à preservação da saúde dos alunos (LIMA, 1985a).

Posteriormente a esse fato, vários decretos foram implementados servindo de base para institucionalizar a higiene escolar, como podemos verificar no Quadro 1 a seguir:

Quadro 1 – Institucionalização primitiva da higiene escolar

Ano	Decreto	Determinação
1903	nº 1.343	Atribuía à fiscalização da higiene escolar aos inspetores sanitários
1910	nº 788	Efetivava o Serviço de Inspeção Sanitária Escolar da cidade do Rio Janeiro
1911	nº 2.141	Criou o Serviço de Inspeção Médica Escolar do Estado

		de São Paulo
1916	nº 1.541	Remodelou a Inspeção Médica Escolar do estado de São Paulo, prevendo a atuação dos inspetores examinando a visão, audição, inspeção dentária e vacinação dos alunos.
1918	nº 2.918	Deu execução ao Código Sanitário do Estado de São Paulo e tornava a ginástica disciplina obrigatória no currículo escolar
1938	nº 9.518	Organiza a Superintendência da Saúde Escolar subordinada ao Departamento de Educação do Estado de São Paulo

Fonte: Adaptado de Lima (1985a)

O movimento higienista brasileiro do início do século XIX, motivados pelo saber médico, visava inculcar a saúde e a moral da população, fazendo uso de um sistema autoritário que objetivava introjetar na população a aquisição de hábitos salutarres. Esse discurso médico-higienista também influenciou diretamente o modelo escolar da época, ditando regras e normas tanto para construção e arranjo do espaço escolar como para organização do currículo educacional vigente (LIMA, 1985a; ROCHA, 2003).

No ano de 1918 foi criado na cidade de São Paulo o Instituto de *Hygiene*, resultado de uma parceria envolvendo o governo do Estado de São Paulo e a fundação norte-americana Rockefeller. Essa instituição se tornou notória na elaboração de estratégias de intervenção objetivando a formação da consciência sanitária na população. O discurso higienista era pautado no binômio educação e saúde e encontrou no espaço escolar um campo fecundo para articulação de procedimentos para a veiculação dessa mensagem (ROCHA, 2003).

Em 1922, entre 27 de agosto a 5 de setembro, foi realizado o Primeiro Congresso Brasileiro de Proteção à Infância. Na seção temática do evento sobre Higiene, Kuhlmann aponta que “reafirma-se o binômio saúde-educação nas políticas sociais e se trata de aspectos específicos da higiene escolar” (KUHLMANN, 2002, p. 2). Nessa perspectiva, o congresso enfatizou que a saúde e a educação se entrelaçavam

nas propostas veiculadas, tornando-as mutuamente subordinadas no propósito de construir as bases da nação moderna e ordeira. Deste modo, a educação seria um dos meios mais hábeis a ser utilizado para o ensino prático da higiene (KUHLMANN, 2002).

Essa inquietude acerca da saúde do escolar motivou no ano de 1941 a realização do 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar. O evento teve a anuência do então presidente da república Getúlio Dornelles Vargas e do Interventor Federal de São Paulo, Adhemar Pereira de Barros. O Congresso ocorreu entre 21 e 27 de abril do referido ano e em suas discussões a figura do médico tinha uma função central, contribuindo também para que o processo de ensino e aprendizagem ocorresse de forma satisfatória. Um dos principais objetivos do Congresso referia-se em evidenciar o papel da escola como meio para a intervenção da higiene, da medicina e do ensino de higiene em favor da preservação e restauração da saúde da infância e da adolescência. (VILELA, 2011).

Nesse contexto, a higiene constituiu o ponto central do discurso nascente da saúde escolar. Por meio da denominação “higiene escolar”, institucionalizou-se o espaço escolar, com a finalidade de organização da vida dos alunos sob um novo modo de relação com o mundo. Tais ações vão se internalizar no ambiente escolar, definindo ações e intervenções durante o século XX, abrangendo desde os aspectos relacionados à arquitetura escolar, infraestrutura, exames antropométricos, até à orientação nutricional da merenda escolar (LIMA, 1985b).

O percurso da relação trilhada entre saúde e escola no Brasil na primeira metade do século XX é descrita por Lima (1985a, p. 147) da seguinte forma:

A trajetória das propostas da saúde escolar foi ditada pela racionalidade de controlar o meio escolar. Ampliaram-se à medida que este meio se tornou mais complexo, atendendo à nova problemática que surgiu dessa complexidade, sem se questionar se a saúde escolar era o instrumento adequado para fazê-lo. A expansão da escola popular trouxe o problema da evasão, da repetência, da subnormalidade mental, da saúde dos professores, de seus direitos trabalhistas. A saúde escolar devia cuidar dessas questões porque estava lá, na escola. E estava lá porque se propôs como indispensável ao processo do ensino-aprendizado, porque se propôs como campo do saber adequado e necessário à racionalização de uma nova educação, que atendia às necessidades de uma nova ordem social, garantindo que o investimento estatal resultaria na produção de indivíduos aptos ao trabalho, sem desperdício.

A Lei nº 5.692 de 11 de agosto 1971 fixou as Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, propondo em seu artigo 7º parágrafo único que: “Será obrigatória à inclusão de Educação Moral e Cívica, Educação Física, Educação Artística e Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus [...]” (BRASIL, 1971). O objetivo da legislação era “estimular e guiar o desenvolvimento físico e mental da criança e estabelecer nela sólidos hábitos de saúde” (BAGNATO, 1990, p. 54). Para isso, a legislação foi reforçada pelo parecer 2.264, de 6 de agosto de 1974, do Conselho Federal de Educação que visava orientar e fornecer diretrizes para a aplicação dos Programas de Saúde no ambiente escolar.

Gouvêa (2003, p. 7) faz as seguintes considerações sobre o parecer:

O discurso elaborado em torno dos Programas de Saúde, nesse Parecer, expressa poucas mudanças relativas a como eles já estavam sendo abordados desde o início do século. O caráter individualizante das questões saúde/doença continuam, no momento em que se destaca a educação voltada para o indivíduo, sem caracterizar sua inserção no meio social, desconsiderando os fatores socioeconômicos e culturais.

O processo de redemocratização que ascende com o fim da ditadura militar é marcado pela promulgação da lei máxima brasileira, a Constituição Federal (1988). Posteriormente, em meados da década de noventa e baseada nos princípios da referida legislação, é decretada em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB, a qual passou a orientar e regularizar a organização da educação do país. As legislações supracitadas compreenderam o alicerce legal para amparar e sustentar as ações voltadas para o desenvolvimento do trabalho com a temática saúde nas instituições escolares.

Ao efetuar uma análise sobre a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional de 1996, Marinho, Da Silva e Ferreira (2015) expõem que os programas de saúde foram suprimidos em relação à LDB de 1971. Segundo os autores, a saúde é referenciada apenas quando mencionado o dever do Estado com a educação escolar pública para garantir o atendimento do educando por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde.

Entretanto, nas diretrizes da LDB, é apontada a necessidade de instaurar uma base nacional comum complementada por uma parte diversificada que contemple as

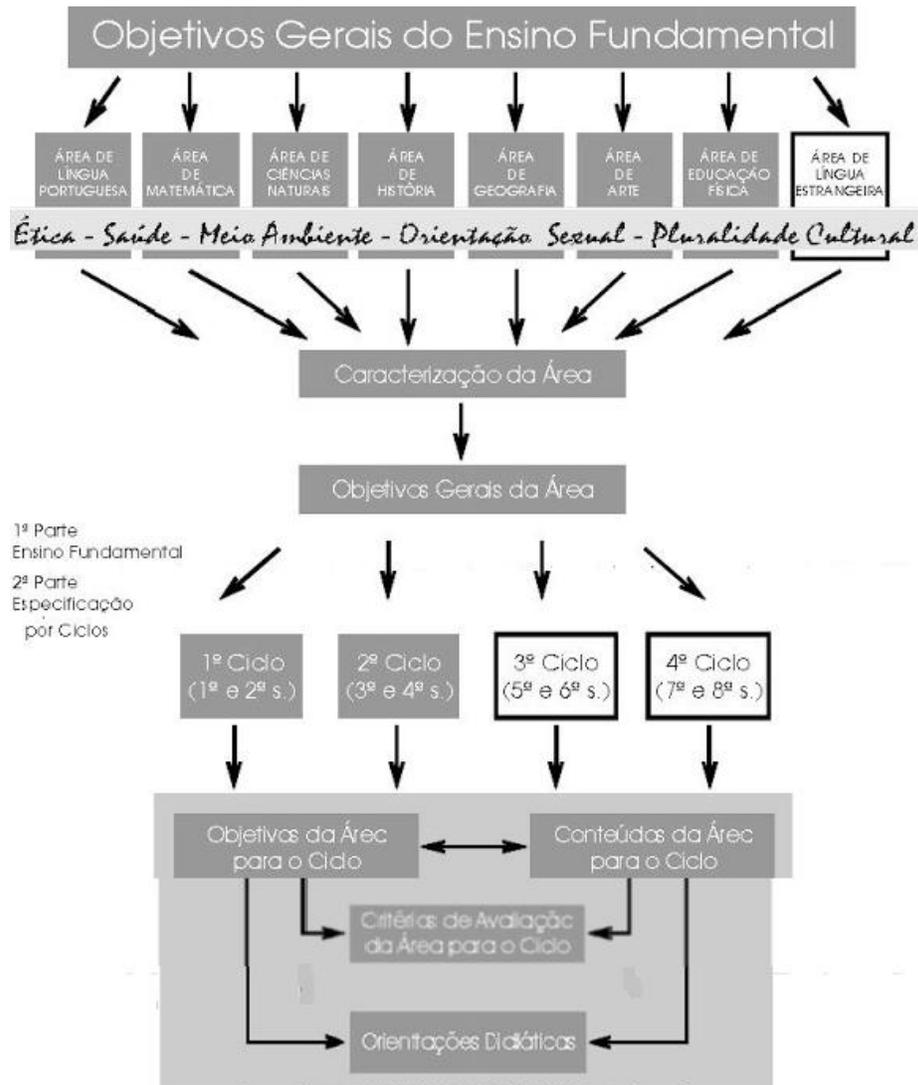
especificidades regionais e locais presentes em cada estabelecimento escolar. Para legitimar as indicações da LDB, em 1998, o Conselho Nacional de Educação instituiu as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental que deveriam ser consideradas na organização curricular das unidades escolares integrantes dos diversos sistemas de ensino.

As Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental designavam que a organização curricular deveria conter uma parte diversificada, estabelecendo uma relação entre a educação fundamental e a “vida cidadã” por meio da articulação dos seus diversos aspectos como: 1) a saúde; 2) a sexualidade; 3) a vida familiar e social; 4) o meio ambiente; 5) o trabalho; 6) a ciência e a tecnologia; 7) a cultura e 8) as linguagens (BRASIL, 1998). Com essa definição, “a saúde passou não mais a ser vista como um ‘programa’ a ser desenvolvido pelo conjunto das disciplinas e sim como um componente do conjunto de conteúdos que deveriam ser desenvolvidos em todas as escolas brasileiras” (MONTEIRO; BIZZO, 2015, p. 417).

Portanto, foi realizada a construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) que, em sua versão final, direcionava para uma abordagem específica das áreas do conhecimento em função da sua importância, mas privilegiando a integração entre elas. Também contemplou a necessidade de abordar as questões sociais mais relevantes, com a finalidade de problematizá-las e analisá-las, incorporando-as como temas transversais, são elas: ética, saúde, meio ambiente, orientação sexual e pluralidade cultural (BRASIL, 1997a).

Nessa proposta, os PCN buscaram a integralização curricular assumindo as especificidades de cada área de conhecimento (componentes curriculares), estruturando a instrumentalização do processo educativo em objetivos gerais e específicos de cada componente curricular dos temas transversais com a finalidade de configurar as reais intenções educativas (BRASIL, 1997a). Conforme ilustra a Figura 1.

Figura 1 - Estrutura dos Parâmetros Curriculares Nacionais



Fonte: Brasil, 1997a

Os temas transversais nessa perspectiva não se configuravam como novas áreas, mas como “um conjunto de temas que aparecem transversalizados nas áreas definidas” (BRASIL, 1997a, p. 45). Nessa perspectiva:

A transversalidade pressupõe um tratamento integrado das áreas e um compromisso das relações interpessoais e sociais escolares com as questões que estão envolvidas nos temas, a fim de que haja uma coerência entre os valores experimentados na vivência que a escola propicia aos alunos e o contato intelectual com tais valores” (BRASIL, 1997a, p. 45).

Diversas questões sociais poderiam ter sido elencadas como temas transversais para o trabalho escolar, por envolverem múltiplos aspectos e diferentes dimensões da vida social. Entretanto, foram estipulados os seguintes critérios para a definição dessas questões sociais: a) urgência social; b) abrangência nacional; c) possibilidade de ensino e aprendizagem no ensino fundamental e d) favorecer a compreensão da realidade e a participação social (BRASIL, 1997b).

A saúde enquanto tema transversal eleito com base nos critérios referidos, é descrita em linhas gerais no documento de apresentação dos temas transversais dos PCNs:

O nível de saúde das pessoas reflete a maneira como vivem, numa interação dinâmica entre potencialidades individuais e condições de vida. Não se pode compreender ou transformar a situação de um indivíduo ou de uma comunidade sem levar em conta que ela é produzida nas relações com o meio físico, social e cultural. Falar de saúde implica levar em conta, por exemplo, a qualidade do ar que se respira, o consumismo desenfreado e a miséria, a degradação social e a desnutrição, formas de inserção das diferentes parcelas da população no mundo do trabalho, estilos de vida pessoal (BRASIL, 1997b, p. 27).

O documento norteador para o trabalho com essa temática de forma transversal na escola ressaltava a importância de educar para a saúde, “as experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e das características das doenças, bem como de um elenco de hábitos de higiene, não é suficiente para que os alunos desenvolvam atitudes de vida saudável” (BRASIL, 1997c, p. 245).

Os PCNs apontavam sobre a necessidade de o indivíduo considerar o seu exercício de cidadania em relação ao processo saúde/doença, configura-se como a motivação essencial para a educação para a saúde. Para tanto, era preciso atentar-se aos aspectos que constituem a formação de hábitos e atitudes que compõe a vida cotidiana, considerando nessa discussão as diversas áreas do conhecimento que integram o currículo escolar (BRASIL, 1997c).

A saúde, segundo os apontamentos dos PCN, deixava de ser apenas o avesso ou uma imagem complementar da doença, mas se expressava na luta por uma ampliação do uso das potencialidades de cada sujeito e da sociedade, analisando sua capacidade de resguardar a vida. Consequentemente, a saúde é parte do estilo de vida e das condições de existência (BRASIL, 1997c).

Nesta direção, os PCNs referiam-se que a promoção da saúde ocorre quando se asseguram condições para uma vida digna, especificamente por intermédio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais, da produção de um ambiente saudável.

Segundo os PCNs, as escolas que promovem a saúde são aquelas que asseguram as seguintes premissas (BRASIL, 1997c, p. 260):

- têm uma visão ampla de todos os aspectos da escola, provendo um ambiente saudável e que favorece a aprendizagem, não só nas salas de aula, mas também nas áreas destinadas ao recreio, nos banheiros, nos espaços em que se prepara e é servida a merenda, enfim, em todo o prédio escolar;
- concedem importância à estética do entorno físico da escola, assim como ao efeito psicológico direto que ele tem sobre professores e alunos;
- estão fundamentadas num modelo de saúde que inclui a interação dos aspectos físicos, psíquicos, socioculturais e ambientais;
- promovem a participação ativa de alunos e alunas;
- reconhecem que os conteúdos de saúde devem ser necessariamente incluídos nas diferentes áreas curriculares;
- entendem que o desenvolvimento da autoestima e da autonomia pessoal são fundamentais para a promoção da saúde;
- valorizam a promoção da saúde na escola para todos os que nela estudam e trabalham;
- têm uma visão ampla dos serviços de saúde voltados para o escolar;
- reforçam o desenvolvimento de estilos saudáveis de vida e oferecem opções viáveis e atraentes para a prática de ações que promovem a saúde;
- favorecem a participação ativa dos educadores na elaboração do projeto pedagógico da educação para a Saúde;
- buscam estabelecer inter-relações na elaboração do projeto escolar.

De acordo com Monteiro e Bizzo (2015), os PCNs contribuíram para a compreensão da saúde partindo de uma visão ampliada de seus determinantes, podendo ser considerado um marco em termos de documentos orientadores para o ensino da saúde no ambiente escolar.

O Decreto 6.286 de 05 de dezembro de 2007 instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE). Trata-se de uma política pública intersetorial envolvendo os ministérios da Educação (MEC) e da Saúde. O Programa Saúde na Escola visa contribuir para a formação integral dos alunos das escolas públicas, organizando ações com a finalidade de contribuir com a promoção, prevenção e atenção à saúde (o programa será abordado na próxima seção).

Em 2010, foi promulgado o decreto nº 7.083 regulamentando o Programa Mais Educação, visando a atender principalmente as orientações da LDB e do Plano

Nacional de Educação que versam sobre a progressão das redes escolares para o regime de escolas de tempo integral.

Por conseguinte, o programa tinha como desígnio contribuir para a melhoria da aprendizagem por meio da ampliação do tempo de permanência de crianças, adolescentes e jovens matriculados em escola pública, mediante oferta de educação básica em tempo integral (BRASIL, 2010).

Moll (2009, p. 7) em relação ao Programa “Mais Educação” ressalta:

Essa estratégia promove a ampliação de tempos, espaços, oportunidades educativas e o compartilhamento da tarefa de educar entre os profissionais da educação e de outras áreas, as famílias e diferentes atores sociais, sob a coordenação da escola e dos professores. Isso porque a Educação Integral, associada ao processo de escolarização, pressupõe a aprendizagem conectada à vida e ao universo de interesse e de possibilidades das crianças, adolescentes e jovens.

A fim de garantir essa ampliação da jornada diária escolar, as atividades eram organizadas em 10 macrocampos: acompanhamento Pedagógico; meio ambiente; esporte e lazer; direitos humanos em educação; cultura e artes; cultura digital; educomunicação; investigação no campo das ciências da natureza; educação econômica e promoção da saúde.

O macrocampo “Promoção da Saúde” englobava atividades que envolvam: alimentação saudável/alimentação escolar saudável, saúde bucal, práticas corporais e educação do movimento; educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/Aids; prevenção ao uso de álcool, tabaco e outras drogas; saúde ambiental; promoção da cultura de paz e prevenção em saúde a partir do estudo dos principais problemas de saúde da região.

Entretanto, em 2016 por meio da portaria MEC nº 1.144/2016, o governo federal reformula o programa e altera para “Programa Novo Mais Educação”. De acordo com dados divulgados pelo Ministério da Educação (2016), tais mudanças se basearam na avaliação de impacto publicada pela Fundação Itaú Social em novembro de 2015. O estudo apontou que as escolas que participaram do Mais Educação de 2008 a 2011 apresentaram redução no desempenho de matemática, além de não ter gerado

nenhuma melhoria nas taxas de abandono escolar e no desempenho em língua portuguesa.

Dessa forma o “Programa Novo Mais Educação” teve como objetivo melhorar a aprendizagem em Língua Portuguesa e Matemática por meio da ampliação da jornada com carga horária de cinco ou 15 horas semanais no turno e contraturno escolar. A implementação deveria ser realizada através de acompanhamento pedagógico nas disciplinas anteriormente citadas e do desenvolvimento de atividades nos campos de artes, cultura, esporte e lazer, impulsionando a melhoria do desempenho educacional. Portanto, a temática saúde foi suprimida em virtude da “prioridade” no trabalho com as disciplinas de língua portuguesa e matemática.

Em 2014 foi aprovado o Plano Nacional de Educação (PNE) com vigência até 2024. O plano possui 20 metas a serem atingidas com intuito de garantir a todos o direito à educação com qualidade. A meta número 7 do PNE versa sobre a necessidade de fomentar a qualidade da educação básica em todas as etapas e modalidades, com melhoria do fluxo escolar e da aprendizagem de modo a atingir as médias nacionais para o Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (Ideb).

Para cumprimento dessa meta, o PNE propõe o estabelecimento e implantação de diretrizes pedagógicas para a educação básica e a base nacional comum dos currículos, mediante acordo entre os governos federal, estaduais e municipais. Com isso, se construiu uma base nacional comum curricular para o país relativa a direitos e objetivos de aprendizagem e desenvolvimento dos (as) alunos (as) para cada ano do ensino fundamental e médio, respeitada a diversidade regional, estadual e local (BRASIL, 2014).

Em 17 de junho de 2015, o MEC publica a portaria nº 595 que institui a comissão de especialistas para a elaboração da proposta da Base Nacional Comum Curricular (BNCC). Em setembro do mesmo ano foi publicada a primeira versão do documento e o texto entrou em consulta pública em uma plataforma online.

Em março de 2016 foi encerrada a consulta pública (com mais de 12 milhões de contribuições da sociedade civil, professores, escolas, organizações do terceiro setor e

entidades científicas¹) e as contribuições foram sistematizadas por uma equipe da UnB (Universidade de Brasília) e encaminhadas para os redatores, sendo em maio divulgada a segunda versão da BNCC com as colaborações.

Entre junho e agosto de 2016 ocorreram seminários estaduais promovidos pelo Conselho Nacional de Secretários de Educação (Consed) e a União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime), envolvendo diversos educadores (professores, gestores e especialistas) e alunos para debater a segunda versão da BNCC. Por meio da portaria nº 790/2016, o MEC institui o Comitê Gestor da BNCC e a Reforma do Ensino Médio, para acompanhar o processo e encaminhar a proposta final do documento. Em agosto do mesmo ano, após ser entregue ao MEC relatório com as contribuições dos seminários, a terceira versão começou a ser redigida.

No mês de abril de 2017 o Ministério da Educação entregou a terceira versão da BNCC. De junho a setembro, o CNE realizou consultas públicas em todo país para ouvir a população sobre a terceira versão. Em 15 de Dezembro de 2017, o Conselho Nacional de Educação aprovou o documento e no dia 20 do mesmo mês a BNCC foi homologada. No mês de maio de 2018, o MEC entregou parte referente ao ensino médio ao CNE; de maio a setembro ocorreram audiências a respeito dessa parte do documento, sendo a base do ensino médio aprovada em 04 de dezembro e homologada em 14 de dezembro de 2018.

Em termos pedagógicos, a Base Nacional Comum Curricular define quais são as aprendizagens essenciais que todos os alunos têm o direito de adquirir ao longo da educação básica. O documento é orientado por princípios éticos, estéticos e políticos que visam a formação humana em suas múltiplas dimensões à construção de uma sociedade justa, democrática e inclusiva (BRASIL, 2017)

A BNCC tem como premissa uma educação integral visando o pleno desenvolvimento do aluno, o seu crescimento como cidadão e a sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 2017). Para atingir a esses objetivos, a BNCC se alicerça em dez competências gerais que compreendem as aprendizagens essenciais do documento além das competências específicas de cada área (Linguagens, Matemática, Ciências

¹ Movimento pela Base Nacional Comum. **Banco de Informações e Práticas da Bncc**. Disponível em: <http://movimentopelabase.org.br/> Acesso em: 14 jun. 2019.

da Natureza, Ciências Humanas e Ensino Religioso), e de cada componente curricular (Educação Física, Língua Portuguesa, Arte, Ciência, entre outras) das quais o desenvolvimento deve ser proporcionado ao longo dos anos de escolaridade.

Na BNCC, entende-se por competência “como a mobilização de conhecimentos (conceitos e procedimentos), habilidades (práticas, cognitivas e socioemocionais), atitudes e valores para resolver demandas complexas da vida cotidiana, do pleno exercício da cidadania e do mundo do trabalho” (BRASIL, 2017, p. 8). As competências gerais estão inter-relacionadas e permeiam o tratamento didático das etapas da Educação Básica. Já as competências específicas indicam como as dez competências gerais se expressam nessas áreas e componentes. No Quadro 2, apresenta-se as Competências Gerais da BNCC.

Quadro 2 - Competências Gerais da BNCC

Nº	Título	Aprendizagem pretendida
1	Conhecimento	Valorizar e utilizar os conhecimentos historicamente construídos sobre o mundo físico, social, cultural e digital para entender e explicar a realidade, continuar aprendendo e colaborar para a construção de uma sociedade justa, democrática e inclusiva.
2	Pensamento Científico, Crítico e Criativo	Exercitar a curiosidade intelectual e recorrer à abordagem própria das ciências, incluindo a investigação, a reflexão, a análise crítica, a imaginação e a criatividade, para investigar causas, elaborar e testar hipóteses, formular e resolver problemas e criar soluções (inclusive tecnológicas) com base nos conhecimentos das diferentes áreas.
3	Repertório Cultural	Valorizar e fruir as diversas manifestações artísticas e culturais, das locais às mundiais, e também participar de práticas diversificadas da produção artístico-cultural.
4		Utilizar diferentes linguagens – verbal (oral ou visual-motora, como Libras, e escrita), corporal, visual, sonora e digital –, bem como conhecimentos das linguagens artística, matemática e científica, para se

	Comunicação	expressar e partilhar informações, experiências, ideias e sentimentos em diferentes contextos e produzir sentidos que levem ao entendimento mútuo.
5	Cultura Digital	Compreender, utilizar e criar tecnologias digitais de informação e comunicação de forma crítica, significativa, reflexiva e ética nas diversas práticas sociais (incluindo as escolares) para se comunicar, acessar e disseminar informações, produzir conhecimentos, resolver problemas e exercer protagonismo e autoria na vida pessoal e coletiva.
6	Trabalho e Projeto De Vida	Valorizar a diversidade de saberes e vivências culturais e apropriar-se de conhecimentos e experiências que lhe possibilitem entender as relações próprias do mundo do trabalho e fazer escolhas alinhadas ao exercício da cidadania e ao seu projeto de vida, com liberdade, autonomia, consciência crítica e responsabilidade.
7	Argumentação	Argumentar com base em fatos, dados e informações confiáveis, para formular, negociar e defender ideias, pontos de vista e decisões comuns que respeitem e promovam os direitos humanos, a consciência socioambiental e o consumo responsável em âmbito local, regional e global, com posicionamento ético em relação ao cuidado de si mesmo, dos outros e do planeta.
8	Autoconhecimento e Autocuidado	Conhecer-se, apreciar-se e cuidar de sua saúde física e emocional, compreendendo-se na diversidade humana e reconhecendo suas emoções e as dos outros, com autocrítica e capacidade para lidar com elas.
9	Empatia E Cooperação	Exercitar a empatia, o diálogo, a resolução de conflitos e a cooperação, fazendo-se respeitar e promovendo o respeito ao outro e aos direitos humanos, com acolhimento e valorização da diversidade de indivíduos e de grupos sociais, seus saberes, identidades, culturas e potencialidades, sem preconceitos de qualquer natureza.

10	Responsabilidade E Cidadania	Agir pessoal e coletivamente com autonomia, responsabilidade, flexibilidade, resiliência e determinação, tomando decisões com base em princípios éticos, democráticos, inclusivos, sustentáveis e solidários
----	---	--

Fonte: Adaptado de Brasil (2017)

No que tange a saúde, a competência de número oito é a que compreende as discussões a respeito dessa temática. Essa competência tem como premissa a capacidade do aluno em cuidar da própria saúde física e emocional, “trata do aprendizado que crianças e jovens devem adquirir a respeito de si mesmos, sendo capazes de identificar seus pontos fortes e fragilidades, lidar com suas emoções e manter a saúde física e o equilíbrio emocional” (PENIDO, 2018, p. 47). Nota-se que a BNCC atribui mais responsabilidades ao estudante em relação a sua própria saúde.

Dessa forma, ao fim do ensino fundamental, espera-se que os alunos desenvolvam: autoconsciência; autoestima; autoconfiança e equilíbrio emocional; cuidados com saúde e desenvolvimento físico; e atenção plena e capacidade de reflexão (PENIDO, 2018). O trabalho com a temática saúde na base encontra-se principalmente nas áreas de Ciências da Natureza e Linguagens, especificamente nos componentes curriculares Ciências e Educação Física.

A saúde não se remete nessa perspectiva ao entendimento ultrapassado de sua relação com a doença, “a tendência atual é considerar saúde numa perspectiva holística, como uma condição humana com dimensões física, social, e psicológica, caracterizada num contínuo com polos positivos e negativos” (NAHAS; DE BARROS; FRANCALACCI, 2000, p. 2).

Em síntese, faz se necessário um trabalho mais articulado e aprofundado em termos de inserção da temática saúde na organização curricular dos estados e municípios, além da implantação de programas mais efetivos de promoção de saúde na escola para contemplar de forma intencional a abrangência da discussão sobre esse tema de suma importância para o ambiente escolar, o desvinculando da visão tradicional de entendimento medicalizante e biologicista sobre a saúde. Além de processos formativos continuados de educadores, visando auxiliar no fomento de

estratégias que contemplem realmente o trabalho pedagógico envolvendo a saúde no ambiente escolar.

2 A GESTÃO ESCOLAR E A PROMOÇÃO DE UMA ESCOLA SAUDÁVEL

Os trabalhos que tratam da educação de modo geral enfatizam a relevância da organização e da gestão das escolas. A função de gestor escolar tem sido um campo de reflexão para pesquisadores, diante das exigências nos aspectos jurídicos, administrativos e pedagógicos, e no enfrentamento das dificuldades nas relações sociais e de trabalho na escola. O tema gestão escolar, entretanto, carece de maior aprofundamento das pesquisas acadêmicas para contribuir com essa importante função exercida nas escolas (SOARES; JARDIM, 2019; PARO, 2010; DALCORSO, 2011). Nessa seção, abordaremos a importância do gestor escolar para o cenário contemporâneo e a sua relevância na promoção de saúde no ambiente escolar.

2.1 GESTÃO ESCOLAR

O conceito de gestão escolar foi incorporado na educação no período da redemocratização política nos anos 1980, tendo suas origens na concepção de administração escolar (MACHADO, 2017). A definição de gestão escolar veio para oferecer novas perspectivas de trabalho com um significado complexo e articulador da rotina da escola, numa perspectiva participativa envolvendo toda a comunidade escolar: pais, professores, direção, funcionários e comunidade em uma atuação responsável e ativa (DALCORSO, 2011).

Na antiga concepção de administração escolar, as ações ocorriam dentro da escola de maneira fragmentada (principalmente as que se referiam aos aspectos administrativo e pedagógico), como se fossem duas funções que não se relacionassem e com os profissionais cumprindo a parte que lhes competia, não compreendendo a realidade escolar como um todo sistêmico. A nova concepção propõe que as ações passam a ser integradoras e interdependentes entre si, proporcionando a todos os profissionais envolvidos uma visão global da conexão que as diversas atividades existentes na escola devem estabelecer para favorecer o bom encaminhamento dos trabalhos (DALCORSO, 2011). No Quadro 3, são indicadas as características fundamentais da concepção da gestão escolar.

Quadro 3 - Características fundamentais da concepção da gestão escolar

Administração	Gestão
O direcionamento do trabalho consiste no processo racional, exercido objetivamente de fora para dentro, de organização das condições de trabalho e do funcionamento de pessoas, em um sistema ou unidade social.	O direcionamento do trabalho consiste no processo intersubjetivo, exercido mediante liderança, para a mobilização do talento humano coletivamente organizado, para melhor emprego de sua energia e de organização de recursos, visando à realização de objetivos sociais.
Ao administrador compete manter-se objetivo, imparcial e distanciado dos processos de produção, como condição para poder exercer controle e garantir seus bons resultados	Ao gestor compete envolver-se nos processos sob sua orientação, interagindo subjetivamente com os demais participantes, como condição para coordenar e orientar seus processos e alcançar melhores resultados.
Ações e práticas que produzem bons resultados não devem ser mudadas, a fim de que estes continuem sendo obtidos.	A alteração contínua de ações e processos é considerada como condições para o desenvolvimento contínuo; a sua manutenção, mesmo que favorável, leva à estagnação.
A autoridade do dirigente é centrada e apoiada em seu cargo.	A autoridade do dirigente é centrada e apoiada em sua competência e capacidade de liderança.
O dirigente exerce ação de comando, controle e cobrança.	O dirigente exerce ação de orientação, coordenação, mediação e acompanhamento.
A responsabilidade maior do dirigente é a de obtenção e garantia de recursos necessários para o funcionamento perfeito da unidade.	A responsabilidade maior do dirigente é a sua liderança para a mobilização de processos sociais necessários à promoção de resultados.
O dirigente orienta suas ações pelo princípio da centralização de competência e especialização da tomada de decisões.	O dirigente orienta suas ações pelo princípio da descentralização e tomada de decisão compartilhada e participativa.
A responsabilidade funcional é definida a partir de tarefas e funções.	A responsabilidade funcional é definida a partir de objetivos e resultados esperados com as ações.
Avaliação e análise de ação e de desempenho são realizadas com foco em indivíduos e situações específicas, considerados isoladamente, visando identificar problemas.	Avaliação e análise de ação e de desempenho são realizadas com foco em processos, em interações de diferentes componentes e em pessoas coletivamente organizadas, todos devidamente contextualizados, visando identificar desafios.
O importante é fazer mais, em caráter cumulativo.	O importante é fazer melhor em caráter transformador.

Fonte: Dalcorso (2011) adaptado de Lück (2010)

A gestão escolar é composta pelas funções de direção e coordenação, visto que dirigir e coordenar são tarefas que canalizam o esforço coletivo dos sujeitos para os objetivos e metas estabelecidos para a escola (LIBÂNEO, 2004; MACHADO 2017). Segundo Machado (2017) vários são os arranjos que os sistemas adotam na composição da gestão escolar (em alguns casos as funções de vice-diretor e orientador complementam a gestão). De forma mais abrangente, Lücke (2009) considera como participantes da equipe gestora da escola, o trabalho da direção escolar, da supervisão ou coordenação pedagógica, da orientação educacional e da secretaria da escola.

Em nosso estudo, optamos por considerar como componentes da gestão escolar as funções de diretor, vice-diretor e coordenador pedagógico, conforme ilustra o Quadro 4 a seguir.

Quadro 4 – Gestores Escolares e suas funções

Cargo/Função	Atribuições
Diretor	<ul style="list-style-type: none"> - Dirigir Unidade Escolar de Educação Básica, assegurando a consecução dos objetivos do processo educacional; - Coordenar as diversas atividades pedagógicas, orientando a elaboração de projetos visando ao processo ensino - aprendizagem; - Desenvolver, acompanhar e orientar projetos e/ou atividades de classificação, reclassificação, recuperação, aceleração e agrupamento de alunos em turmas, de acordo com o projeto político pedagógico da Secretaria Municipal da Educação; - Coordenar os trabalhos administrativos, supervisionando as atividades, organizando horários de trabalho, escala de férias, encaminhando, devidamente informados, os documentos, petições ou processos que tramitarem pelo estabelecimento; - Cumprir e fazer cumprir a legislação da educação e todas as decisões e determinações das autoridades superiores, e - Representar a Unidade Escolar e incrementar a mais estreita colaboração entre pais, mestres, alunos e comunidade.
	<ul style="list-style-type: none"> - Responder pela direção da escola no horário

Vice-diretor	que lhe é confiado; I- Substituir o Diretor de Escola em suas ausências e impedimentos; - Coadjuvar o Diretor no desempenho das atribuições que lhe são próprias; - Participar da elaboração do plano e do calendário escolar; - Acompanhar e controlar a execução das programações relativas às atividades de apoio técnico pedagógico, mantendo o Diretor informado sobre o andamento das mesmas; - Coordenar as atividades relativas à manutenção e conservação do prédio escolar, mobiliário e equipamento da escola, e - Controlar o recebimento e consumo de gêneros alimentícios destinados à unidade escolar
Coordenador Pedagógico	- Acompanhar e orientar todas as ações pedagógicas desenvolvidas na escola, em acordo com critérios estabelecidos pelo Diretor de Escola, respeitando-se a legislação educacional vigente.

Fonte: Limeira (2009 e 2015)

A divisão de trabalho nas escolas não é aconselhada, nem se justifica, como ocorre frequentemente, restringindo ao diretor a responsabilidade administrativa e para a equipe técnico-pedagógica a responsabilidade pedagógica. Esses profissionais também são participantes da liderança pedagógica exercida pelo diretor, tendo essa responsabilidade em regime de coliderança. Ao diretor compete zelar pela realização dos objetivos educacionais, pelo bom desempenho de todos os participantes da comunidade escolar e obtenção dos padrões de qualidade definidos pelo sistema de ensino e leis nacionais, estaduais e municipais (LÜCKE, 2009).

A gestão escolar, segundo Cury (2009, p. 21), resulta em uma “postura metodológica que implica um ou mais interlocutores com os quais se dialoga pela arte de interrogar e pela paciência em buscar respostas na arte de governar”.

Nesse sentido, a gestão escolar, enquanto concepção de equipe, percebe a realidade escolar na sua complexidade e atua no papel de articulação de todos os

agentes que fazem parte da comunidade escolar para atingirem com sucesso a meta de fazer com que os alunos aprendam (DALCORSO, 2011). Os gestores escolares, nessa perspectiva, são “profissionais que se destinam à implementação de políticas educacionais para esse sucesso escolar” (DALCORSO, 2011, p. 32). Para Dalcorso, portanto, a função do gestor escolar é balizada:

[...] como um importante agente na busca da melhoria da qualidade, enquanto articulador do projeto político pedagógico, por meio do uso do planejamento estratégico, considerando-o como um elemento que gerencia processos internos e externos (2011, p. 24).

Os gestores escolares em suas formas de atuação necessitam desenvolver e mostrar novas perspectivas quanto à escola e a todos os agentes envolvidos. Devem escolher e executar ações estratégicas que permitam impulsionar as aprendizagens escolares, viabilizar uma concreta democratização da disseminação do conhecimento sistematizado a parcelas mais amplas da população, pensar nas aprendizagens efetivas, no domínio de linguagens e na apropriação de saberes diversos (GATTI, 2008).

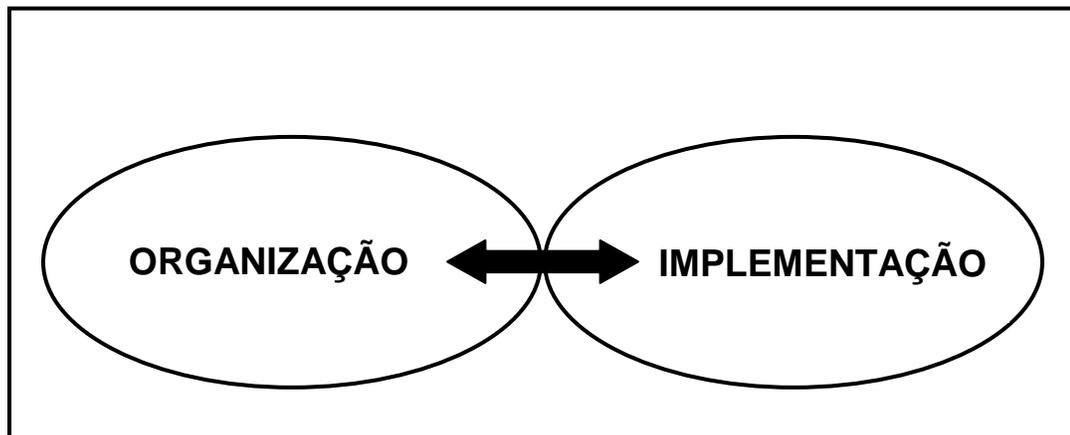
Nessa perspectiva, a gestão escolar constitui o ato de conduzir a dinâmica cultural da escola, condizente com as diretrizes e políticas educacionais públicas e com o projeto político-pedagógico. Tal projeto, por sua vez, deverá estar comprometido com os princípios da democracia e com os métodos que organizam e criam condições para um ambiente educacional autônomo, de participação e compartilhamento (tomada de decisões conjunta e efetivação de resultados) e autocontrole (acompanhamento e avaliação com retorno de informações (LÜCKE, 2009).

A atuação do gestor escolar objetiva promover a organização, a mobilização e a articulação de todas as condições materiais e humanas necessárias para garantir o avanço dos processos socioeducacionais dos estabelecimentos de ensino. Deve ser orientada para a promoção efetiva da aprendizagem dos alunos, de modo a torná-los capazes para enfrentar criticamente os desafios de se tornar um cidadão atuante e transformador da realidade sociocultural e econômica vigente, dando continuidade permanente aos seus estudos (LÜCKE, 2009).

Cabe, então, aos gestores escolares estabelecer o direcionamento e a mobilização capazes de sustentar e dinamizar a cultura escolar, para a realização de ações conjuntas, associadas e articuladas, sem as quais todos os esforços e gastos são despendidos sem muito resultado (que tem comumente ocorrido na educação brasileira). Isso significa não realizar uma prática comum da atualidade que é a de buscar soluções tópicas, localizadas, quando, de fato, os problemas são globais e inter-relacionados (LÜCKE, 2009). Faz-se pertinente considerar que o papel do gestor está indissociavelmente entrelaçado à atividade de planejamento e ao trabalho realizado por todos os agentes da escola, sendo de sua responsabilidade a viabilização deles (SOARES; JARDIM, 2019, p. 190).

A gestão escolar, enquanto uma dimensão da educação, constitui o meio para observar a escola e os problemas educacionais de forma global, utilizando uma visão estratégica e de ações interligadas para a resolução de obstáculos. O trabalho de gestão escolar exige, portanto, o exercício de múltiplas competências específicas e das mais variadas nuances. A sua diversidade é um desafio para os gestores. Dada, de um lado, essa multiplicidade de competências, e de outro, a dinâmica constante das situações, que impõe novos desdobramentos e novos desafios ao gestor (LÜCKE, 2009). Nessa perspectiva, de um lado é preciso competências de organização e por outro de competências de implementação para lidar com a dinâmica constante das situações. Essa relação é ilustrada na Figura 2.

Figura 2 - Relação interativa entre competências de organização e de implementação



Fonte: Lücke (2011, p. 26)

As dimensões de organização visam a preparação, a ordenação, a provisão de recursos, a sistematização e a retroalimentação do trabalho a ser realizado. Compõe uma estrutura básica necessária para a implementação dos objetivos educacionais e da gestão escolar (LÜCK, 2010).

As dimensões de organização segundo LÜCKE (2010, p.26):

[...] envolvem a fundamentação conceitual e legal da educação e da gestão educacional, o planejamento, o monitoramento e avaliação das ações promovidas na escola, e a gestão de seus resultados de modo que todas as demais dimensões e ações educacionais sejam realizadas com foco na promoção da aprendizagem e formação dos alunos, com qualidade social.

As dimensões de implementação, por sua vez, são aquelas exercidas com a finalidade de promover, diretamente, mudanças e transformações no contexto escolar. Tais dimensões se propõem a promover transformações das práticas educacionais, de modo a ampliar e melhorar o seu alcance educacional (LÜCKE, 2009).

As competências para sua implementação de acordo Lücke (2010, p. 26):

[...] envolvem a gestão democrática e participativa, gestão de pessoas, gestão pedagógica, gestão administrativa, gestão da cultura escolar e gestão do cotidiano escolar, com foco direto na promoção da aprendizagem e formação dos alunos, com qualidade social.

As áreas e dimensões referentes a atuação do Gestor escolar são apresentadas a seguir no Quadro 5.

Quadro 5 - Áreas e dimensões da gestão escolar

Dimensões de organização	
Fundamentação conceitual e legal da educação e da gestão educacional	Essa concepção se constrói a partir do desenvolvimento de referencial de fundamentos legais e conceituais que embasam e norteiam o seu trabalho.
Planejamento e organização do trabalho escolar	Planejar a educação e a sua gestão implica em delinear e tornar clara e entendida em seus desdobramentos, a sua intenção, os seus rumos, os seus objetivos, a sua abrangência e as perspectivas de sua atuação, além de organizar, de forma

	articulada, todos os aspectos necessários para a sua efetivação.	
Monitoramento e avaliação das ações promovidas na escola	O entendimento de que a ação intencional para ser efetiva, necessita ser planejada, resultando em um plano que deve seguir de guia contínuo de sua implementação e que essa implementação deve ser monitorada e seus resultados avaliados continuamente.	As dimensões devem ser realizadas com foco na promoção da aprendizagem e formação dos alunos, com qualidade social.
Gestão de resultados educacionais	Corresponde a um desdobramento de monitoramento e avaliação, com foco específico diretamente nos resultados de desempenho da escola, resultantes da aprendizagem dos alunos.	
Dimensões de implementação		
Gestão democrática e participativa	Refere-se ao processo em que se criam condições e se estabelecem as orientações necessárias para que os membros de uma coletividade, não apenas tomem parte, de forma regular e contínua, de suas decisões mais importantes, mas assumam os compromissos necessários para a sua efetivação.	As dimensões devem ser realizadas com foco na promoção da aprendizagem e formação dos alunos, com qualidade social.
Gestão de pessoas	Essa gestão corresponde à superação do sentido limitado de administração de recursos humanos para a gestão escolar que se assenta sobre a mobilização dinâmica do elemento humano, sua energia e talento, coletivamente organizado, voltados para a constituição de ambiente escolar efetivo na promoção de aprendizagem e formação dos alunos.	
Gestão pedagógica	Gestão que se relaciona com o processo de articulação envolvendo a articulação entre concepções, estratégias, métodos e conteúdos, assim como demanda esforços, recursos e ações, com foco nos resultados pretendidos.	

Gestão administrativa	Compreendida como sendo gestão de serviços e recursos, abrangendo processos e práticas eficientes e eficazes de gestão dos serviços de apoio, recursos físicos e financeiros.	
Gestão do clima e da cultura escolar	Refere-se às práticas regulares e habituais da escola, à sua personalidade coletivamente construída e amalgamada, a partir do modo como as pessoas, em conjunto, pensam sobre a escola como um todo; sobre o papel que a escola representa em sua comunidade e na sociedade em geral; sobre o papel individual e coletivo das atuações de seus participantes. Também se refere aos valores que expressam e traduzem em seus discursos comuns, em suas ações cotidianas e em sua comunicação e relacionamento interpessoal regularmente estabelecidos.	
Gestão do cotidiano escolar	Conjunto das ações para melhorar a qualidade do ensino, conhecer as múltiplas marcas do cotidiano escolar, compreender seus desdobramentos, reconhecer os fatores que mantêm as práticas comuns, dentre outros aspectos.	

Fonte: Adaptado de Lücke (2010)

Todas estas especificidades citadas em relação à atitude e comportamento dos gestores escolares demonstram a necessidade de uma atenção especial a todos que compõem a equipe gestora, pois influenciam na conquista de uma mudança significativa na qualidade da educação oferecida à sua comunidade escolar. É nessa perspectiva que se observa a relevância do gestor escolar como agente de mudança (DALCORSO, 2011).

Para continuidade da análise e explicação sobre as funções e desafios do gestor em promover um ambiente escolar saudável, seguro e de empatia nas relações, a

seguir são apresentados os aspectos referentes à promoção da saúde na escola e o papel do gestor nesse contexto.

2.2 PROMOÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA

2.2.1 Escolas Promotoras de Saúde

Em 1986, em Ottawa, no Canadá, foi realizada a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Ao final do evento foi elaborada uma carta que estipulava princípios de suma importância para obtenção de saúde para todos, de forma igualitária e universal.

Por promoção da saúde a Carta de Ottawa (BRASIL, 2002a, p. 19) refere-se:

o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver.

A Carta de Ottawa trata-se, portanto, de um dos principais documentos que versam sobre a promoção de saúde, apontando que as condições e os recursos fundamentais para a sua obtenção devem considerar os seguintes pré-requisitos: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade (BRASIL, 2002a). Nessa perspectiva a saúde é vista como um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, assim como as capacidades físicas.

O documento atribui que:

A saúde é construída e vivida pelas pessoas dentro daquilo que fazem no seu dia a dia: onde elas aprendem, trabalham, divertem-se e amam. A saúde é construída pelo cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões e de ter controle sobre as circunstâncias da própria vida, e pela luta para que a sociedade ofereça condições que permitam a obtenção da saúde por todos os seus membros (BRASIL, 2002a, p. 25).

O documento, ademais, reforça que para promover saúde se faz necessário a existência de habilidades pessoais por meio do desenvolvimento pessoal e social, no intuito em que a população possa exercer um maior controle sobre a sua saúde. Um dos elementos fundamentais nesse processo é a educação para a saúde, tendo como parcerias as organizações educacionais e as escolas.

Nessa perspectiva, a Declaração de Sundsvall, documento resultante da Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada na Suécia em 1991, apontou sobre a necessidade de processos de capacitação da comunidade e indivíduos para a obtenção de um maior controle sobre sua saúde e o ambiente, por meio da educação, reconhecendo a educação como um elemento chave para realizar as mudanças necessárias para que a saúde seja promovida para todos (BRASIL, 2002a).

Engajada aos procedimentos necessários para a promoção de saúde inicialmente estabelecidos na Carta de Ottawa em 1986, a Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) realizou em 1995 o lançamento da iniciativa designada Escolas Promotoras de Saúde (EPS), projetando junto aos países membros da América Latina e Caribe o fortalecimento da área referente à saúde escolar.

Sobre o entendimento do papel em promover saúde na escola, a iniciativa da OPAS, segundo Silva (2008, p. 24), surge:

Com o objetivo de revisar os modelos de saúde escolar, a iniciativa também questionava a relação, até então autoritária, da saúde com a educação, nos modelos de saúde escolar. Assinalava que as dificuldades de avançar não seriam superadas com o setor da educação em papel passivo e submisso às ordens prescritivas da saúde.

Os princípios e compromissos para promover a saúde na escola devem à vista considerar o ser humano em uma perspectiva integral (principalmente crianças e adolescentes) contemplando os sujeitos em seus ambientes familiares, comunitários e sociais (Organização Pan-Americana da Saúde, 1998), considerando, portanto, as interfaces do espaço escolar “fomentando o desenvolvimento humano saudável e as relações humanas construtivas e harmônicas, que promovam aptidões e atitudes positivas para a saúde” (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1998, p. 3).

Para que a promoção de saúde no espaço escolar seja realmente efetivada, a Organização Pan-Americana da Saúde em 1998 considerou três aspectos fundamentais: a educação em saúde com enfoque integral; a criação de ambientes saudáveis e a provisão de serviços de saúde.

A educação em saúde com enfoque integral busca atender plenamente às necessidades dos alunos de acordo com o período de desenvolvimento em que se encontram. A criação de ambientes saudáveis enquanto componente para assegurar a promoção de saúde assinala a necessidade de as escolas disporem de um ambiente físico adequado em todos os aspectos (seguro, limpo, harmônico e estimulante psicossocialmente, sem agressões físicas, verbais e psicológicas).

O princípio da provisão de serviços de saúde, por conseguinte, denota que ações bem definidas e localizadas em um só lugar envolvendo a intervenção pedagógica e de profissionais da saúde possibilitam às crianças e jovens em idade escolar tenham seu crescimento e desenvolvimento melhor avaliado. Na Figura 3, apresentam-se as características das escolas promotoras de saúde.

Figura 3 - Características da EPS



Fonte: Adaptado de Organização Mundial de Saúde (2007)

Nessa perspectiva, uma escola que promove saúde deve promover a saúde e a aprendizagem com todas as medidas ao seu dispor. Envolvendo as autoridades de saúde e de educação, professores, sindicatos de professores, alunos, pais,

profissionais de saúde e líderes comunitários em esforços para tornar a escola um lugar saudável. Esforçando-se para proporcionar um ambiente saudável, educação em saúde escolar, e serviços de saúde escolar, juntamente com projetos da escola/comunidade e de divulgação, programas de promoção da saúde para funcionários, nutrição e segurança alimentar, oportunidades para educação física e recreação, e programas de aconselhamento, apoio social e promoção da saúde mental (OMS, 2017).

Ademais, as EPS devem implementar políticas e práticas que respeitem o bem-estar e dignidade do indivíduo, oferecer múltiplas oportunidades para o sucesso, e reconhecer bons esforços e intenções, bem como realizações pessoais. Empenhando-se para melhorar a saúde dos funcionários da escola, famílias e membros da comunidade, bem como alunos, e trabalha com líderes comunitários para ajudá-los a entender como a comunidade contribui ou prejudica a saúde e a educação (OMS, 2017).

2.2.2 Programa Saúde na Escola

O Decreto 6.286 de 05 de dezembro de 2007 instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE). Trata-se de uma política pública intersetorial envolvendo os ministérios da Educação (MEC) e da Saúde. O Programa Saúde na Escola visa a contribuir para a formação integral dos alunos das escolas públicas, organizando ações com a finalidade de contribuir com a promoção, prevenção e atenção à saúde.

O PSE se sobressai entre os programas institucionais brasileiros que se embasaram no escopo da promoção de saúde proposto pela OMS (VIEIRA, SAPORETTI e BELISÁRIO, 2016). O PSE indica os seguintes objetivos: a) promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; b) articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis; c) contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos; d) contribuir para a construção de sistema de atenção social,

com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos; e) fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar; f) promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e g) fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo (BRASIL, 2007a).

Em relação às diretrizes para a implementação do PSE destacamos: integração e articulação das redes públicas de ensino e de saúde; territorialidade; interdisciplinaridade e intersetorialidade; integralidade. No tocante ao planejamento das ações do PSE deve ser considerado: contexto escolar e social; o diagnóstico local em saúde do escolar; e a capacidade operativa em saúde do escolar (BRASIL, 2007a).

O público-alvo do programa é composto pelos alunos (crianças, adolescentes, jovens e adultos) da educação pública brasileira, além dos profissionais da educação e da saúde. Com o propósito de atingir tais objetivos, as diretrizes do PSE apontam para a necessidade de ações integradoras entre as equipes de Estratégia de Saúde da Família (enfermeiros, médicos, dentistas, etc.) e as escolas.

O PSE deve considerar entre as ações previstas, a execução de três componentes: a avaliação clínica e psicossocial; promoção e prevenção à saúde e formação (BRASIL, 2011). As ações do primeiro componente (avaliação clínica e psicossocial) tem caráter epidemiológico e são prioritárias para os educandos são abaixo listadas:

- Avaliação antropométrica;
- Atualização do calendário vacinal;
- Detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS);
- Detecção precoce de agravos de saúde negligenciados (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária etc.);
- Avaliação oftalmológica;
- Avaliação auditiva;
- Avaliação nutricional;
- Avaliação da saúde bucal;
- Avaliação psicossocial.

No segundo componente (promoção e prevenção a saúde) as ações serão abordadas a partir dos temas destacados como prioritários para a implementação da promoção da saúde e prevenção de doenças e agravos no território, destacando (BRASIL, 2011):

- Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável;
- Promoção das práticas corporais e atividade física nas escolas;
- Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/aids;
- Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE): prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas;
- Promoção da cultura de paz e prevenção das violências; e
- Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável.

No terceiro e último componente, consta o processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE), desenvolvendo estruturas de formação e materiais didático-pedagógicos que atendam às necessidades de implantação das ações de planejamento, monitoramento e avaliação do PSE, com os diversos diretamente envolvidos no processo (BRASIL, 2011).

O PSE, mais do que uma estratégia de integração de setorial, propõe um novo arquétipo de política pública intersetorial, visando a promoção de saúde como parte de uma formação ampla para a cidadania, fomentando a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política (CARVALHO, 2012).

A escola é vista no programa enquanto área institucional privilegiada para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma educação integral e da convergência de políticas públicas envolvendo os esforços entre os setores de saúde e educação (BRASIL, 2018?).

Com a adesão do Município ao PSE, cada unidade escolar indicada passa a ter uma equipe composta por funcionários da Estratégia de Saúde da Família para executar conjuntamente as ações. O PSE ocorre a partir da interação entre as equipes

da saúde e educação, no planejamento, execução e monitoramento de ações de prevenção, promoção e avaliação das condições de saúde dos educandos

2.2.3 Aproximações e distanciamentos entre o PSE e as EPS

A implantação do PSE constitui um importante espaço e oportunidade para discutir, conceituar, aprender, desenvolver e fazer crescer o ideário da promoção de saúde, visto que o programa fomenta a articulação dos serviços de saúde e de educação estimulando ações intersetoriais, avançando em estratégias que ressignificam a escola como cenário de produção de cidadania, de empoderamento e de mudança nos modos de vida (FARIAS, 2016; MEDEIROS, 2015; LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018).

O PSE ampliou a atenção à saúde dos usuários, principalmente dos grupos de crianças e adolescentes, por meio da abordagem de promoção da saúde e do acompanhamento clínico e social, assim como do diálogo e do vínculo, permitindo aos profissionais de saúde a percepção do seu papel social de educador e possibilitando aos alunos (especialmente os adolescentes) um maior contato com a equipe da Equipe de Saúde da Família (FARIAS, 2016; MEDEIROS, 2015).

Entretanto, ao realizar uma análise bibliométrica de 2008 a 2015 sobre o Programa Saúde na Escola, Santos (2017) constatou que os documentos que sustentam a teoria do Programa Saúde na Escola quando se reportam à Promoção da Saúde apresentam interpretações simplistas da abordagem assumida pela OMS na Carta de Ottawa em 1986. Na Carta de Ottawa, a promoção da saúde é vista como processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle desse processo. Na maior parte dos documentos que normatizam o PSE, as ações a serem desenvolvidas são mencionadas separadas do contexto estrutural e estritamente profissional.

Ao averiguar as ações intersetoriais entre a saúde e a educação com vistas à promoção da saúde, há uma dificuldade para desenvolver as ações do PSE, sendo esta dificuldade ligada ao modelo adotado que não se baseia em propostas e intervenções convergentes com o conceito ampliado de saúde e conseqüentemente se distancia de

práticas pautadas no modelo biomédico. As intervenções das práticas do PSE, apesar do discurso pautado em ações intersetoriais, têm sido realizadas de forma setorial, desarticulada e protagonizada pelo setor saúde (SANTOS, 2017).

Os objetivos do PSE, segundo Mulinari (2018), são similares com as ações do Sistema Único de Saúde. Trata-se, portanto, de um forte indicativo de que o programa se aproxima muito mais dos princípios do âmbito da saúde quando comparado com os da educação. A priorização da saúde em detrimento da educação se torna grave por se tratar de um programa implementado dentro do ambiente escolar e o protagonismo da área da saúde pode descaracterizar os objetivos escolares (MULINARI, 2018).

A forma verticalizada e desvinculada dos conteúdos programáticos do currículo escolar, como são apresentadas pelos profissionais da saúde, constituem em uma crítica frequente ao PSE. A equipe de saúde exerce um protagonismo das ações de planejamento e desenvolvimento do programa, adentrando a unidade escolar somente informando aos docentes e aos demais membros da equipe, o que deve ser feito para que os alunos tenham mais saúde (LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018).

Embora os profissionais de saúde, além dos demais membros da comunidade, tenham grande importância em programas referentes à promoção de saúde na escola, a equipe escolar é crucial para a construção de uma concepção ampliada de saúde através de práticas pedagógicas que tenham esse objetivo (CARVALHO, 2015). Para a construção, desenvolvimento e implementação de programas com vistas à promoção da saúde, torna-se imprescindível a participação efetiva de múltiplos atores e setores (SANTOS, 2017).

Apesar do discurso de integração entre saúde e educação no PSE, “na prática não acontece, pois, há uma resistência da escola em aderir ao programa, criando obstáculos que interferem na realização do mesmo” (SANTOS, 2017, p. 29). Esses entraves são fruto do papel que é atribuído à escola nesse processo, como mero *locus* para a intervenção dos profissionais da saúde e não como parceira na construção de uma proposta que realmente visa uma educação integral para a promoção da saúde no ambiente escolar.

O modelo atual de saúde na escola coexiste com a influência de antigos padrões de saúde escolar, divergindo da intencionalidade de promover saúde integral, e a

maioria das ações de saúde desenvolvidas na escola ocorrem sem a participação dos demais integrantes da comunidade escolar (da família dos escolares, da comunidade e outros atores). A abordagem referente à saúde na escola demanda práticas que envolvam a sistematização das ações, pois o que ocorre é a realização de atividades esporádicas quando é percebida alguma problemática (SANTOS, 2017).

Ao utilizar de tratamento reducionista para as práticas envolvendo a saúde, com foco nas doenças e a designação das ações para as unidades básicas de saúde e seus profissionais, perde-se as características primordiais que envolvem a escola promotora de saúde, que versam sobre a saúde integral e a prática intersetorial com o envolvimento da comunidade. Lembrando que a iniciativa de promoção de saúde não tem como pretensão desviar as funções dos professores e dos profissionais de saúde, mas sim incorporar no âmbito escolar atitudes e práticas que valorizem a promoção de saúde de forma reflexiva. A intenção é que as questões de saúde sejam estimuladas nesse ambiente de forma que se compreenda as possibilidades de práticas de saúde integradas e intersetoriais (SANTOS, 2017).

A efetivação operacional da promoção de saúde no PSE, ainda, é um grande desafio, pois para as ações no ambiente escolar desenvolvidas pelo PSE se concretizarem de forma eficaz e permanente, necessita-se superar o modelo setorial e o paradigma biomédico/medicalizante adotado pela saúde e avançar na construção da intersetorialidade, da cidadania, do empoderamento dos alunos, professores, funcionários e comunidade escolar e da participação social (COUTO *et al*, 2016; LOPES; NOGUEIRA; ROCHA, 2018).

Em contrapartida, as propostas de atuação no ambiente escolar orientadas pelos conceitos da Escola Promotora de Saúde, os indivíduos e comunidades não devem ser isolados em seus contextos, a promoção de saúde deve considerar as diversidades desses sujeitos e as particularidades de cada realidade (ROCHA; PEREIRA; MARCELO, 2002).

Nessa premissa, o conceito de escolas promotoras de saúde compõe uma das abordagens mais eficazes para a melhoria da saúde pública, pois ele se estende para além do currículo escolar e incluindo os aspectos físicos e sociais das escolas (GORGIEVA; KAMBUROVA; UN, 2017), dado que uma escola promotora de saúde é

aquela que integra, em seu projeto educacional, o objetivo de reforçar constantemente oportunidades de saúde e bem-estar para todos que ali estudam e trabalham (SALINAS; DEL RIO, 2011).

Os esforços da escola para promover saúde entre os estudantes, foi constatado ser melhor sucedido quando a família está envolvida. Assim, as intervenções visando a promoção de saúde são mais propensas a serem exitosas e ampliadas se os educadores estão convencidos de que irão contribuir para essa missão (LANGFORD *et al*, 2015; GORGIEVA; KAMBUROVA; UN, 2017).

De acordo com o conceito de uma EPS, a saúde é uma responsabilidade compartilhada entre indivíduos, escola, comunidade, poder público, organizações não governamentais, todos trabalhando juntos para atingir os objetivos comuns. As EPS pedem parcerias, porque a promoção de saúde é uma atividade complexa que inclui dimensões físicas, mentais e sociais (GORGIEVA; KAMBUROVA; UN, 2017).

Por sua complexidade, a promoção da saúde na escola deve ser uma prioridade nas ações intersetoriais. Mesmo que atividades de educação para a saúde ocorram há muito tempo, na maioria das vezes, o foco ocorre na prevenção e no controle de doenças e muito pouco nas questões envolvendo a formação de atitudes saudáveis de vida, do desenvolvimento psicossocial e da saúde mental e em práticas mais efetivas (BRASIL, 2007b).

Portanto, para se promover saúde não é suficiente informar. É imprescindível um conjunto de ações envolvendo:

[...] uma relação dialogal, uma comunicação emancipadora, em que os sujeitos sejam envolvidos na ação educativa, formativa e criativa, levando em conta a reconstrução do saber da escola e a formação continuada dos docentes. Promover saúde implica e requer ter paz, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis, justiça e equidade e desenvolver ações de promoção da saúde. No contexto escolar, tem a ver com respeito às possibilidades e aos limites do corpo, do intelecto e das emoções, da participação social e do estabelecimento de alianças (BRASIL, 2002b, p. 534).

Desta forma, o propósito das EPS é transmitir os conhecimentos e aptidões necessárias para fomentar o cuidado com a própria saúde ajudando a prevenir comportamentos de risco através da aplicação dos princípios de promoção de saúde nos diversos espaços, demandando a criação de condições favoráveis para que os

alunos adquiram conhecimentos e habilidades que lhes permitam cuidar e melhorar sua saúde, imbuídos de senso crítico (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1998).

As EPS buscam gerar estratégias educativas por meio de uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida e contribuir para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano, colaborando para a construção da cidadania e democracia, reforçando a solidariedade, o espírito de comunidade e os direitos humanos (MONT'ALVERNE; CATRIB, 2013).

Para que esses princípios possam ser adequados em torno de uma proposta para uma política de educação em saúde, e conseqüentemente em ações de escolas promotoras de saúde, é necessário a ressignificação da escola como espaço de construção de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos se identificam, interagem, refletem a respeito de suas vivências e constroem projetos de vida mais saudável e cidadã (BRASIL, 2007b).

Para Escolas Promotoras de Saúde:

[...] é importante pressupor trabalho na ótica de inclusão e participação dos sujeitos que constituem a comunidade escolar, do exercício da escuta ativa de cada setor que integra o processo, aponta demandas e descobre novos desafios. É fundamental pensar que a ação local possa contribuir para a construção de diferentes espaços e ambientes favoráveis à saúde na escola, na comunidade e na cidade como um todo (BRASIL, 2007b, p.65).

Desta forma, há critérios para acreditação de uma escola promotora de saúde. Tais critérios são apresentados no Quadro 6, considerando o processo de planejamento, as atividades desenvolvidas e os participantes do programa.

Quadro 6 - Critérios para acreditação de uma Escola Promotora de Saúde

Processo de Planejamento (A escola deve reunir pelo menos 3 dos seguintes elementos)	Atividades Desenvolvidas (A escola deve ter pelo menos 1 programa, em 3 das seguintes áreas prioritárias)	Participantes no Programa (A escola deve incorporar pelo menos 3 participantes dos seguintes representantes)
Documento de Compromisso para o desenvolvimento da iniciativa	Alimentação saudável	Gestão Escolar
Grupo de trabalho para implementação da	Projetos referentes a Educação	Professores

iniciativa, que envolva diferentes atores (administração escolar, professores, pais, alunos e comunidade)	Física, recreativas e/ou Práticas Esportivas	
Plano de ação de pelo menos um ano	Fatores psicossociais protetores (afetividade e sexualidade, educação em Habilidades para a vida, relações interpessoais)	Alunos
A Inclusão da iniciativa EPS no Projeto Político Pedagógico da escola	Uso de tabaco, álcool e outras drogas (declaração de espaços livres de tabaco, atividades educativas, prevenção)	Pais e mães de família
-----	Promoção de Saúde Bucal	Representantes da Comunidade
-----	Ambiente escolar saudável (melhoramento dos espaços físicos, educação ambiental, criação e conservação de áreas verdes)	-----

Fonte: Adaptado de Organização Pan-Americana de Saúde (2006)

As EPS segundo Ippolito-Shepherd e Cerqueira (2003) devem, portanto:

- i. implementar políticas para a dignidade e o bem-estar individual e coletivo de crianças e adolescentes, oferecendo-lhes múltiplas oportunidades de crescimento e desenvolvimento em um contexto de aprendizado e sucesso cujos benefícios se estendem a toda a comunidade escolar, incluindo professores e famílias de estudantes;
- ii. efetuar estratégias que promovam a aprendizagem e a saúde, usando todos os meios e recursos disponíveis para esse fim e envolvendo o desenvolvimento de atividades escolares planejadas (exemplos, o reforço dos fatores de proteção do indivíduo, redução de comportamentos de risco, acesso aos serviços de saúde da escola, nutrição, entre outras), agindo conjuntamente as equipes de saúde e educação e líderes comunitários;
- iii. Envolver todos os membros da escola e da comunidade (professores, pais, alunos, líderes e organizações não-governamentais) na tomada de decisões e na implementação de intervenções para a promoção da aprendizagem, a promoção de estilos de vida saudáveis e a realização de projetos comunitários de promoção da saúde;

- iv. implantar um plano de trabalho para a melhoria do ambiente físico e psicossocial da escola e de seus arredores (através da elaboração de regras e regulamentos antitabagismo, contenção do uso de drogas, repressão ao abuso e todas as formas de violência, acesso água potável e instalações sanitárias e fornecimento de alimentos saudáveis), criando de ambientes escolares saudáveis e desenvolvendo atividades que vão além do ambiente escolar em benefício da comunidade;
- v. efetivar ações para avaliar e melhorar a saúde de estudantes, professores, familiares e membros da comunidade;
- vi. trabalhar juntamente aos líderes comunitários para garantir acesso a alimentos, atividade física, serviços de aconselhamento e serviços de saúde e informações;
- vii. oferecer treinamento apropriado e eficaz e materiais educacionais para professores e alunos;
- viii. criar um comitê local de educação e saúde no qual as associações de pais, organizações não-governamentais e outras organizações da comunidade participem ativamente.

Práticas exitosas das EPS foram identificadas nos municípios de Recife, Rio de Janeiro, Embu-SP, Salvador, Maceió, Itaoca - SP, Curitiba, Jaboticatubas - MG, Vargem Grande Paulista, Corumbá-MS, Foz do Iguaçu - PR, Sobral – CE, e no estado do Tocantins (BRASIL, 2007).

Essas experiências brasileiras bem-sucedidas se sobressaíram na luta pela mudança de paradigma da saúde escolar tradicional para uma atenção à saúde com enfoque integral. Suas práticas metodológicas participativas possibilitaram a construção de ambientes mais saudáveis na comunidade escolar, estimulando o acesso aos serviços de saúde, reorientados para a promoção da saúde (BRASIL, 2007).

A natureza das intervenções com escolas promotoras de saúde se difere quanto às iniciativas municipais e estaduais. Alguns tiveram como foco a prestação de serviços por meio da atenção à saúde da comunidade escolar e outros são relacionados ou induzidos pelo enfrentamento a determinados agravos verificados em suas realidades. Destacam-se as parcerias e interfaces, tanto entre diversos setores das políticas

públicas e da área privada quanto da instrumentalização técnica de recursos humanos e de práticas metodológicas. Cada experiência permite um olhar sobre a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde do ponto de vista da diversidade e pluralidade de diferentes regiões do país (BRASIL, 2007).

Entre essas boas práticas destacam-se temas como alimentação, atividade física, cultura da paz, questões relacionadas à violência, à sexualidade e à prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aids, à saúde bucal, à saúde do adolescente, à construção de ambientes saudáveis, às práticas relacionadas à comunicação e saúde e a movimentos culturais em suas diferentes linguagens, como teatro, música e dança. Várias experiências relatadas destacam a intersetorialidade, a articulação das ações com os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e as parcerias com ONGs para ações complementares àquelas do setor público na implementação da promoção da saúde na comunidade escolar (BRASIL, 2007).

Entretanto, não se pode esperar que a escola sozinha possa reverter essa situação. Apesar da escola ser um espaço privilegiado, o cerne de conhecimento e instância que difunde ações de promoção da saúde, é necessário considerar a articulação e a integração da ação transformadora com diferentes parceiros da área social, para atingir progressos efetivos e evidências da melhoria da qualidade de vida da população (BRASIL, 2007b).

A construção de ações que permitam implementar e consolidar as escolas promotoras de saúde necessitam de uma rede de atores comprometidos com mais justiça social e econômica, solidariedade e equidade, portanto, envolvidos com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da comunidade escolar, do bairro e da cidade (BRASIL, 2007).

2.3 GESTÃO ESCOLAR E A PROMOÇÃO DE SAÚDE

Ao estimular comportamentos e hábitos saudáveis no início da infância, possibilita-se que os indivíduos adquiram conhecimentos e experiências que influenciarão seus estilos de vida na fase adulta. A escola, ao promover

comportamentos saudáveis desde a infância por meio do ambiente escolar, poderá atingir diretamente os membros da família e da comunidade (OMS, 2017).

Ainda, segundo a OMS, crianças e adolescentes são mais vulneráveis a fatores de risco para doenças (dieta pouco saudável, tabagismo, uso de álcool e sedentarismo) do que os adultos, pois não têm a experiência e a capacidade de refletir criticamente sobre esses riscos. As intervenções preventivas realizadas nas fases de desenvolvimento, ou seja, em idade escolar, possuem maiores benefícios do que intervenções para reduzir o risco para enfermidades e restaurar a saúde dos adultos (OMS, 2017).

A Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar de 2015 (PeNSE) constitui um inquérito realizado com escolares do 9º ano do ensino fundamental da rede pública e privada, representativo para o Brasil, regiões, unidades federativas (UFs) e capitais. Foi uma parceria do Ministério da Saúde (MS) e do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), com apoio do Ministério da Educação (MEC), investigando, uma série de questões relacionadas ao ambiente escolar, abrangendo desde informações sobre infraestrutura disponível para alimentação, atividade física, acessibilidade, saneamento básico e higiene, até informações sobre a existência de regras e normas de conduta adotadas pelas escolas, políticas de assistência à saúde e nível de segurança do entorno (IBGE, 2016). Alguns resultados do PenSE são apresentados no Quadro 7.

Quadro 7 - Resultados do PenSE destacados pelos autores

Resultados – PeNSE -15	55,0% dos alunos da rede pública afirmaram não possuir nas escolas pias ou lavatórios em condições de uso com acesso à água e sabão para lavarem as mãos;
	76,4% dos escolares não praticaram, pelo menos, 90 minutos de atividade física na escola, nos sete dias anteriores à pesquisa;
	30,3% não foram a consultas odontológicas nos 12 meses anteriores à pesquisa;
	20,1% afirmaram praticar bullying, mesmo frequentando escolas onde essa prática é proibida;
	7,4% dos escolares brasileiros afirmaram que, na maior parte do tempo ou sempre, se sentiram humilhados por provocações;

	84,1% dos alunos do 9º ano do ensino fundamental consideravam que a sua imagem corporal era importante ou muito importante;
	18,3% dos escolares relataram ser gordos ou muito gordos, enquanto um percentual de 25,6%, manifestou o desejo de emagrecer.
	49,7% dos alunos de escolas públicas onde há cantina ou ponto alternativo de venda podem comprar guloseimas (balas, confeitos, doces, chocolates, sorvetes, dimdim, sacolé, “chupe-chupe” e outros), 58,5% podem comprar refrigerantes e 63,7% podem comprar salgadinhos industrializados;
	37,7% apresentam consumo semanal igual ou superior a cinco dias para legumes e 32,7% para frutas frescas.
	41,6% dos estudantes informaram consumir guloseimas cinco dias ou mais em uma semana normal; 13,7% para salgados fritos, 26,7% para refrigerantes e 31,3% para ultraprocessados;
	57,9% afirmaram comer enquanto assistiam televisão e 13,6 % fizeram refeições em <i>fast-food</i> três dias ou mais;
	A ausência à escola por motivos de saúde nos 12 meses anteriores à pesquisa foi relatada por 53,7% dos escolares;
	18,3% dos alunos estudam em escolas onde o diretor ou responsável afirmou ter conhecimento sobre consumo de cigarros pelos alunos nas suas dependências;
	12,2% responderam trabalhar e receber dinheiro por esse trabalho e 1,2% responderam trabalhar e não receber pelo trabalho;
	33,4% responderam que os pais se preocupavam com os seus problemas e preocupações;
	16,4% dos alunos responderam ter se sentido só, na maioria das vezes ou sempre;
	60,0% dos escolares têm o hábito de assistir mais de duas horas de televisão, num dia de semana;
	11,3% dos estudantes relataram ter distúrbios de sono provocados por ansiedade e as preocupações;
	18,4% afirmaram terem experimentado cigarro;
	55,5% responderam ter realizado a experimentação de bebidas alcólicas e 21,4% dos escolares informaram que já sofreram algum episódio de embriaguez na vida;
	9,0% dos escolares já usaram drogas ilícitas e 17,6% dos escolares informaram que possuíam alguns, a maioria ou todos os amigos que

	usavam drogas.
	27,5% dos escolares brasileiros do 9º ano tiveram relação sexual alguma vez, e desses 61,2% afirmaram ter usado preservativo na primeira vez que tiveram relação sexual;
	14,8% declararam deixar de ir à escola, pelo menos um dia, nos 30 dias anteriores à pesquisa por não se sentirem seguros no caminho de casa para a escola ou da escola para casa;
	5,7% declararam o envolvimento em briga na qual alguém usou alguma arma de fogo, nos 30 dias que antecederam à pesquisa;
	14,5% dos escolares mencionaram ter sofrido agressão física efetuada por um adulto da família, nos 30 dias que precederam a pesquisa;
	4,0% responderam já terem sido forçados a ter relação sexual;

Fonte: Adaptado de IBGE (2016)

As escolas abrangem, portanto, um espaço privilegiado para promover e manter a saúde de todos os sujeitos que compõe a comunidade escolar (crianças, adolescentes, professores, funcionários da escola e comunidade do entorno), utilizando como ferramentas e estratégias o currículo escolar, a preservação do ambiente escolar, o relacionamento com pais e comunidade, entre outros. A EPS fundamenta-se num modelo social de saúde que atua na organização da escola e tem seu principal foco no aluno, visto holisticamente em um ambiente dinâmico (LIBERAL *et al*, 2005).

Nessa perspectiva, a escola é um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes, diferenciando-se das demais instituições por oportunizar a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes (científicos; saberes trazidos pelos alunos e seus familiares; os divulgados pelos meios de comunicação; saberes dos professores, constituídos ao longo de sua experiência). É dentro desse enfoque que se entende e se justifica um programa de saúde na escola, inserido e integrado no cotidiano e na cultura escolar, irradiando-se, dessa forma, para além dos limites da escola (BRASIL, 2009).

Ao analisar diversos estudos internacionais, Simovska e Prosch (2016) indicaram o papel essencial que os diretores escolares desempenham na implementação eficaz da promoção de saúde no ambiente escolar. Além disso, observaram a importância das

atitudes de tais gestores em relação às questões pertinentes à saúde para determinar o enfoque da educação em saúde no currículo escolar.

Nesse sentido, a figura do gestor é imprescindível para a implantação e consolidação de programas de promoção de saúde no ambiente escolar. Ao considerar as proposições de Lücke (2010) sobre as áreas e dimensões da gestão escolar, levando para a discussão da promoção de saúde, podemos inferir que tal profissional, em teoria, tem o conhecimento dos fundamentos conceituais e legais que embasam e norteiam o trabalho envolvendo a articulação entre concepções, estratégias, métodos e conteúdos, abrangendo também os processos e práticas eficientes e eficazes de gestão dos serviços de apoio, recursos físicos e financeiros, além de gerenciar as demandas, esforços, recursos e ações, com foco nos resultados pretendidos referentes aos programas que contemplam a temática da saúde na escola.

Munidos dessa fundamentação conceitual e legal da gestão, segundo os pressupostos de Lucke (2010), aplicados ao contexto da promoção de saúde, o gestor é capaz de planejar suas ações educacionais, organizando de forma articulada todos os aspectos necessários para a efetivação de programas promotores de saúde no ambiente escolar. O ato de planejar resulta em um plano que conduz essa implementação, monitorando o processo e avaliando os resultados continuamente, com foco no desempenho das ações do programa e por conseguinte da escola como um todo, resultando na aquisição de hábitos saudáveis dos alunos e demais atores da comunidade escolar.

Para tanto, segundo Lucke (2010), os gestores necessitam criar condições e estabelecer as orientações necessárias para incluir os membros da comunidade escolar nas decisões mais importantes. Aplicado ao contexto da promoção de saúde, tais atores devem participar de forma regular e contínua, das deliberações relevantes, assumindo os compromissos necessários para a efetivação desses programas de promoção de saúde na escola, influenciando, dessa forma, a partir do modo como os sujeitos envolvidos em conjunto pensam, sobre a escola como um todo, inclusive sobre as questões referentes à promoção de saúde, afetando positivamente o papel que a escola representa em sua comunidade e no coletivo das atuações de seus participantes.

Diante do exposto, se faz importante refletir sobre esse processo a partir da participação dos gestores (diretores, vice-diretores e coordenadores pedagógicos) considerando o contexto brasileiro, pois, ao pensar práticas abrangendo educação e saúde, precisa-se considerar os sujeitos que exercem a liderança na comunidade escolar que, em tese, possuem os conhecimentos e estratégias para auxiliar na condução e orientação dos agentes envolvidos na implementação e/ou mudança das condutas necessárias para a promoção de saúde na escola.

Atrelado a essa questão, encontramos na literatura diversos trabalhos que versam sobre a própria saúde dos gestores escolares e as suas implicações na prática profissional desses sujeitos. Para melhor ilustrar essas questões apresentaremos a seguir algumas dessas pesquisas.

Os estudos de Mazon (2013) com o foco de análise sobre gestores escolares apontam que as exigências psíquicas, afetivas e relacionais implicam na saúde desses profissionais. Em consonância ao estudo anterior, Brun (2010) ressalta que para conseguir realizar o seu trabalho, os gestores escolares investem uma grande carga psíquica na resolução de problemas complexos e na articulação dos diversos grupos que estão sobre a sua tutela, implicando em prejuízos importantes em sua saúde física e psicológica.

A pesquisa de Rocha (2014) analisou a atuação dos coordenadores pedagógicos considerando as políticas educacionais estabelecidas para a rede de ensino do município de São Paulo, constatando que os princípios de caráter gerencial, a rotina intensificada e a cobrança constante por melhor desempenho profissional contribuem para o comprometimento da saúde destes profissionais.

Temos, também, a literatura fazendo um grande chamamento para se discutir, a partir do envolvimento da equipe gestora, questões de saúde na escola, em virtude que os profissionais que compõem a equipe escolar têm adoecido, em função das condições de trabalho. Os baixos salários levam os docentes a se submeterem a intensa carga horária em busca de melhorar a renda, o que produz o esgotamento desses profissionais. A violência cada dia mais frequente no ambiente escolar, juntamente com a falta de respeito dos alunos, comportamentos agressivos e pouco solidários fazem com que os professores acabem se sentindo intimidados e não saibam

lidar com essas questões, afetando a qualidade das relações escolares (SIQUEIRA e ENS, 2011).

As dificuldades se concentram na relação com o trabalho educativo de forma geral ou com o exercício da função de gestor no contexto atual (MAZON e LEITE, 2013. Isso gera grande tensão nos gestores que relataram a presença de sofrimento diante de vários aspectos relacionados a sua organização do trabalho, interferindo na maneira como encaminham as atividades junto aos grupos de trabalho sob sua gerência (BRUN, 2010).

Os estudos de Cintra, Rodrigues e Ciasca (2009) apontam que situações adversas envolvendo insucessos, obstáculos e insatisfações podem abalar a motivação e o empenho profissional na atuação pedagógica e, ainda, interferir na crença de autoeficácia. Entretanto, não foi localizado na literatura, ao menos no cenário brasileiro, estudos que investiguem a crença de gestores escolares no tocante à promoção de saúde na escola.

Considerando a complexidade e a adversidade envolvidas na atuação do gestor escolar, questionamos em que medida os gestores escolares se percebem capazes de promover a saúde na escola? Quais são os desafios e oportunidades que os gestores avaliam estar presentes relacionados à promoção de saúde na escola? A percepção de capacidade dos gestores para promover saúde na escola está associada a que fatores?

3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA: CONCEITOS GERAIS SOBRE A AUTOEFICÁCIA.

3.1 AUTOEFICÁCIA

As crenças de autoeficácia (AE) estão localizadas no núcleo fundamental da Teoria Social Cognitiva, teoria proposta pelo psicólogo canadense Albert Bandura, evidenciando a força dos processos sociais, enfatizando o importante papel que a cognição desempenha na capacidade dos indivíduos em construir a realidade, se autorregular, codificar as informações e executar comportamentos (PAJARES e OLAZ, 2008).

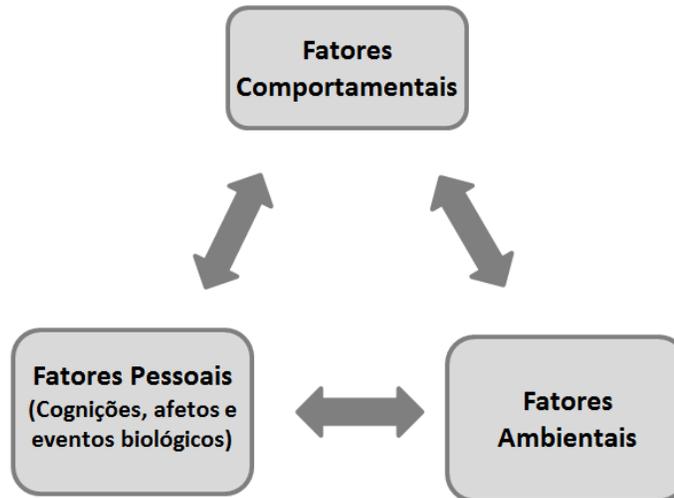
A Teoria Social Cognitiva (TSC) segundo Bandura (1986) *apud* laochite (2017a, p. 13):

[...] oferece fundamentos teórico-metodológicos sólidos para compreender o funcionamento humano que, para, é produto de processos complexos de constante interação de influências recíprocas entre o indivíduo, seus comportamentos e as mudanças causadas por ele no ambiente em que vive.

Albert Bandura concebe a Teoria Social Cognitiva como uma teoria de desenvolvimento humano, destacando a ideia que boa parte da aprendizagem humana ocorre no meio social. Ao observarmos uns aos outros, adquirimos conhecimentos, regras, habilidades, estratégias, crenças e atividades. Considerando, portanto, que a conduta humana é aprendida e não inata, desta forma, a capacidade de aprender está diretamente ligada à observação de um modelo (BANDURA, 1986, PAJARES e OLAZ, 2008, AZZI, 2012, AZZI *et al* 2012).

Bandura estabelece que o funcionamento humano se produz pela determinação recíproca de três elementos: indivíduo, ambiente e comportamento. Nessa perspectiva a reciprocidade triádica é um conceito fundamental na teoria sociocognitiva. Tal conceito, significa que as ações humanas são o resultado da interação entre essas três variantes, sendo que cada fator influencia os outros e também é influenciado por eles, ou seja, reciprocamente um influencia o outro, com forças não-equivalentes (BANDURA, 1986; 1991).

Figura 4 - Reciprocidade Triádica



Fonte: Adaptado de Bandura, (1986).

Reciprocidade triádica, portanto, é a forma como Bandura (2008) caracteriza o processo de formação do comportamento humano, os fatores pessoais, comportamentais e ambientais agem como determinantes recíprocos uns dos outros. Entretanto, a influência que esses três conjuntos de fatores interconectados exercem nos indivíduos não operam sempre de forma harmoniosa, variando nos diferentes indivíduos sob diferentes circunstâncias, ou seja, em alguns momentos uns são mais fortes que outros.

A Teoria Social Cognitiva é composta por microteorias, ou constructos, como a Agência Humana, a Autoeficácia, a Autorregulação, o Desengajamento Moral etc., que ajudam a explicar o comportamento humano e intervir quando necessário (AZZI, 2012). A importância em entender o comportamento humano nessa perspectiva teórica consiste no fato da TSC evidenciar a capacidade humana de agir em prol de nossas realizações, a qual essa competência não é sempre determinada pelo ambiente.

As crenças de autoeficácia (AE) destacam-se entre os pensamentos que afetam o funcionamento humano (PAJARES; OLAZ, 2008). Bandura refere-se à autoeficácia como “crenças que a pessoa tem acerca de sua capacidade para organizar e executar cursos de ação requeridos para alcançar determinados tipos de desempenho”

(BANDURA, 1997, p. 3). Trata-se da crença que temos a respeito das nossas próprias capacidades para organizar e realizar uma ação pretendida.

As crenças de AE oferecem as bases para a motivação humana, o bem-estar e as realizações pessoais, estando diretamente interrelacionadas com o funcionamento das capacidades humanas. As características da tarefa, bem como os conhecimentos e habilidades necessários para a sua execução, são outros fatores que determinam o julgamento da autoeficácia, dado que uma mesma atividade pode requerer diferentes habilidades em diferentes contextos (AZZI *et al.* 2012).

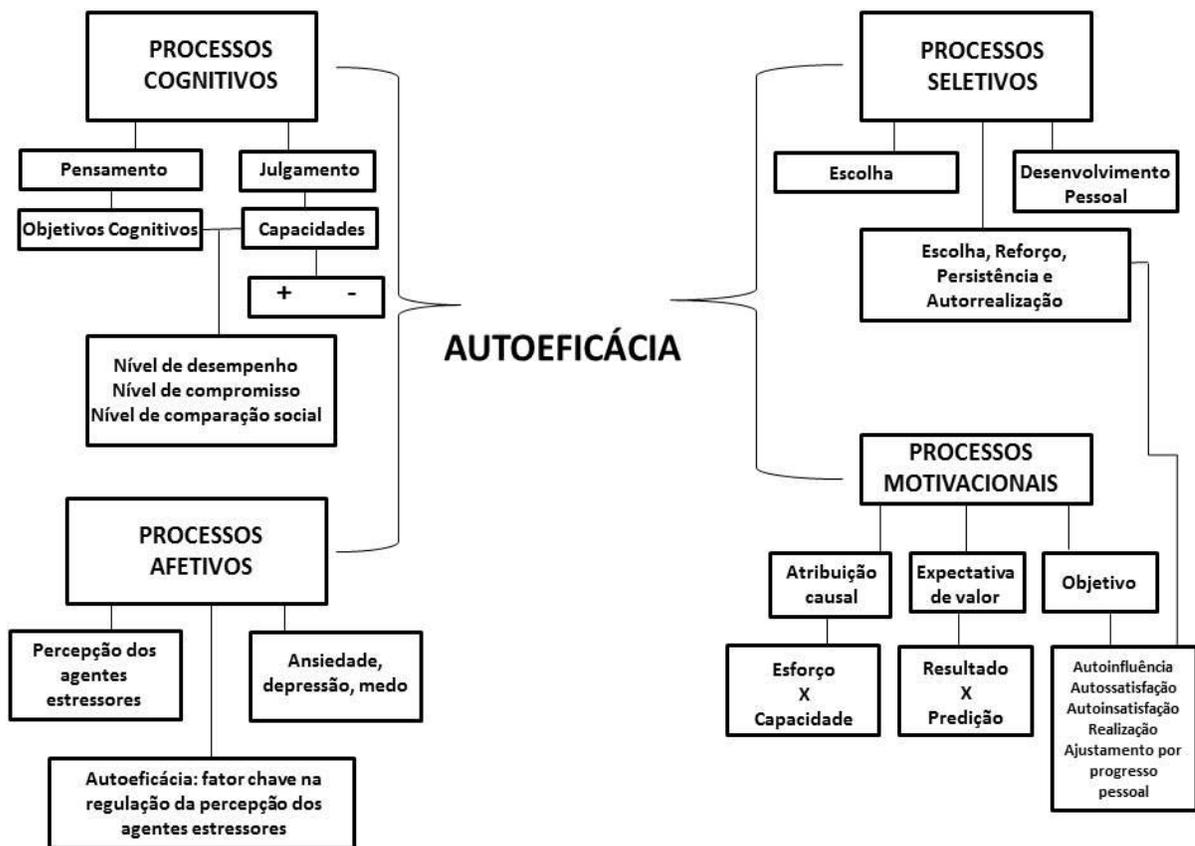
A autoeficácia prediz e medeia as nossas realizações, influenciando, portanto, os nossos cursos de ações, as realizações que pretendemos concretizar, a seleção de objetivos, a quantidade de esforço empregado, a perseverança diante dos fracassos, a resiliência diante das adversidades, os nossos padrões de pensamento, a expectativas de resultado, a interpretação dos fatores contextuais, que ajudarão ou não realizar uma dada tarefa (BANDURA, 1997; BANDURA; AZZI; POLIDORO, 2009; AZZI, 2012).

Tendo em vista que agimos no sentido de gerar resultados desejados, a decisão de agir ou não agir depende da crença em nossa capacidade de organizar e executar com sucesso a ação pretendida. A AE influencia as escolhas que fazemos, sobre como vamos agir, quanto esforço vamos empregar nessas ações e por quanto tempo vamos perseverar mediante as dificuldades.

Dessa forma “ao optar por realizar determinada tarefa, o indivíduo também analisa suas capacidades, habilidades atuais, faz julgamentos se será capaz de realizá-la, estabelece objetivos e toma decisões sobre o que e como, de fato, será realizado” (IAOCHITE *et al.*, 2016, p. 2).

Segundo AZZI *et al.* (2012, p. 14) “os processos cognitivos, motivacionais, afetivos e seletivos são responsáveis pelos pensamentos antecipatórios, seleção dos cursos de ação, ativação do organismo e estados emocionais vivenciados”. Na Figura 5 são apresentados os processos psicológicos pelos quais a autoeficácia afeta o funcionamento humano.

Figura 5 - Processos psicológicos pelos quais a autoeficácia afeta o funcionamento humano



Fonte: Azzi *et al* (2012).

Os processos cognitivos são acometidos pela autoeficácia, especialmente o processo antecipatório (objetivos por mim estabelecidos) e de julgamento (minhas capacidades, o que tenho e o que não tenho), afetando também outros processos do desenvolvimento humano (AZZI *et al*, 2012). A autoeficácia é uma variável autoprotetora criando um cenário mais otimista frente às adversidades, possibilitando condições operacionais internas.

A autoeficácia também afeta os processos de persistência, o tanto que perseveramos mesmo quando os resultados são adversos, estimulando a capacidade dos indivíduos em se recuperarem de uma experiência negativa de uma dada ação, influenciando as nossas realizações (BANDURA, 1997). A AE não é referente ao número

de habilidades que um determinado indivíduo tem, mas com o que ele julga poder fazer com o que possui, sob uma variedade de circunstâncias (AZZI; POLIDORO, 2010).

As crenças de autoeficácia segundo laochite *et al* (2016, p. 2) “assumem um papel preditivo e mediacional na motivação”. O processo motivacional segundo Bandura configura-se como um dos processos principais ao lado do cognitivo, afetivo e de escolha, que estabelecem o comportamento humano e são regulados pelas crenças de autoeficácia (AZZI; POLYDORO, 2010).

Analogamente laochite e Vieira (2013, p. 13) expressam que:

[...] a crença da autoeficácia está intimamente ligada à motivação, influenciando o comportamento do indivíduo. Pelo pressuposto teórico, com fortes crenças de autoeficácia, o esforço imprimido pelo indivíduo tende a fazer-se presente desde o início e ao longo de todo o processo, de maneira a demonstrar maior persistência, mesmo que apareçam dificuldades e obstáculos.

Nesse sentido, Cintra, Rodrigues e Ciasca (2009), apontam que não tange somente ao indivíduo a capacidade de realizar algo, porque será necessário que ele se julgue capaz de utilizar as suas capacidades e habilidades pessoais diante das mais diversas situações.

Em síntese, segundo Azzi e Polydoro (2010), os indivíduos tendem a se engajar nas tarefas sobre as quais se sentem competentes e confiantes e evitam aquelas que não se sentem capazes, visto que, segundo Bandura (1997), a autoeficácia desempenha um papel central na regulação cognitiva da motivação.

3.1.1 Fontes de origem de informação da constituição da autoeficácia

As crenças de autoeficácia segundo Bandura (1997) são construídas por quatro fontes de informação: experiência direta (ou de domínio), experiência vicária, persuasão social e pelos estados fisiológicos e afetivos (estados somáticos e emocionais).

A experiência direta (ou experiência de domínio) é a fonte mais influente, baseia-se nas experiências prévias dos indivíduos, ou seja, à medida que os indivíduos realizam tarefas e atividades, eles interpretam os resultados dos seus atos e agem de

acordo com as crenças criadas (PAJARES; OLAZ, 2008). Portanto, ela é a que fornece mais evidências de que o indivíduo possui ou não as capacidades necessárias.

A experiência vicária baseia-se nas experiências aprendidas pela observação de modelos sociais em que as características sejam similares às do observador, pois, à medida que se observa outras pessoas na realização de uma dada tarefa, pode gerar a percepção de que também se é capaz de realizá-la (AZZI *et al.*, 2012).

A persuasão social envolve opiniões, feedback de diferentes formas, elogios, críticas emitidas pela própria pessoa ou por outros. Entretanto, a persuasão não deve ser confundida com elogios e louvores vazios. As persuasões positivas podem encorajar e empoderar os indivíduos, enquanto as persuasões negativas frustram e enfraquecem as crenças de autoeficácia (PAJARES; OLAZ, 2008).

Os estados fisiológicos e afetivos, como ansiedade, estresse, excitação e os estados de humor, propiciam informações sobre as crenças de autoeficácia, visto que, os indivíduos podem avaliar o seu grau de confiança pelo seu estado fisiológico enquanto pensam em uma determinada ação. As reações emocionais intensas a uma tarefa também fornecem pistas sobre a previsão de sucesso ou fracasso para agir em determinada situação (PAJARES; OLAZ, 2008). A interpretação dada pelo indivíduo a essas informações é essencial para classificá-las como fontes de autoeficácia.

A constituição da autoeficácia de acordo com Bandura pode ocorrer por meio de uma ou mais fontes de informação, dependendo do valor atribuído pelo indivíduo que irá determinar como essa crença será construída. As fontes de informação para a AE não se traduzem diretamente em avaliações de competência, dado que os indivíduos interpretam os resultados dos acontecimentos e tais interpretações proporcionam as informações que fundamentam o seu julgamento. Portanto, a seleção, integração, interpretação e recordação de informações influenciam os julgamentos de autoeficácia (PAJARES; OLAZ, 2008).

3.2 A AUTOEFICÁCIA DE GESTORES ESCOLARES

A crença de autoeficácia de gestores escolares está relacionada com a atuação cotidiana desses profissionais, porém, essa é uma relação que necessita ser melhor

compreendida no contexto brasileiro. Essa relação pode auxiliar a sua compreensão, contribuindo para se pensar as condições necessárias nos diferentes espaços escolares (CASANOVA; AZZI, 2019b).

A autoeficácia é vista enquanto um construto multidimensional, pois engloba questões pessoais, interpessoais, administrativas, pedagógicas e contextuais (CASANOVA; AZZI; RUSSO, 2019). Em busca de uma melhor compreensão sobre o domínio da AE de gestores escolares Fisher (2011) apud Casanova e Russo (2019b), observou que este é constituído por incumbências referentes a três aspectos: as tarefas pedagógicas; às tarefas administrativas gerais e as questões emocionais e de relacionamento interpessoais.

Quadro 8 - Aspectos integrantes da crença de autoeficácia de gestores escolares

Pedagógico	Proporcionar <i>feedback</i> para os professores, servir como uma fonte de informação pedagógica para os professores, implantar métodos de ensino e de avaliação variados, implantar inovações realizadas em outras escolas, estimular o desenvolvimento de ideias em várias maneiras, dentre outras tarefas.
Gerenciais	Verificar e compreender as necessidades da comunidade para construir o projeto pedagógico, estabelecer objetivos claros e adequados para funcionários e estudantes, planejar o tempo semanal de trabalho, planejar o ano letivo, planejar a gestão da escola, executar os planos e as decisões, supervisionar as execuções dos outros atores educacionais, tomar decisões baseadas em argumentos racionais, coordenar o trabalho das pessoas para que possam atingir os objetivos comuns, envolver os funcionários no processo de tomada de decisão, criticar os professores que não atuam de acordo com os padrões estabelecidos, motivar os professores por meio de ideias e entusiasmo, dentre outros.
Emocionais e relacionamento	Explicar e justificar as próprias decisões, persistir com um plano mesmo quando os resultados positivos não são verificados logo no

interpessoal	início; aprender constante, ser autocrítico, ser paciente com as outras pessoas da escola, comunicar com todas as pessoas da mesma maneira, ouvir as sugestões dos pais de alunos, fornecer apoio aos funcionários, desenvolver as capacidades profissionais dos demais membros da equipe, encorajar o trabalho cooperativo, desenvolver boas relações com os membros da comunidade e com as autoridades em prol da escola.
---------------------	---

Fonte: Elaborado por Casanova e Azzi (2019a) baseado em Fisher (2011).

Quando consideradas as diversas tarefas elencadas (principalmente as referentes ao relacionamento interpessoal) são imprescindíveis para o desempenho da liderança que se espera dos gestores escolares. A relação da autoeficácia de diretores escolares com o exercício da liderança na realização das suas funções apresenta-se como um grande destaque dentre as dimensões envolvidas. A função de liderança é intrínseca à autoeficácia do gestor escolar, pois tal domínio é referente à percepção sobre a capacidade para desempenhar as funções cognitivas e comportamentais necessárias para regular o processo grupal rumo ao cumprimento dos objetivos laborais (CASANOVA; RUSSO, 2019b; CASANOVA; AZZI; RUSSO, 2019).

As crenças de AE auxiliam a regular o comportamento do gestor escolar, estimando o quanto ele confia na capacidade do grupo que ele lidera de modo que tal comportamento possa contribuir para que os agentes escolares atuem enquanto grupo coordenado em direção à concretização dos diversos objetivos comuns (CASANOVA; AZZI; RUSSO, 2019). Segundo Bandura (2000) *apud* Casanova e Russo (2019b, p. 77) “o exercício da liderança escolar de modo transformador tem sido associado à autoeficácia de gestores escolares, entendida como um importante construto mediador das ações gestoras”.

A AE de gestores escolares é positivamente relacionada com ações de lideranças que visam promover mudanças nas estruturas curriculares e nas estratégias de ensino, promovendo também mudanças na estrutura pessoal que compõe o corpo docente e os demais funcionários das escolas. Portanto, infere-se que o gestor escolar que confia na própria capacidade para produzir resultados almejados na escola por ele

dirigida exerce a liderança de modo a possibilitar um ambiente de apoio aos agentes escolares, promovendo modelos apropriados, estimulação intelectual e apoio individualizado, articulando visões diferentes e estabelecendo altas expectativas de desempenho, em vez de apenas controlar as ações (CASANOVA e RUSSO, 2019b).

Conjuntamente a esse fato, o controle exercido pelos gestores escolares sobre as demandas administrativas e pedagógicas cotidianamente lideradas depende da liberdade de ação percebida por estes, sendo que os gestores com percepções de autoeficácia mais potentes propende a identificar que as atividades de administração geral sofrem influências externas (como das ações políticas e da comunidade em que a escola está inserida), mas que as tarefas pedagógicas podem ser controladas por eles próprios (CASANOVA; RUSSO, 2019b).

Por meio de processos cognitivos, seletivos, motivacionais e afetivos mediados pelas crenças de eficácia Casanova e Russo (2019b, p. 111) presumem:

[...] que os gestores escolares se perceberem mais autoeficazes e acreditem na capacidade coletiva da unidade escolar possivelmente terão condição de estabelecer objetivos pedagógicos mais desafiadores, permeados por expectativas de sucesso, e elaborar planos de ações a fim de concretizá-los. Estes também poderão lidar melhor com as atribuições e os problemas do cotidiano escolar, de modo a regular o próprio pensamento, o que pode contribuir para reduzir o nível de ansiedade e estresse percebido quanto ao trabalho escolar.

Torna-se relevante destacar que as crenças de autoeficácia podem ser influenciadas pelo contexto de ação em que os gestores escolares desenvolvem suas atividades cotidianas. Portanto, é importante compreender que as políticas educacionais, além de outros aspectos contextuais, podem atuar como fontes dessas crenças (CASANOVA; RUSSO, 2019d).

Os estudos de Casanova, Azzi e Russo (2019) evidenciam que as questões relacionadas às políticas educacionais parecem ser importantes contributos para a percepção de autoeficácia de diretores escolares. A identificação com os fundamentos, finalidades, metas e objetivos das políticas educacionais relacionados a valores e crenças dos gestores escolares poderá contribuir para o desenvolvimento, ou elevação, da percepção de autoeficácia e, conseqüentemente, a probabilidade de as

contribuições daqueles realizarem com sucesso a implementação das políticas educacionais no espaço escolar (RUSSO; AZZI, 2019a).

A conjunção entre a identificação dos gestores escolares com as políticas públicas e uma elevada crença de autoeficácia para a sua efetivação cria um cenário propício para que a implementação de tais políticas se realize de modo favorável e alcançando os objetivos propostos (RUSSO; AZZI, 2019a).

Cabe aos gestores escolares segundo Russo e Azzi (2019b) coordenarem o processo de construção e execução do projeto escolar, trabalhando a dimensão psicossocial do coletivo escolar visando desenvolver ou intensificar a autoeficácia em relação às ações que se realizam nas situações próprias do processo pedagógico escolar. Os gestores escolares, para isso, auxiliam por meio do reforço das ações bem-sucedidas dos agentes escolares e oferecem exemplos nos quais estes podem encontrar motivação para favorecer suas crenças de eficácia pessoal e coletiva (RUSSO; AZZI, 2019a).

Ao aproximarmos as questões ou cenários que envolvem a autoeficácia, estamos falando sobre crenças, e as crenças são preditoras de ação, portanto, a depender, entre outros fatores, da crença do gestor em relação ao seu potencial para agir é muito provável que ele o fará a partir dessa crença, inclusive. Nesse sentido, inferimos que se os gestores escolares acreditam que são capazes de promoverem a escola saudável, há maior probabilidade de que ajam nessa direção, o que pela literatura sobre o assunto, poderá ter efeitos significativos sobre a comunidade escolar para a implementação e consolidação de programas referentes à promoção de saúde nesse ambiente.

4 PROGRAMAS DE SAÚDE NA ESCOLA NA VISÃO DE GESTORES ESCOLARES: UMA REVISÃO DA LITERATURA

Nesse tópico, apresentaremos uma revisão da literatura buscando trazer os fatores facilitadores e dificultadores indicados pelos gestores escolares no contexto da Escola Promotora de Saúde e do Programa Saúde na Escola encontrados nas pesquisas nacionais e internacionais.

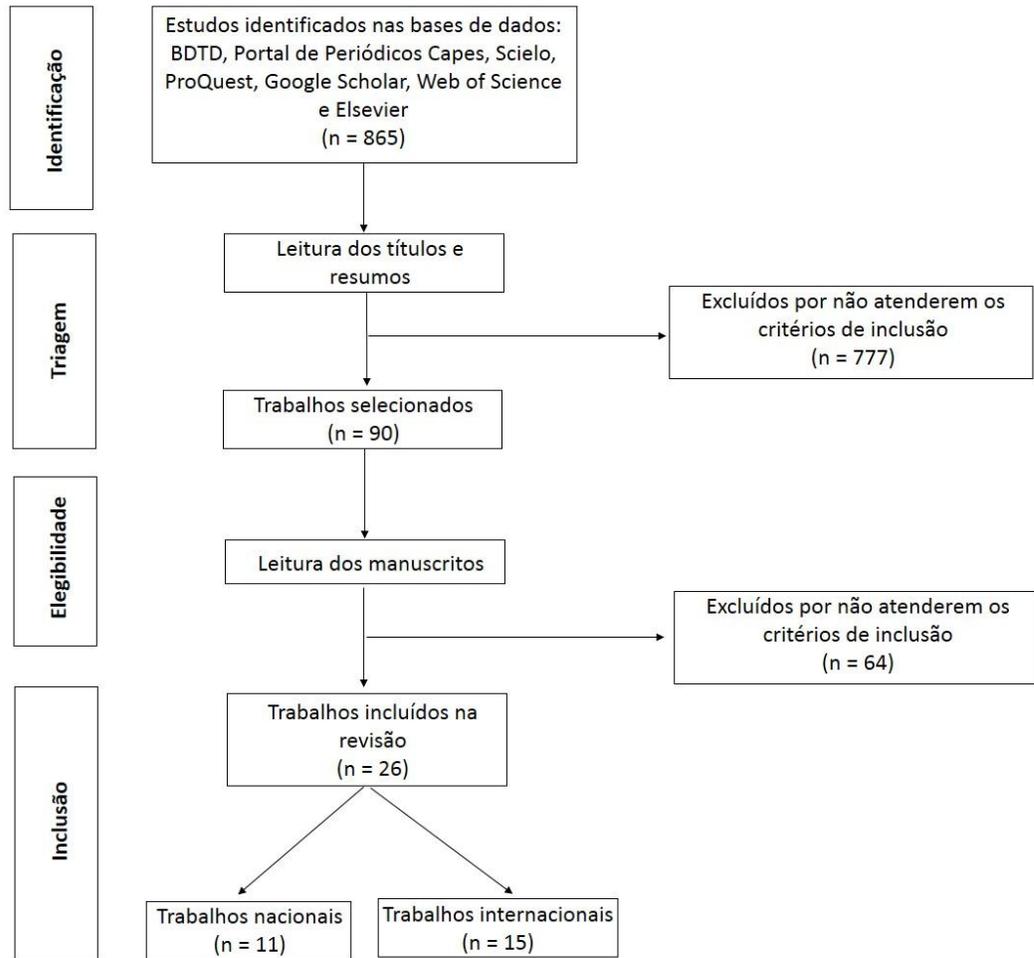
4.1 FASES DA REVISÃO DA LITERATURA

Inicialmente realizamos uma busca sobre pesquisas nacionais nas seguintes bases de dados: Plataforma Capes, BDTD, Scielo, Google Scholar e ProQuest. Utilizando a combinação dos seguintes termos de busca: “Programa Saúde na Escola”, “Gestor”, “Diretor”, “Coordenador”

Posteriormente a investigação sobre os trabalhos nacionais, realizamos um levantamento sobre pesquisas internacionais nas seguintes bases de dados: Google Scholar, Web of Science e Elsevier. Utilizando a combinação dos seguintes termos de busca: “Health Promoting School”, “self-efficacy”, “school principal”, “pedagogical coordinator”. Foi considerado o intervalo de tempo de 2015 a 2019 para as bases Web of Science e o Google Scholar, pela quantidade de trabalhos detectados. Nas demais bases nacionais e internacionais não foi utilizado um período específico, e sim um levantamento em toda a banco de dados.

Nesta sondagem identificamos 865 trabalhos. Analisando os resumos, excluimos os trabalhos duplicados, incompletos, as pesquisas que não atendiam ao objeto desse levantamento, e utilizando como norteador as pesquisas que apresentavam a perspectiva dos gestores escolares sobre o trabalho envolvendo programas de promoção de saúde no ambiente escolar, eliminamos 777 trabalhos, restando 90 pesquisas. Após a leitura desse montante de 90 trabalhos verificando as pesquisas que apresentavam a perspectiva dos gestores escolares sobre o trabalho envolvendo programas de promoção de saúde na escola, suprimimos 64 pesquisas, chegando à quantia de 26 trabalhos (sendo 11 pesquisas nacionais e 15 pesquisas internacionais).

Figura 6 – Fluxo de informação com as diferentes fases da revisão da literatura



Fonte: elaboração do autor, 2019

Desse montante, temos uma monografia, seis dissertações de mestrado, uma tese de doutorado e dezenove artigos científicos, melhor apresentados no quadro a seguir.

Quadro 9 – Síntese dos trabalhos incluídos na revisão da literatura

Estudos	Autor(es) e ano	Objetivo	Participantes	Principais Resultados
1.	Batista, 2019	Elaborar um plano de ação para prevenção e controle da obesidade infantil, no	4 profissionais da área da Educação (3 Diretores e 1 Coordenador Pedagógico) e 16 profissionais da	Dificuldades em incluir as famílias nas atividades desenvolvidas.

		âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE), para escolas municipais de ensino fundamental de um Município da Grande São Paulo – SP	área da Saúde (3 Enfermeiros; 1 Técnico de Enfermagem; 10 Agentes Comunitários de Saúde (ACS); 1 Professor e 1 Médico).	
2.	Bennett <i>et al</i> , 2013	Determinar os pontos de vista de diretores de escolas primárias sobre a melhor forma de implementar iniciativas de escolas saudáveis não obrigatórias.	38 diretores	As características positivas da iniciativa foram apoio profissional, envolvimento dos pais e integração curricular. Falta de tempo, programa pouco clara estrutura e falta de apoio dos pais foram as maiores barreiras à participação em iniciativas.
3.	Bonde <i>et al</i> , 2018	O objetivo deste estudo foi avaliar a fidelidade da implementação e os fatores do contexto de interação nas escolas de intervenção que utilizaram a Metodologia educacional de investigação, visão, ação e mudança (IVAC).	17 professores, 52 pais, 4 diretores e 52 alunos.	O tempo dedicado à preparação das escolas e o desenvolvimento de competências pode ter sido muito baixo. Isso deve ser considerado em pesquisas futuras de avaliação de processos sobre escolas de promoção da saúde e pelos administradores da promoção da saúde da escola ao planejar futuras intervenções escolares.
4.	Buss, 2016	Verificar os interesses da presença dos programas Mais Educação, Segundo Tempo, Atleta na Escola e Saúde na Escola na escola pública e suas consequências para a prática pedagógica da Educação Física.	Dois diretores, duas coordenadoras e três professores de educação física	As ações do PSE se restringem a procedimentos de avaliação de medidas antropométricas com vistas à identificação de problemas relacionados à obesidade e à desnutrição infantil. Tal concepção, acaba por reduzir e modificar o caráter pedagógico do conhecimento sobre o corpo, as práticas corporais e mesmo sobre a saúde que, na escola, deve ser abordada como um saber relevante para a formação de crianças e jovens em sua totalidade, e não segundo a presença ou ausência de doenças somente.
5.	Castro, 2018	Identificar o nível de conhecimento		Os profissionais que trabalham na educação não têm conhecimento

		dos professores, diretores e orientadores sobre o programa Saúde na Escola.	33 profissionais que trabalham na Educação	amplo sobre o programa saúde na escola, quais ações que são realizadas e seus objetivos, através de dados entende-se também que há pouca integração entre saúde e educação. Resultados negativos quando não há existência de comunicação entre as secretarias, sabendo que é de suma importância a troca de saberes, melhorando o trabalho em equipe identificando as necessidades e demandas do público-alvo, através de metodologias participativas e práticas educativas podendo que estimulam o envolvimento de toda a comunidade escolar com resultados positivos e eficazes.
6.	Chrisman, Patel e Alonzo, 2019	O objetivo deste estudo foi examinar a prevalência do uso de aulas de nutrição e as diretrizes do MyPlate por professores e diretores do ensino fundamental e médio.	124 diretores e professores	Ser pai e familiarizar-se com o MyPlate foram associados positivamente à inclusão de nutrição nas lições, e renda e ensino superior foram inversamente associados à inclusão de nutrição nas aulas. Barreiras incluídas, falta de tempo, conhecimento e recursos, e facilitadores incluíram acreditar que a nutrição era importante, nutrição fazer parte do currículo e interesse pessoal.
7.	Dias <i>et al</i> , 2019	Identificar e analisar a construção dos arranjos intersetoriais entre os setores saúde e educação no âmbito da implementação da estratégia NutriSUS em um município do Estado do Rio de Janeiro, Brasil.	A pesquisa contou com seis gestores da área da saúde (um federal, um estadual e quatro municipais), três Profissionais que atuam na atenção básica, sete gestores municipais da área da educação e quinze profissionais que atuam nas escolas diretamente envolvidos com o PSE e com o processo de implementação do Nutri-	Aumento da participação dos pais nas atividades da escola por conta dos processos que envolveram a adesão ao NutriSUS. Falta de teor pedagógico no programa

			SUS no município.	
8.	Díaz-Vicario e Gairín Sallán, 2017	Explorar o conceito de segurança como é interpretado pelas escolas e analisar até que ponto as escolas estão comprometidas com o objetivo de criar e ambientes escolares seguros e saudáveis; e (b) identificar organizações práticas de gestão que promovam a segurança do pessoal da escola e usuários.	39 diretores de escola	A importância de atividades de treinamento e conscientização para profissionais da educação para construir e promover a cultura de segurança e facilitar a introdução de um sistema abrangente de segurança escolar abordagem na gestão diária das escolas.
9.	Gomes e Horta, 2010	Identificar e analisar as práticas promotoras de saúde já realizadas em âmbito escolar, além de conhecer as demandas de cuidado com os jovens pela ótica dos coordenadores pedagógicos.	9 coordenadores pedagógicos	As ações são difíceis de executar de forma isolada entre setores, mas certamente mais eficazes, se baseadas em esforços conjuntos realizados pela tríade da educação saúde e família.
10.	Gorgieva, Kamburova e Un, 2017	Analisar se a parceria como princípio primordial da promoção da saúde foi colocado em prática na comunidade escolar observada.	1.280 membros da comunidade escolar (alunos, pais e funcionários). Também foram realizadas entrevistas com diretores de escolas	A necessidade de parcerias na promoção da saúde escolar é reconhecida, mas difícil transformar em ação real devido a competências e colaborações limitadas.
11.	Keothaile, 2016	Investigar barreiras à implementação do Programa	Uma amostra de 25 participantes foi selecionada de um grupo de	A maioria das escolas conhecia o público estratégico e isso poderia ser usado como um passo para identificar e

		Integrado de Saúde Escolar no distrito de Ditsobotla, África do Sul	professores, diretores e órgão diretivo da escola, enfermeiras e diretores de ONGs em dez escolas.	envolver as partes interessadas no planejamento do programa de implementação da saúde escolar.
12.	Keshavarz <i>et al</i> , 2010	Examinar a implementação de programas de escolas promotoras de saúde nas escolas primárias Sydney, Austrália	26 diretores e professores	Embora a maioria dos sujeitos do estudo tenha indicado que suas escolas tentavam ser escolas promotoras de saúde, eles tiveram que levar em conta suas diferentes necessidades, recursos disponíveis e perspectivas socioculturais diversas no planejamento e implementação processo, bem como regras e limites formais estabelecidos por o setor de educação
13.	Liu <i>et al</i> , 2019	Avaliar a compreensão, atitudes e disposição dos diretores da escola de influenciar a implementação do programa de escolas promotoras de saúde (HPS) em Taiwan e a disposição dos professores de sustentá-lo.	Um total de 1.140 diretores de escola e 1.110 professores	Comparados com os professores, os diretores das escolas relataram níveis mais altos de disposição para sustentar a implementação de EPS. Os níveis de compreensão dos diretores de escola e a vontade de sustentá-los foram significativamente associados a níveis mais altos de implementação de EPS
14.	Mclsaac <i>et al</i> , 2015	Explicar os processos práticos e contextuais que influenciaram implementação da EPS nas escolas da Nova Escócia (Canadá).	14 diretores e professores	Compromisso do diretor com as práticas alimentares. Instrução curricular eficaz em saúde e educação física
15.	Mclsaac <i>et al</i> , 2013	Explorar qualitativamente os fatores que impedem e facilitam implementação de práticas de EPS na província canadense de Nova Escócia.	23 sujeitos (professores, diretores e pais)	Em um nível amplo, as barreiras relatadas eram estruturais sistêmicos, enquanto os fatores facilitadores estavam relacionados à capacidade organizacional e à política Liderança.

16.	Muñoz, 2019	Analisar a implementação do PSE em um município do interior do estado de São Paulo.	16 profissionais da saúde e da educação de um município do interior do estado de São Paulo.	Em relação às ações do PSE nas escolas, a participação do coordenador, diretor e demais equipes da instituição, era muito esporádica e quando surgia algum tipo de participação por parte deles, era bastante limitada.
17.	Rathi, Riddell e Worsley, 2017	Compreender os pontos de vistas de adolescentes, pais, professores e diretores de escolas sobre a atual alimentação, currículo de nutrição e o papel das escolas no desenvolvimento de habilidades alimentares.	15 alunos de 14 a 15 anos, 15 pais, 12 professores e 10 diretores em dez escolas particulares em Kolkata, Índia.	A falta de trabalhos práticos, um currículo desatualizado e um limitado, que fracassou iniciar o pensamento crítico e foi contrariado pelas práticas de vendas no ambiente de alimentação escolar.
18.	Sakai, 2018	Analisar as percepções, vivências e experiências dos profissionais da saúde e da educação envolvidos no Programa Saúde da Escola (PSE) do Município de Guarulhos (SP)	10 profissionais da Unidade Saúde da Família (USF), seis profissionais da gestão escolar e seis professores.	A relação com os familiares ainda é discreta, e pautada em uma relação de troca. Há dificuldade de conciliar as agendas, e o excesso de cobranças e atribuições limita o tempo de trabalho, o que pode levar ao desinteresse por integrar o programa e sua consequente contribuição à população.
19.	Shinde <i>et al</i> 2007	Descrever o desenvolvimento do teste piloto de uma intervenção de promoção da saúde em uma escola multicomponente para adolescentes em 75 escolas secundárias administradas pelo governo em Bihar, Índia.	Professores, alunos e gestores de 75 escolas secundárias	O engajamento e apoio do diretor, e o envolvimento de outros professores em atividades de intervenção são requisitos fundamentais para aceitabilidade e viabilidade do programa.
20.	Silva <i>et al</i> , 2015	Conhecer as políticas públicas de promoção à saúde do adolescente escolar, propostas e	Participaram da pesquisa 26 sujeitos, entre gestores da saúde e da educação de Recife-PE.	Resistência da família Outro desafio a vencer é a resistência dos próprios professores. Poderia avançar mais se tivesse mais estrutura na escola e mais tempo para desenvolver as ações

		desenvolvidas sob a responsabilidade dos gestores em educação e em saúde no município de Recife-PE.		
21.	Simovska e Prøsch, 2016	Discutir as perspectivas dos diretores sobre a prioridade dada para o lugar no currículo e as práticas de apoio relacionadas educação em saúde e sustentabilidade nas escolas da Dinamarca (por alunos de 6 a 16 anos).	118 diretores	Os diretores veem a escola como um espaço importante para saúde e sustentabilidade. Pontos fracos são a baixa priorização da colaboração dentro da escola e entre a escola e os atores comunitários.
22.	Souza, Espiridião e Medina 2017	Analisar a ação intersetorial desenvolvida entre os setores saúde e educação no processo de implementação do Programa Saúde na Escola em municípios de região metropolitana do Nordeste brasileiro.	No total, participaram do estudo 23 sujeitos, sendo cinco gestores das duas secretarias e 18 trabalhadores das unidades escolares e das unidades de saúde.	As ações desenvolvidas encontram-se ainda fortemente atribuídas apenas ao setor saúde. A participação do setor educação é tida como periférica, o que certamente restringe a potencialidade do Programa, em especial no que se refere à perspectiva da promoção da saúde e do desenvolvimento da cidadania entre os escolares.
23.	Storey <i>et al</i> , 2016	Identificar as condições essenciais da implementação da Saúde Escolar Abrangente (CSH).	45 professores, 46 diretores e 34 facilitadores da saúde escolar.	Foram identificados muitos temas, chamados de condições, que foram divididos em duas categorias: "condições principais" (estudantes como agentes de mudança, autonomia específica da escola, demonstraram liderança administrativa, campeões dedicados a envolver funcionários da escola, apoio da comunidade, evidências, desenvolvimento profissional) e "condições contextuais" (tempo, apoio financeiro e de projeto, prontidão e conectividade prévia da comunidade). As condições principais foram definidas como condições necessárias para que a

				CSH seja implementada com sucesso, enquanto as condições contextuais tiveram grau de influência na capacidade de obter as condições principais.
24.	Tusset, 2012	Avaliar a relevância e a suficiência dos domínios de competências em PS no processo de implementação do PSE no Distrito Federal (DF).	15 profissionais (8 da educação e 7 da saúde) de 7 Regiões Administrativas e de 2 gestores do grupo intersetorial participaram de entrevista individual semiestruturada.	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. Considerando os facilitadores, a presença das categorias intersectorialidade e parceiros, em especial, demonstram que os atores estão cientes da importância da ação colaborativa e articulada com outros setores.
25.	Uchôa, 2012	Analisar o PSE a partir da percepção dos agentes sociais envolvidos.	Participaram da pesquisa 33 sujeitos, sendo 21 alunos, 20 do 5º ano do ensino fundamental e 01 do 4º ano; de 9 a 13 anos de idade; de duas escolas atuantes no PSE e 12 profissionais, gestores do comitê gestor de educação e de saúde (2); diretores das escolas (3); profissionais da educação (3); e profissionais de saúde (4).	O PSE ainda não se consolidou como programa de saúde na escola, limitando-se a atividades pontuais, necessitando de um maior envolvimento de todos os atores sociais envolvidos.
26.	Zach <i>et al</i> 2017	Descrever os vários programas para promover um estilo de vida ativo e saudável implementado em 2011-12 nas escolas de Israel	126 diretores de escolas	As escolas precisavam de um líder comprometido para ajudar a condução e manter o programa. Assim, o papel do diretor da escola foi iniciar a ideia de desenvolver um programa, incentivar a sua implementação e selecionar um líder para o programa,

Fonte: Elaboração do autor, 2019.

As pesquisas elencadas partiram das mais diversas áreas do conhecimento, tais como: Educação, Nutrição, Saúde Coletiva, Enfermagem, entre outras. No tocante à

origem das pesquisas, além dos trabalhos brasileiros encontramos pesquisas de diversos países, como: África do Sul, Austrália, Bulgária, Canadá, Dinamarca, Espanha, Estados Unidos, Índia, Irlanda, Israel e Taiwan, que serão analisadas nessa seção.

4.2 FATORES DIFICULTADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) E DA INICIATIVA ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES ESCOLARES

Liu *et al.* (2019) avaliaram a compreensão, atitudes e disposição dos diretores de escola de influenciar a implementação do programa de escolas promotoras de saúde (EPS) em Taiwan, os gestores escolares relataram similarmente sete barreiras à implementação EPS.

Estas barreiras segundo os pesquisados incluíram: a falta de recursos humanos e limitações de tempo e orçamento; sistemas administrativos complexos, com baixos níveis de cooperação entre as escolas, muitas atividades escolares concorrentes e alta rotatividade de coordenadores da EPS; falta de conhecimento e de capacidade dos professores para ensinar sobre saúde e baixa disposição para sustentar a implementação da EPS; pressão acadêmica nos estudantes resultando em um tempo limitado para se envolver em exercícios; baixos níveis de envolvimento dos pais na implementação da EPS, o tabagismo dos pais, baixos níveis de envolvimento dos pais em manter as crianças com um comportamento saudável e baixo nível socioeconômico das famílias; recursos comunitários limitados e cultura da comunidade local insalubre; e falta de apoio profissional e técnica.

Ao explorar os fatores que impedem e facilitam implementação de práticas de EPS na província canadense de Nova Escócia, McIsaac *et al.* (2013) com base nos relatos dos gestores escolares participantes da pesquisa, dividiram as barreiras que influenciam a efetivação das escolas promotoras de saúde em três categorias. Essas barreiras compreendem: as demandas crescentes no sistema educacional; obstáculos políticos e financeiros; e cultura comunitária obstrutiva.

Keothaile (2016) entrevistou gestores sul-africanos para investigar as barreiras referentes implementação do Programa Integrado de Saúde Escolar. Os quatro

principais desafios gerais identificados pelos participantes da pesquisa são: falta de qualificação dos profissionais envolvidos; prioridades concorrentes; papéis pouco claros dos funcionários das escolas e outros membros da equipe; e falta de compreensão das políticas atuais.

Objetivando examinar a implementação de programas de escolas promotoras de saúde nas escolas primárias Sydney, Austrália, Keshavarz *et al.* (2010) entrevistaram gestores escolares. Utilizando as informações coletadas na pesquisa, os autores identificaram no discurso dos entrevistados sete barreiras para o desenvolvimento das escolas promotoras de saúde.

Estas barreiras incluem: má compreensão da complexidade das escolas e seu funcionamento como sistemas adaptativos complexos; falta de reconhecimento da diversidade entre as escolas; fluxo inadequado de informações e experiências sobre EPS entre escolas e entre escolas e o setor de saúde; insuficiência de interações efetivas entre escolas e o setor de saúde e entre escolas e pais em relação à saúde; ausência de feedback sobre o desempenho das EPS; regras inadequadas para apoiar as escolas a se tornarem escolas promotoras de saúde; escassez de mecanismos adequados de atribuição de crédito para promover a saúde na escola (KESHAVARZ *et al.*, 2010).

O trabalho de Tusset (2012) buscou avaliar a relevância e a suficiência dos domínios de competências em promoção de saúde no processo de implementação do PSE em onze regiões administrativas no Distrito Federal (Ceilândia, Candangolândia, Paranoá, Samambaia, Santa Maria, São Sebastião, Sobradinho, Brasília e Taguatinga), e identificou os fatores críticos relacionados ao processo de implementação do PSE/DF. A autora dividiu esses dificultadores nas seguintes subcategorias: 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; e rotatividade de profissionais.

Os gestores escolares participantes da pesquisa de Chrisman, Patel e Alonzo (2019) mencionaram a falta de conhecimento sobre o assunto, a ausência da nutrição enquanto conteúdo do currículo básico, a falta de recursos, a falta de apoio das instâncias administrativas para promover a nutrição na escola.

Ao investigar sobre as políticas públicas de promoção à saúde do adolescente escolar, propostas e desenvolvidas sob a responsabilidade dos gestores em educação e em saúde no município de Recife-PE, Silva *et al.* (2015) apontam a resistência da família como o maior dificultador para o desenvolvimento do PSE, pois os pais e responsáveis não dão continuidade ao trabalho realizado na escola.

As dificuldades em incluir as famílias e a sua falta de apoio nas atividades desenvolvidas no ambiente escolar também foram evidenciadas na pesquisa de Batista (2019) nas falas de gestores escolares do ensino fundamental. O trabalho da referida autora elaborou um plano de ação para prevenção e controle da obesidade infantil, no âmbito do Programa Saúde na Escola (PSE).

A falta de participação familiar foi igualmente indicada na pesquisa de Sakai (2018), ao analisar as percepções, vivências e experiências dos profissionais da saúde e da educação envolvidos no Programa Saúde da Escola (PSE) indicam que a relação com os familiares ainda é discreta, e pautada em uma relação de troca.

A pouca colaboração das famílias nas atividades propostas, além da falta de engajamento dos professores nas ações do programa foram barreiras evidenciadas no discurso de doze gestores escolares entrevistados por Shinde *et al.* (2012) enquanto participantes da implementação de um teste piloto de promoção da saúde em escolas indianas. Diretores escolares dinamarqueses entrevistados por Simovska e Prøsch, 2016 relataram a falta de colaboração externa entre a escola e as partes interessadas da comunidade local.

Ao analisar se a parceria como princípio primordial da promoção da saúde foi colocada em prática em comunidades escolares na Bulgária, Gorgieva, Kamburova e Un (2017) indicaram que os entrevistados não estavam satisfeitos com a colaboração escola-família e apesar de identificar essa barreira, não haviam tomado nenhuma medida para melhorar a parceria.

Cabe ressaltar que, segundo os participantes da pesquisa de Tusset (2012), a dificuldade em dispor da presença dos pais na escola é algo frequente, tanto para assuntos e eventos corriqueiros próprios do calendário escolar e também nos assuntos referentes ao PSE, segundo a pesquisadora a inclusão familiar e o resgate desses familiares deve ser um dos focos de ação do programa.

Ao entrevistar gestores escolares para analisar as percepções sobre o PSE, Uchôa (2012) afirma que este não se consolidou enquanto programa de saúde na escola, visto que tem se limitado a atividades pontuais, necessitando de um maior envolvimento de todos os atores sociais envolvidos.

Na pesquisa, a falta de parceria com a comunidade e a continuação das ações envolvendo a educação familiar também foram as dificuldades mais elencadas pelos participantes da investigação, destacando que a mobilização da comunidade para participar do PSE ainda ocorre de forma incipiente em algumas escolas que foram investigadas.

A cultura comunitária obstrutiva indicada por McIsaac *et al.* (2013) foi evidenciada no discurso dos pesquisados como um desafio para as escolas. Em razão dos familiares persistirem em normas culturais que influenciaram negativamente a capacidade das escolas em adotar práticas de promoção de saúde (alto consumo de *fast foods*, dificuldade em acompanhar o ritmo das agendas familiares cada vez mais ocupadas e falta de engajamento).

A pesquisa de Souza, Espiridião e Medina (2017) buscou analisar a ação intersetorial desenvolvida entre os setores saúde e educação no processo de implementação do Programa Saúde na Escola em municípios da região metropolitana do Nordeste brasileiro. Segundo as autoras, as ações desenvolvidas encontram-se ainda fortemente atribuídas apenas ao setor saúde. Dias *et al.* (2015) sinalizam em sua pesquisa sobre falta de integração entre os profissionais da saúde e educação na realização das ações.

Essa fragmentação nas ações realizadas no Programa Saúde na Escola também se evidenciou na pesquisa de Buss (2017). Ao entrevistar gestores escolares para verificar os interesses da presença de diversos programas na escola pública, dentre eles o PSE, os gestores participantes apontaram que as ações do programa se restringiam a procedimentos de avaliação de medidas antropométricas visando identificar problemas relacionados à obesidade e à desnutrição infantil.

A participação do setor educação é tida como periférica, o que de acordo com as pesquisadoras e certamente restringe a potencialidade do Programa, especialmente em relação à perspectiva da promoção da saúde. Batista (2019) em seu trabalho

aponta que, segundo os gestores escolares, os profissionais da saúde possuem dificuldade em explorar as possibilidades de atuação dentro das escolas. A falta de integração entre os profissionais da saúde e da educação foi elencada com entrave nas ações do programa na pesquisa de Castro (2018).

Os gestores, segundo Keshavarz *et al.* (2010), indicaram não conseguir construir fortes interações com o departamento de saúde e com outras unidades escolares. Em decorrência dessa limitação ocorreram poucas trocas de conhecimentos, experiências e recursos relacionados à saúde.

Segundo a investigação de Liu *et al.* (2019), as escolas poderiam ter uma ligação mais estreita com os centros de saúde locais e organizações como associações odontológicas, associações oftalmológicas e associações farmacêuticas para melhorar a alfabetização em saúde de professores e alunos e promover comportamentos saudáveis.

Essa percepção também se evidenciou nos estudos de Dias *et al.* (2019) que buscou identificar e analisar a construção dos arranjos intersetoriais entre os setores saúde e educação no âmbito da implementação da estratégia NutriSUS, que funciona tendo como interface o Programa Saúde na Escola, em um município do Estado do Rio de Janeiro. A grande crítica dos gestores escolares é a falta de teor pedagógico, pois só cabe a escola seguir as orientações dos profissionais da saúde, competindo às unidades escolares uma participação estritamente operacional.

Da forma como foi estruturada a proposta, Dias *et al.* (2019) aponta que não favoreceu a integração pedagógica da ação, não permitindo que de fato o trabalho fosse integrado ao contexto pedagógico escolar. O foco estava nas ações da equipe da saúde, refletindo o modelo de políticas e programas verticalizados.

Souza, Espiridião e Medina (2017), a partir do relato dos seus entrevistados, apontam que a discussão de temas próprios do campo da educação como cidadania, autonomia, empoderamento e participação não ocorreu, ou seja, não constam nas ações desenvolvidas pelo PSE. O foco do programa é voltado para a avaliação clínica e a realização de palestras sobre a prevenção de doenças.

A gestão centralizada do PSE também foi apontada como um fator dificultador para o processo de implementação do programa na pesquisa de Tusset (2012). De

acordo com o relato dos entrevistados poderiam ocorrer reuniões na escola envolvendo os gestores do programa para dialogar com a comunidade escolar, dividindo as tomadas de decisões e as responsabilidades.

Esses relatos também constam no trabalho de Muñoz (2019) que tratou de analisar a implementação do PSE em um município do interior do estado de São Paulo. Os quatro gestores entrevistados na pesquisa expõem que não ocorre uma efetiva integração entre os setores da educação e da saúde.

O trabalho intersetorial é negativamente influenciado pela rotatividade profissional segundo Tusset (2012). Os gestores apontaram que a falta de continuidade das ações do PSE é prejudicada pelo alto índice de profissionais que saem do programa (profissionais da saúde e da educação).

Esse protagonismo do setor de saúde segundo os entrevistados de Muñoz (2018) reflete no planejamento e na realização das ações. De acordo com os participantes da pesquisa, na maioria das vezes a escola apenas cede o espaço para que a equipe da saúde realize suas ações de intervenção com os alunos.

Nessa perspectiva, segundo os gestores participantes do estudo de Muñoz (2018), a participação da comunidade escolar ocorre de forma muito esporádica, e quando necessária à colaboração, esta ocorria de forma muito limitada, devido às ações estarem plenamente programadas e determinadas pela equipe da saúde. Conforme a autora, essa falta de integração gerou desigualdade no comprometimento, nas responsabilidades e nas tomadas de decisões, pois a equipe escolar limitou-se ao recebimento de informações.

Aproximando-se dessas constatações, Gomes e Horta (2010) ao estudarem a percepção de nove gestores escolares sobre o trabalho com promoção de saúde de alunos adolescentes em escolas públicas municipais de Belo Horizonte, apontaram que, segundo os participantes da pesquisa, se faz necessário um maior envolvimento dos profissionais da área da saúde, contribuindo para um melhor desenvolvimento das ações no ambiente escolar, fornecendo mais suporte aos educadores. Castro (2018) em sua pesquisa também constatou a necessidade de os profissionais de saúde conhecerem a realidade escolar em que irão atuar.

Tusset (2012) diagnosticou a falta de envolvimento dos profissionais da saúde e da educação, e a resistência desse sujeito em envolver-se com o programa. Isso pode ser resultado do desconhecimento do projeto e suas ações, como evidenciado no trabalho de Castro (2018) que visou identificar o nível de conhecimento de professores, diretores e orientadores sobre o Programa Saúde na Escola em um município em Rondônia- RO, constatando a falta de um conhecimento amplo sobre o PSE, as ações realizadas e os seus objetivos.

Os gestores participantes da pesquisa de Sakai (2018) também relataram dificuldade de conciliar as agendas entre os profissionais da saúde e da educação, e que o excesso de cobranças e atribuições limita o tempo de trabalho, levando ao desinteresse por integrar o programa.

Resultados negativos ocorrem, segundo Castro (2018), quando há deficiência na comunicação envolvendo as secretarias diretamente envolvidas no PSE, no caso as pastas da saúde e da educação, visto que é de suma importância a troca de saberes, o fortalecimento do trabalho em equipe e a identificação das necessidades e demandas do público alvo, utilizando metodologias participativas e boas práticas educativas estimulando envolvendo assim toda a comunidade escolar.

Buscando compreender os pontos de vistas de diretores escolares sobre a alimentação, currículo de nutrição e o papel das escolas indianas no desenvolvimento de habilidades alimentares Rathi, Riddell e Worsley (2017) constataram junto aos entrevistados que o currículo escolar é ultrapassado, demasiadamente centrado na transmissão de conhecimentos teóricos envolvendo uma aprendizagem mecânica, tornando difícil a sua compreensão em razão da escassez de temas práticos e a falta de exemplificação associada ao cotidiano dos alunos, não conseguindo gerar o pensamento crítico nos estudantes.

Em outro estudo em escolas indianas Rathi, Riddell e Worsley (2017) apontaram segundo seus entrevistados que educação alimentar e nutricional estão centradas principalmente nas disciplinas de Ciências e Biologia, ressaltando que na oferta inicial as atividades foram predominantemente oferecidas aos alunos de um único sexo (meninas). Os gestores apontaram a falta de interesse dos estudantes meninos em trabalhos relacionados com alimentos.

A escassez de suporte do Departamento de Educação priorizando outras atividades relacionadas ao seu setor em vez de ações de promoção saúde também foi mencionada na investigação de Keothaile (2016).

De acordo com os participantes do estudo de Keshavarz *et al.* (2010), não havia muitas regras/políticas que direcionavam as escolas a se tornarem promotoras de saúde.

Outro dificultador elencado pelos participantes da pesquisa de Gomes Horta (2010) aponta para a dificuldade de implementação das práticas no período noturno, pois esse turno tem horário incompatível com as ações das equipes de Estratégia de Saúde da Família, dificultando o trabalho a ser desenvolvido. Silva *et al.* (2015) evidenciou nos discursos dos sujeitos de sua pesquisa que os maiores esforços estão destinados à atenção da saúde das crianças em detrimento à atenção aos adolescentes.

Silva *et al.* (2015) apontou em seus estudos que a parceria com a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) possui a restrição em somente atender às crianças que estejam em sua área de cobertura. Entretanto, muitas crianças não residem na comunidade onde está a escola. Gomes e Horta (2010) também evidenciaram na fala dos gestores escolares a necessidade da ampliação de cobertura da ESF.

Nos relatos apresentados na pesquisa de Silva *et al.* (2015), outro fator dificultador é a insuficiência de profissionais que atuam no ESF. Os gestores participantes do estudo de Sakai (2018) também indicam a necessidade de atuação de ter mais profissionais das áreas de psicologia e serviço social na composição da ESF, devido às vulnerabilidades e às necessidades dos alunos. Na investigação de Tusset (2012), a escassez de profissionais especializados no setor de saúde foi a categoria com o maior número de menções pelos entrevistados.

Similarmente é citada pelos gestores participantes da pesquisa de Sakai (2018) a necessidade do envolvimento direto de médicos no programa, pois segundo tais gestores estes possuem maior credibilidade nas ações envolvendo a saúde junto à comunidade.

Com o intuito de explicar os processos práticos e contextuais que influenciaram implementação das escolas promotoras de saúde na província de Nova Escócia (Canadá), Mclsaac *et al.* (2015) entrevistaram 14 gestores escolares.

Problemas relacionados ao contexto são uma característica importante para implementação do programa. As escolas localizadas em áreas rurais encontraram mais desafios para proporcionar o acesso dos alunos às atividades depois do horário escolar, porque a maioria dos estudantes utilizam ônibus para irem à escola, portanto, a participação em ações após o horário regular apresenta-se como um desafio logístico para unidade a escolar.

O distanciamento geográfico proporciona outro dificultador evidenciado pelos participantes da pesquisa de Mclsaac *et al.* (2015): a dependência de meios de transportes inativos (carros e ônibus), dificultando a implementação de outras formas de locomoção até a escola, como a caminhada ou por meio da utilização de bicicletas.

Silva *et al.* (2015) apresenta a preocupação dos gestores quanto à estrutura das escolas, devido às limitações no espaço físico, restrição de recursos e a ausência de climatização, constituindo dessa forma em um fator limitante para o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola.

A estrutura física inadequada e a falta de materiais didáticos (folders, panfletos, kits odontológicos) também foram identificadas pelos gestores como obstáculos para o trabalho com o PSE segundo a investigação de Uchôa (2012). Concatenada a essa questão, Tusset (2012) observa que a falta de recursos financeiros foi identificada como um agravante para o processo de implementação, em razão da verba destinada às escolas serem para gastos já pré-definidos.

Os diretores canadenses ressaltaram que a viabilidade financeira foi um grande desafio para o gerenciamento das ações escolares. Seus orçamentos restritos dificultavam o suporte aos professores em sala de aula. Os gestores informaram que preferiam mais capacidade organizacional através de pessoal adicional (profissionais extras) em vez de recursos curriculares ou desenvolvimento profissional dos profissionais já existentes na escola (MCISAAC *et al.*, 2013).

Similarmente a falta de apoio e de recursos financeiros foi mencionada como uma barreira significativa para a execução do programa de acordo com os participantes da pesquisa de Storey *et al* (2016).

A falta de formação e capacitação dos profissionais envolvidos também é citada como um dos dificultadores para implementação do PSE segundo os participantes da pesquisa de Uchôa (2012). Essa ausência de formação específica do mesmo modo apresenta-se como um fator agravante para a efetivação do PSE segundo os sujeitos da pesquisa de Gomes e Horta (2010). A ausência de processos de capacitação de todos os profissionais envolvidos para atuar no PSE é igualmente relatada por Souza, Espiridião e Medina (2017). Percebe-se, portanto, a necessidade de processos de formação contínua aos profissionais que atuam diretamente no programa. Tal processo formativo pode ser efetuado por meio da parceria intersetorial envolvendo as secretarias da saúde e educação, por meio de suas respectivas equipes técnicas.

Chrisman, Patel e Alonzo (2019) relatam que um fator crítico para a efetiva participação e apoio da liderança escolar é a falta de formação para assegurar o sucesso nos programas de saúde escolar. A falta de formação específica para o trabalho envolvendo as escolas promotoras de saúde também foi apontado por Storey *et al.* (2016) como um agravante para promover boas práticas de educação em saúde na escola.

Professores inexperientes e/ou que não receberam treinamento suficiente representou um desafio na implementação do programa de promoção de saúde de acordo com os participantes da pesquisa de Keothaile (2016). Para explorar como o conceito de segurança é interpretado pelas escolas e analisar o seu comprometimento com o objetivo de criar ambientes escolares seguros e saudáveis, Díaz-Vicario e Gairín Sallán (2017) entrevistaram 39 gestores escolares espanhóis. Os participantes evidenciaram semelhantemente a ausência de treinamentos para a implementação de programas de saúde, o que evidenciou uma barreira para a consolidação das ações empreendidas.

A necessidade de ocorrer mais formações, capacitando a equipe escolar na implementação de um programa de estilo de vida saudável e ativo nas escolas, foi

expresso no discurso de diretores do setor ultra ortodoxo em Israel entrevistados por Zach *et al.* (2017).

A baixa priorização no desenvolvimento profissional dos professores para trabalhar pedagogicamente com as questões de saúde também foi evidenciada na pesquisa de Simovska e Prøsch (2016) que analisaram as perspectivas de diretores dinamarqueses sobre as relações entre o currículo e as práticas de apoio relacionadas à educação em saúde.

A pesquisa de Keothaile (2016) indicou que a falta de treinamento e habilidades dos professores em realizar as atividades do programa de saúde nas escolas serviu como uma barreira à implementação. Isso mostra que o conhecimento dos implementadores é fundamental para a efetivação do programa. Portanto, é importante para os agentes ter um amplo conhecimento sobre o tipo de ação necessária para executar o programa.

As crescentes demandas sobre o sistema de ensino limitavam o apoio geral que a escola poderia oferecer para as atividades de promoção da saúde. Todos os participantes entenderam a importância e a relevância do apoio às práticas de saúde na escola, mas os diretores entrevistados por Mclsaac *et al.* (2013) relataram que turmas grandes, mudanças curriculares e as pressões para elevar os resultados das avaliações mitigaram a capacidade da escola em apoiar as ações de promoção da saúde.

Chrisman, Patel e Alonzo (2019) examinaram em seu trabalho a prevalência do uso de aulas de nutrição e as diretrizes do MyPlate (uma ferramenta para comunicar as diretrizes federais de nutrição nos EUA) por professores e diretores do ensino fundamental e médio. Constataram que os fatores dificultadores mais comumente relatados na pesquisa referiam-se à falta de tempo para dedicação ao programa.

Storey *et al.* (2016) entrevistaram diretores escolares para identificar as condições essenciais de implementação das escolas promotoras de saúde em Alberta no Canadá. Os entrevistados também relataram que entre os dificultadores está o fato de não dispor de tempo suficiente para dedicação das ações em relação às demandas do calendário escolar, interferindo nos objetivos do programa.

Os gestores dinamarqueses entrevistados Bonde *et al.* (2018) salientaram que programas de promoção de saúde para uma maior abrangência na intervenção

deveriam ser introduzidos antecipadamente em relação ao calendário escolar para o melhor ajuste com o plano do ano letivo, visto que o tempo para as escolas se prepararem para a intervenção e desenvolvimento do programa, na pesquisa em questão, foi muito reduzido segundo os participantes.

Os diretores participantes da pesquisa de Zach *et al.* (2017), que objetivou descrever os vários programas para promoção de um estilo de vida ativo e saudável implementado em escolas israelenses, estavam em completo acordo que os principais obstáculos para as ações demandadas foram o orçamento e as horas de ensino, indicando que mais tempo deve ser alocado a cada assunto, de modo a não ser alterado ao longo do ano letivo.

Bennett *et al.* (2013) buscaram em sua investigação determinar os pontos de vista de diretores irlandeses de escolas primárias sobre a melhor forma de implementar iniciativas de escolas saudáveis não obrigatórias, segundo os participantes da sua pesquisa os maiores obstáculos estão centrados semelhantemente na insuficiência de tempo para a execução do programa, a falta de clareza na estrutura do programa e a escassez de apoio da família.

A necessidade de o projeto receber atenção e priorização suficiente no ambiente escolar foi evidenciado nas entrevistas conduzidas por Storey *et al.* (2016) para que não seja visto apenas como um complemento e sim como uma parte integrante das ações da escola.

Os gestores pesquisados por Mclsaac *et al.* (2015) relataram a dificuldade fomentada pela cultura escolar, cuja promoção de opções alimentares mais saudáveis não foi vista como atraente pelos alunos. Aliada a essa questão, as escolas contavam com a tradição de angariar fundos por meio da venda de comidas não saudáveis. Os participantes da pesquisa Rathi, Riddell e Worsley (2017) apontaram que as cantinas escolares exigem modificações para aumentar a disponibilidade de alimentos saudáveis, reduzindo a disponibilidade de alimentos não saudáveis.

Os participantes do estudo de Keshavarz *et al.* (2010) relataram que a diversidade sociocultural entre os alunos, professores e pais teve consequências desfavoráveis na escola, pois essas diferenças criaram contextos operacionais distintos para as escolas, e foram refletidas nos planos de gestão escolar, orientações

estratégicas, metas e prioridades, desempenho escolar e ganhos em saúde e educação de seus alunos.

O contexto sociocultural enquanto elemento dificultador também foi evidenciado na investigação de Shinde *et al.* (2012), em que na maioria das escolas os gestores relataram que as meninas se sentiam desconfortáveis em buscar aconselhamento com professores orientadores do sexo masculino.

No tocante à diversidade, Keshavarz *et al.* (2010) salientam que a incapacidade dos gestores em reconhecer essas diferenças contextuais pode levar à expectativa irrealista do que as escolas podem alcançar e sustentar em relação aos objetivos pré-definidos dos programas de saúde.

Os diretores que integraram a pesquisa de Simovska e Prøsch (2016) relataram a colaboração esporádica entre a equipe escolar, cujos gestores demonstraram colaborar apenas minimamente com os professores. Nesse caso, segundo os entrevistados, o seu apoio real para as práticas envolvendo a promoção de saúde foi insuficiente. De acordo com a pesquisa de Keothaile (2016), a falta de papéis adequados e alocação de responsabilidade para membros da equipe ou profissionais envolvidos contribui para a má aplicação do programa.

Os diretores investigados por Liu *et al.* (2019) sugeriram que o governo fornecesse recursos financeiros e suporte técnico para promover a implementação do EPS. O trabalho de Keothaile (2016) revela que a falta de compreensão sobre a saúde escolar e as políticas existentes por funcionários das escolas e outros membros da equipe teve um impacto negativo na implementação do programa.

Na investigação Silva *et al.* (2015) os gestores também indicaram outro desafio, a resistência dos próprios professores, pois estes vislumbram as ações do programa apenas como uma sobrecarga de trabalho. A falta de apoio dos docentes também foi elencada por alguns gestores na pesquisa de Uchôa (2012).

As barreiras em nível mais amplo são em sua maioria estruturais e sistêmicas. Portanto, para superar os desafios políticos e culturais segundo Mclsaac *et al.* (2013), as escolas precisam considerar como promover a capacidade organizacional através do desenvolvimento de parcerias, envolvendo as várias partes interessadas da escola na

tomada de decisões, estabelecer normas para as práticas escolares e transformar a cultura escolar para que a saúde seja incorporada como modo de vida da escola.

4.3. FATORES FACILITADORES PARA A IMPLEMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE) E DA INICIATIVA ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE NA PERCEPÇÃO DOS GESTORES ESCOLARES

Os fatores dificultadores foram mais expressivos nos trabalhos analisados. A frequência relatada sobre os possíveis entraves para a implementação do Programa Saúde na Escola foi bem mais evidente. Em alguns trabalhos não houve sequer uma menção dos gestores escolares aos possíveis facilitadores para o desenvolvimento do PSE como nas investigações de Buss (2016), Batista (2019) e Dias *et al.* (2019).

Igualmente ao revelado pelas pesquisas nacionais, os fatores dificultadores foram mais evidentes nos trabalhos analisados, a frequência das barreiras relatadas para a implementação da iniciativa Escolas Promotoras de Saúde se sobressaiu aos possíveis facilitadores para o desenvolvimento dos programas de saúde escolar.

Apesar de ser uma informação relativamente discreta em relação aos elementos dificultadores, foi possível destacar a presença dos fatores facilitadores nas demais pesquisas realizadas por meio dos discursos dos gestores participantes, permitindo algumas análises.

Na investigação de Liu *et al.* (2019), diretores de escolas taiwanesas relataram diversos facilitadores para a implementação da EPS. Estes incluíram: (1) financiamento do governo para apoiar as políticas EPS; (2) bom trabalho em equipe, incluindo o reconhecimento, a cooperação dos professores e compromisso com a implementação da EPS; (3) a capacidade dos professores para integrar questões de saúde no currículo escolar; (4) preocupação com a saúde e bem-estar na escola, incluindo a utilização dos serviços de saúde escolar e um clima que encorajou todos os alunos a se exercitar regularmente e comer alimentos saudáveis; (5) boa interação com as famílias, promovendo a sincronia das ações e o apoio; (6) estreita colaboração com a comunidade, incluindo centros de saúde locais e outras partes interessadas; (7) a presença de enfermeiras na escola para ajudar com a implementação da EPS e

convites para outros profissionais de saúde, como dentistas e médicos para melhorar a alfabetização em saúde dos alunos e aumentar a acessibilidade aos exames de saúde e tratamentos; e (8) trabalhar em uma escola de tamanho pequeno.

Ao analisar os facilitadores para a implementação do Programa Saúde na Escola Tusset (2012) o subdivide em quatro categorias: intersectorialidade, comprometimento, materiais de apoio e parceiros.

A intersectorialidade, segundo Tusset (2012), permitiu ações positivas conjuntas no desempenho do programa, através da articulação entre Secretaria da Educação e Secretaria da Saúde. Essa integração assertiva entre os profissionais da saúde e da educação foi observada nos relatos dos sujeitos participantes da pesquisa de Castro (2018).

A maior aproximação entre os integrantes dos setores da saúde e da educação, similarmente foi mencionado como um facilitador na pesquisa de Souza, Espiridião e Medina (2017), possibilitando um melhor diálogo entre as equipes, potencializando a proximidade física entre a unidade de saúde e a unidade escolar.

O estreitamento dos vínculos entre os setores da saúde e da educação também foi citado pelos entrevistados do trabalho de Muñoz (2019) como algo positivo na implantação do PSE. As equipes de saúde segundo os entrevistados também participaram de reuniões de HTPC para discutir casos específicos e para orientar a equipe escolar.

As parcerias igualmente estiveram presentes no discurso dos gestores que participaram da investigação de Sakai (2018). Estes relataram que os profissionais da saúde se fizeram presente no ambiente escolar promovendo campanhas, orientações e palestras. O PSE segundo os participantes criou uma ponte entre a Unidade Básica de Saúde e a escola.

A integração entre as unidades de saúde e educação também foi mencionada no trabalho de Uchôa (2012). Os gestores relataram que ocorreu uma maior interação entre os atores envolvidos no PSE.

A colaboração entre a escola e a comunidade local, além das autoridades locais e outras partes interessadas, foi considerada um fator positivo na implementação das ações de saúde escolar, de acordo com os gestores dinamarqueses participantes da

pesquisa de Simovska e Prøsch (2016). O apoio da família igualmente foi visto como um facilitador para a implementação das ações da Escola Promotora de Saúde segundo gestores canadenses entrevistados por Storey *et al.* (2016).

A integração entre professores, estudantes, funcionários da escola, família, bem como agentes externos, tais como autoridades locais e associações comunitárias foi de suma importância para o desenvolvimento de ações da EPS segundo gestores escolares israelenses entrevistados por Zach *et al.* 2017. Os participantes também relatam que as aulas de educação física e ciências foram as âncoras do programa, assim como os professores das respectivas disciplinas.

Tusset (2012) destaca que, segundo os sujeitos participantes de sua pesquisa, o comprometimento dos profissionais envolvidos diretamente no programa conseguiu atingir o acesso dos estudantes aos serviços de saúde, especificamente no caso das alunas gestantes.

De acordo com a referida autora, isso só foi possível por meio da aproximação entre os profissionais e a comunidade proporcionada pelo PSE. Além do vínculo estabelecido entre os estudantes adolescentes e os profissionais, este serviu de incentivo para que as alunas gestantes não se evadissem da escola.

A presença de parceiros no campo intra e intersetorial foi indicada pelos sujeitos da pesquisa de Tusset (2012) como um dos fatores que facilita o processo de implementação do Programa Saúde na Escola. Essas parcerias auxiliaram na execução das ações demandadas pelo PSE como palestras, oficinas, avaliações clínicas e antropométricas, até mesmo na resolução de diversos problemas que surgem durante o programa.

Nesse ponto de vista, a articulação com o professor de Educação Física segundo os participantes ocorria de forma pontual. Entretanto Tusset (2012) chama a atenção para a necessidade de uma participação mais ativa desse profissional, já que sua potencialidade não está sendo fortemente explorada, porque a formação em Educação Física engloba tanto o arcabouço teórico pedagógico quanto da saúde. Cabe ressaltar que o professor de Educação Física tem as mesmas atribuições que os demais docentes. No entanto, pode colaborar de forma diferenciada, uma vez que a formação que possui abriga temas de interesse da Escola Promotora de Saúde.

Nesse sentido, as parcerias com centros comunitários, ONGs, igrejas e outros equipamentos sociais que possam propiciar a prática de esportes e atividades físicas também é visto como um elemento facilitador no discurso dos participantes da investigação de Gomes e Horta (2010).

Os principais fatores considerados como facilitadores para a implementação de um programa de saúde escolar conforme gestores sul-africanos participantes da investigação realizada por Keothaile (2016) são: a colaboração das partes interessadas, abordagem multifacetada, comunicação e conhecimento dos implementadores.

A colaboração das partes interessadas atesta, segundo a pesquisa de Keothaile (2016), que os agentes escolares são fundamentais em todo o processo de implementação, desde o planejamento inicial das atividades. O envolvimento precoce é importante para um planejamento bem-sucedido e segundo Keothaile (2016), o sucesso do programa reside na colaboração ativa entre escola, família e a comunidade.

A investigação de Keothaile (2016) assinala que existem vários métodos de comunicação para obter a aceitação dos pais e de outros públicos-alvo essenciais para a implementação de um programa de saúde escolar. Entre tais métodos destaca: informações sobre o programa compartilhado para os pais durante os eventos da escola; o envio de mensagens de voz automatizadas para os pais sobre os programas de saúde oferecidos nas escolas; Boletim escolar circulante com informações sobre saúde programas; envio de cartas aos pais através dos estudantes.

As características positivas para a implementação da iniciativa da promoção de saúde nas escolas primárias irlandesas segundo os gestores entrevistados por Bennett *et al* (2013) foram o apoio profissional, reportando-se também sobre envolvimento dos pais e a integração curricular. Keshavarz *et al.* (2010) relatam em seu trabalho que gestores escolares australianos também assinalaram as interações positivas entre a escola, as famílias e a comunidade local, como elemento facilitador para a introdução de programas de saúde na escola.

A confiança dos atores envolvidos no processo nos benefícios das atividades de promoção para a melhoria da saúde foi fundamental, de acordo com os gestores búlgaros, entrevistados por Gorgieva, Kamburova e Un (2017), para assegurar a parceria necessária visando a implementação da iniciativa EPS. Especificamente nesta

pesquisa a grande adesão familiar facilitou a implementação das atividades de promoção de saúde organizadas na escola.

Esses atributos também foram evidenciados como facilitadores na perspectiva de gestores investigados por Mclsaac *et al.* (2015). A capacidade organizacional da escola, ou seja, sua colaboração, compromisso e liderança, emergiu como uma importante contribuição para as práticas envolvendo a Escola Promotora de Saúde. Um programa de saúde bem sucedido só foi possível de ser implementado através da colaboração e empenho entre professores, funcionários da escola, pais e voluntários.

Os gestores dinamarqueses participantes da pesquisa Bonde *et al.* (2018) relataram que o apoio de toda equipe foi um fator primordial para a implementação da iniciativa escola promotora de saúde, influenciando as ações de forma positiva, sobretudo, dando seguimento às orientações realizadas pelos gestores.

Os facilitadores mais comumente relatados no trabalho de Chrisman, Patel e Alonzo (2019) para a implementação de programas de promoção de saúde, segundo diretores que atuam em Kansas City (Estados Unidos) é a importância da temática da saúde para o ensino em sala de aula, a inclusão dessa temática no currículo escolar, além do interesse pessoas da equipe em promover o trabalho envolvendo a saúde. Gestores entrevistados por Mclsaac *et al.* (2015) ressaltaram que o currículo escolar englobando a temática da saúde emergiu como um componente positivo para a implementação da Escola Promotora de Saúde.

Elementos de uma cultura escolar solidária também foi um elemento facilitador de acordo com Mclsaac *et al.* (2013), através da colaboração entre os diversos parceiros escolares. As iniciativas de saúde escolar foram percebidas como sendo mais fácil de implantar e manter quando essas estavam ajustadas com a cultura escolar. Além disso, promover uma abordagem envolvendo toda a escola através da colaboração entre os diversos atores escolares ajudou a assegurar que as iniciativas foram. Os funcionários da escola e os parceiros da saúde pública prestaram um apoio importante ao identificar recursos potenciais na comunidade e reconhecer as oportunidades para reforçar mensagens saudáveis.

Os materiais de apoio que são disponibilizados nas unidades escolares que participam do PSE foram considerados facilitadores pelos participantes da pesquisa de

Tusset (2012), visto que as cartilhas diversas sobre as doenças auxiliaram na implementação do programa.

Essa questão é reafirmada na pesquisa de Uchôa (2012) cuja a contrapartida do Programa Saúde na Escola segundo os gestores entrevistados em fornecer recursos como equipamentos, materiais didáticos e afins, se constituiu em um elemento facilitador para a implementação do PSE.

No trabalho de Silva *et al.* (2015), os gestores destacam o envolvimento dos professores em realizar um trabalho englobando as diversas questões relacionadas à saúde, orientando as crianças e adolescentes sobre as várias doenças, estimulando o autocuidado e fomentando que esses se tornem agentes multiplicadores na própria comunidade.

Os aspectos positivos principais para a implementação do PSE tornaram-se mais evidentes segundo Uchôa (2012) quando ocorreu uma forte parceria entre a unidade de saúde e de educação, trabalhando conjuntamente para realizar o programa em sua plenitude. Gomes e Horta (2010) ressaltam que as ações são mais dificultosas de concretizar quando ocorrem de forma isolada entre os setores, mas indubitavelmente mais eficazes, se baseadas em esforços conjuntos realizados pela tríade educação, saúde e família.

Abordagem multifacetada indica, conforme Keothaile (2016), que a aplicação de um tratamento interdisciplinar é benéfica para o sucesso do programa. Atividades escolares integradas e abrangentes são fundamentais para a sua implementação. As atividades devem englobar toda a comunidade escolar e não apenas o estudante individualmente.

Na investigação de Díaz-Vicario e Gairín Sallán (2017), gestores de escolas estatais espanholas indicaram a disponibilidade de recursos financeiros como um fator facilitador para abordar as questões referentes à saúde. Tais fundos, segundo os entrevistados, eram suficientes para garantir que a escola pudesse realizar suas atividades planejadas em condições adequadas. Na investigação de Storey *et al.* (2016), gestores escolares canadenses afirmaram que o apoio financeiro ao projeto facilitou a sua execução.

O financiamento e as oportunidades de formação relacionados com a temática, segundo Mclsaac *et al.* (2013), foram úteis para facilitar a ação nas escolas. Os fatores facilitadores, conforme gestores canadenses, estavam relacionados com a liderança política e a capacidade organizacional escolar segundo Mclsaac *et al.* (2013). Ficou claro, segundo Mclsaac *et al.* (2013), que a liderança do gestor escolar fomentou a promoção da saúde nas escolas. Diretores foram atores importantes para iniciativas de saúde escolar, colaborando com as decisões que apoiaram práticas escolares saudáveis.

Gestores escolares indianos relataram na pesquisa de Shinde *et al.* 2007 que a realização de reuniões periódicas envolvendo toda a equipe escolar impulsionou positivamente o planejamento e implementação das ações de promoção de saúde na escola. Conseqüentemente, o engajamento da equipe nas atividades de intervenção foi fundamental para a viabilidade do programa. Os gestores investigados por Díaz-Vicario e Gairín Sallán (2017) ressaltaram também que os papéis da equipe estavam claramente delineados, o que favoreceu de forma positiva a implementação da iniciativa.

4.4 APROXIMAÇÕES ENTRE OS CENÁRIOS

Ao analisar as pesquisas realizadas tanto em âmbito nacional como no internacional, percebemos diversas aproximações entre os trabalhos investigados. Inicialmente, nota-se que a implementação de um programa de promoção de saúde escolar é deveras complexa, tendo em vista a multiplicidade de fatores envolvidos como estudantes, profissionais (docentes, demais profissionais escolares, técnicos da saúde), família, comunidade, políticas públicas, recursos financeiros, entre outros, para garantir a execução e efetivação dessa proposta.

Em ambos os contextos se percebe que os fatores propulsores ou dificultadores para a implantação de um programa de saúde escolar emerge da relação entre escola, família, comunidade e fatores políticos-orçamentários. O gestor escolar, portanto, é figura central e fundamental para articular esses diversos fatores almejando o sucesso das ações.

O gestor no uso das atribuições tem a possibilidade e a expertise para organizar e conduzir intervenções mais eficazes envolvendo o campo intra e intersetorial, fortalecendo o trabalho em equipe, identificando as necessidades e demandas da sua unidade escolar, utilizando metodologias participativas, envolvendo, dessa forma, toda a comunidade escolar.

Portanto, apesar das especificidades na enumeração desses fatores que contemplam as barreiras bem como os fatores facilitadores para a implantação de um programa de saúde escolar, podemos inferir que a figura do gestor enquanto líder e agente organizador das rotinas administrativas e pedagógicas do espaço escolar é de fundamental importância para auxiliar no processo de implementação dos programas de promoção de saúde, desde organizar a rotina escolar, auxiliar no processo de integração dos agentes escolares, envolvendo uma maior colaboração junto a família e a comunidade, para a implementação e a consolidação dos programas, até mesmo pleiteando verbas e parcerias para que o programa tenha uma maior adesão e assim, seja melhor efetivado.

Cabe ressaltar que apenas um trabalho mencionou a autoeficácia em sua discussão. Liu *et al.* (2019) apontou a influência da liderança dos gestores escolares na autoeficácia dos professores, cujos profissionais desempenham um importante papel no encorajamento dos docentes a se apropriar do conhecimento necessário e no apoio contínuo a eles para o sucesso das escolas promotoras de saúde. Entretanto, não encontramos nenhum trabalho que aborde a autoeficácia do gestor escolar na perspectiva da promoção de saúde na escola.

5 OBJETIVOS DA PESQUISA

Considerando as seguintes questões da pesquisa: 1) quais os níveis das crenças de autoeficácia dos gestores escolares para a promoção de uma escola saudável?; 2) quais são na percepção dos gestores escolares os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças para a promoção de uma escola saudável?; 3) Há correlação entre os níveis de autoeficácia, as variáveis pessoais e os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças para a promoção de uma escola saudável?, o presente estudo se propôs a identificar, analisar e discutir a crença de autoeficácia dos gestores escolares para promover a escola saudável, buscando também, averiguar quais são os fatores facilitadores e dificultadores para se promover a escola saudável, na percepção dos gestores escolares.

Com esse estudo, buscamos notadamente os seguintes objetivos específicos:

- a) Mensurar a autoeficácia dos gestores escolares para a promoção de uma escola saudável;
- b) Identificar e analisar os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças, por meio da matriz SWOT², para a promoção de uma escola saudável;
- c) Analisar as associações entre a autoeficácia para promover saúde na escola, as variáveis pessoais e as variáveis contextuais.

² Ferramenta de análise comumente utilizada no campo empresarial com vistas à recolha de dados para a utilização no planejamento estratégico.

6 METODOLOGIA

6.1 Caracterização da pesquisa

A pesquisa trata-se de um estudo descritivo, do tipo transversal. De acordo com Medronho (2008), os estudos descritivos possibilitam conhecer como uma ou mais características que sejam individuais ou coletivas, se distribuem na população. Gil (2002) define a pesquisa descritiva como a que visa descrever as características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis e envolve o uso de técnicas padronizadas de coleta de dados.

Estudos transversais, por sua vez, identificam a situação de uma população em um determinado momento, como instantâneos da realidade. São estudos em que a exposição ao fator ou causa estão presentes ao efeito no mesmo momento ou intervalo de tempo analisado, apresentando-se como um corte instantâneo que se faz numa população por meio de uma amostragem, examinando-se na amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência do efeito (HADDAD, 2004; ROUQUAYROL & ALMEIDA, 2006).

6.2 PARTICIPANTES DO ESTUDO

No estudo, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: gestores que atuam na cidade escolhida como *lôcus* da pesquisa; mínimo de um ano de exercício no(a) cargo/função, atuar na Educação Infantil e/ou Anos Iniciais do Ensino Fundamental, ser profissional efetivo da rede pública municipal de ensino. Entre os critérios de exclusão foram elencados: recusa em assinar o termo de consentimento livre e esclarecido; profissionais aposentados; profissionais da rede privada ou estadual.

A partir dos critérios adotados, participaram da pesquisa 104 gestores escolares que compõem o quadro do magistério municipal (diretores, vice-diretores e coordenadores pedagógicos) de uma rede pública de ensino do interior paulista que atuam na educação infantil e nos anos iniciais do ensino fundamental.

6.2.1 Caracterização da Amostra

Na Tabela 1 é apresentada a caracterização sociodemográfica dos 104 gestores escolares participantes na pesquisa. A maioria é do sexo feminino (90.4%) e tem idade de 41 a 50 anos (59.6%). Predominam os gestores graduados em instituições privadas (89.4%) entre 1991 e 2000 (36.5%) e 2001 e 2010 (50.0%). A maioria possui uma pós-graduação (96.2%) – 79.8% têm uma Especialização, 19.2% Mestrado e 1.9% Doutorado.

Tabela 1. Caracterização sociodemográfica e formação (N = 104).

Variáveis		n	%
Sexo	Feminino	94	90.4%
	Masculino	10	9.6%
Idade (anos)	Até 30 anos	2	1.9%
	De 31 a 40 anos	20	19.2%
	De 41 a 50 anos	62	59.6%
	De 51 a 60 anos	15	14.4%
	De 61 a 70 anos	3	2.9%
	Acima de 70 anos	2	1.9%
Ano de conclusão da graduação/ licenciatura	Entre 1971 e 1980	3	2.9%
	Entre 1981 e 1990	6	5.8%
	Entre 1991 e 2000	38	36.5%
	Entre 2001 e 2010	52	50.0%
	Entre 2011 e 2020	5	4.8%
Tipo de instituição que concluiu a graduação	Privada	93	89.4%
	Pública	11	10.6%
Curso de pós-graduação	Não	4	3.8%
	Sim	100	96.2%
Especialização	Não	21	20.2%
	Sim	83	79.8%
Mestrado	Não	84	80.8%
	Sim	20	19.2%
Doutorado	Não	102	98.1%
	Sim	2	1.9%

Fonte: Dados da pesquisa

Na Tabela 2 são apresentados os resultados da caracterização dos gestores quanto aos dados profissionais.

Tabela 2. Caracterização quanto aos dados profissionais (N = 104).

Variáveis		n	%
Cargo que ocupa	Coordenador(a) Pedagógico(a)	43	41.3%
	Diretor(a)	37	35.6%
	Vice-Diretor(a)	24	23.1%
Tempo que atua na gestão escolar	1 a 5 anos	42	40.4%
	6 a 10 anos	30	28.8%
	11 a 15 anos	12	11.5%
	16 a 20 anos	11	10.6%
	Acima de 20 anos	9	8.7%
Jornada de trabalho na semana	Até 10 horas semanais	6	5.8%
	de 31 a 40 horas semanais	83	79.8%
	Acima de 40 horas semanais	15	14.4%
Nível de ensino que atua	Educação Infantil	35	33.7%
	Educação Infantil e Ensino Fundamental	51	49.0%
	Ensino Fundamental	18	17.3%
Nível de ensino que lecionava antes de ser gestor			
Educação Infantil	Não	39	37.5%
	Sim	65	62.5%
Ensino Fundamental	Não	18	17.3%
	Sim	86	82.7%
Ensino Médio	Não	89	85.6%
	Sim	15	14.4%
Educação de Jovens e Adultos	Não	93	89.4%
	Sim	11	10.6%
Anos de atuação como professor antes de assumir a gestão escolar	até 5	8	7.7%
	de 6 a 10	40	38.5%
	de 11 a 15	31	29.8%
	de 16 a 20	15	14.4%
	acima de 20	10	9.6%

Fonte: Dados da pesquisa

Relativamente ao cargo, 41.3% são Coordenadores Pedagógicos, 35.6% Diretores e 23.1% Vice-Diretores.

Na tabela 3 são apresentados os resultados da caracterização dos gestores quanto ao ambiente escolar.

Tabela 3. Caracterização quanto ao ambiente escolar (N = 104).

Variáveis		n	%
Número de alunos da escola	de 51 a 300	51	49.0%
	de 301 a 500	31	29.8%
	de 501 a 1000	19	18.3%
	acima de 1001	3	2.9%
“A infraestrutura (espaço, material, equipamentos etc.) destinada à sua atividade profissional é”	Totalmente inadequada	0	0.0%
	Pouco Adequada	26	25.0%
	Adequada	73	70.2%
	Totalmente Adequada	5	4.8%
“O quanto você se sente apoiado(a) pelos demais profissionais (vice-direção, coordenação, professores, etc.) da unidade escolar que trabalha?”	Muito pouco	0	0.0%
	Pouco	4	3.8%
	Nem muito e nem pouco	13	12.5%
	Muito	60	57.7%
	Totalmente	27	26.0%
“O quanto você sente que pode expressar livremente suas ideias em reuniões da escola (conselhos de classe, de pais e mestres etc.)?”	Muito pouco	0	0.0%
	Pouco	7	6.7%
	Nem muito e nem pouco	10	9.6%
	Muito	55	52.9%
	Totalmente	32	30.8%
“O quanto você se sente apoiado(a) pelos profissionais da Secretaria Municipal de Educação (supervisores, diretores de departamentos, técnicos etc.)?”	Muito pouco	1	1.0%
	Pouco	6	5.8%
	Nem muito e nem pouco	38	36.5%
	Muito	49	47.1%
	Totalmente	10	9.6%
“De maneira geral, o quanto você se sente preparado (a) para promover discussões sobre saúde na escola junto aos profissionais com que atua em sua unidade escolar?”	Muito pouco	5	4.8%
	Pouco	24	23.1%
	Nem muito e nem pouco	45	43.3%
	Muito	23	22.1%
	Totalmente	7	6.7%
“Atualmente, o quanto você se sente satisfeito(a) como gestor?”	Muito pouco	1	1.0%
	Pouco	7	6.7%
	Nem muito e nem pouco	28	26.9%
	Muito	53	51.0%
	Totalmente	15	14.4%

Fonte: Dados da pesquisa

Na tabela 4 são apresentados os resultados da caracterização dos gestores quanto ao estado de saúde, atividade física e alimentação.

Tabela 4. Caracterização quanto ao estado de saúde, atividade física e alimentação (N = 104).

Variáveis		n	%
Percepção do estado de saúde atual			
Estado de saúde física	1 Muito pouco saudável	1	1.0%
	2	11	10.6%
	3	28	26.9%
	4	61	58.7%
	5 Totalmente saudável	3	2.9%
Estado de saúde emocional ³	1 Muito pouco saudável	3	2.9%
	2	16	15.4%
	3	27	26.0%
	4	52	50.0%
	5 Totalmente saudável	6	5.8%
Estado de saúde social	1 Muito pouco saudável	1	1.0%
	2	11	10.6%
	3	23	22.1%
	4	60	57.7%
	5 Totalmente saudável	9	8.7%
Estado de saúde mental ⁴	1 Muito pouco saudável	2	1.9%
	2	11	10.6%
	3	27	26.0%
	4	57	54.8%
	5 Totalmente saudável	7	6.7%
“Considerando as respostas da questão anterior, o quanto você atribui esses valores ao ambiente escolar?”	Muito pouco	4	3.8%
	Pouco	10	9.6%
	Nem muito e nem pouco	25	24.0%
	Muito	60	57.7%
	Totalmente	5	4.8%
“Você pratica exercícios físicos regulares (entre 3 e 7 vezes por semana)?”	Não	36	34.6%
	Às vezes (menos que 3 vezes por semana)	32	30.8%
	Sim	36	34.6%
“Você considera a sua alimentação diária como sendo:”	Muito pouco saudável	2	1.9%
	Pouco saudável	10	9.6%
	Nem muito nem pouco saudável	54	51.9%
	Muito saudável	36	34.6%
	Totalmente saudável	2	1.9%

Fonte: Dados da pesquisa

³ A saúde emocional pode ser definida em termos de habilidade de um indivíduo em envolver-se completamente em suas ações e comportamento. (LOWEN, 1977).

⁴ Saúde Mental é um estado de bem-estar no qual o indivíduo percebe o seu próprio potencial, é capaz de lidar com o stress normal da vida, trabalhar de forma produtiva e frutífera e de dar um contributo para a sua comunidade (OMS, 2005).

6.3 INSTRUMENTOS PARA A COLETA DE DADOS

6.3.1 Questionário de caracterização do participante

Esse instrumento, baseado em laochite (2007), é composto por 23 questões fechadas. Tem por objetivo caracterizar aspectos sociodemográficos como idade e sexo e, aqueles relacionados à atividade profissional, como formação, tempo de exercício da profissão, nível de ensino que atua, entre outros.

Alguns dos itens que compõem o questionário são: “De maneira geral, o quanto você se sente preparado(a) para promover discussões sobre saúde na escola junto aos profissionais com que atua em sua unidade escolar?”; “Atualmente, o quanto você se sente satisfeito(a) como gestor?”. Além disso, foram acrescentadas questões relacionadas à saúde do gestor como, por exemplo: “Marque sua resposta numa escala de 1 a 5, sendo 1 para "Nada saudável" e 5 para "Totalmente saudável", para responder a seguinte indagação: O quanto você acha que está saudável com relação ao seu estado de saúde física atual” e; “Considerando a sua resposta anterior, o quanto você atribui esse valor ao ambiente escolar?”.

6.3.2 Escala de autoeficácia para promoção de uma Escola Saudável

O instrumento buscou identificar as fontes de constituição da Autoeficácia no domínio avaliado, construído a partir das diretrizes propostas por Bandura (2006) e Fisher (2011) e, baseado na literatura que trata especificamente das escolas promotoras de saúde. A Escala de Autoeficácia para a Promoção de uma Escola Saudável é composta por 34 itens, divididos em três dimensões com resposta em escala de Likert de 5 pontos – de 1 = “Não posso de forma alguma” a 5 = “Posso totalmente”. Scores mais altos da escala de resposta correspondem a mais autoeficácia. Os escores das dimensões foram calculados através da média das pontuações dos itens da respectiva dimensão.

O escore da Autoeficácia total foi obtido através da média dos escores dos 34 itens. Escores mais altos nas dimensões e no total indicam mais autoeficácia. O valor

do Alpha de Cronbach da autoeficácia total foi de 0.96, indicando um excelente nível de confiabilidade do instrumento. Quanto às dimensões da Autoeficácia, todos apresentaram Alpha de Cronbach superior a 0.80, sendo indicadores de níveis de confiabilidade muito bons a excelente: “Pedagógico” (Alpha de Cronbach = 0.80), “Gerenciais” (Alpha de Cronbach = 0.92) e “Emocionais e relacionamento interpessoal” (Alpha de Cronbach = 0.91).

6.3.3 Matriz SWOT

A matriz SWOT, termo em inglês para Strengths (Forças), Weaknesses (Fraquezas), Opportunities (Oportunidades) e Threats (Ameaças), ou matriz FOFA (em português), trata-se de ferramenta amplamente utilizada no planejamento de gestão estratégica. É uma ferramenta estrutural utilizada para a avaliação estratégica, e atualmente é muito utilizada para realizar análise de um cenário ou ambiente como base para gestão e planejamento estratégico de uma organização. Constitui-se de um diagrama que facilita uma visão sistêmica: a visão do todo, a interação entre as partes e a relação entre cada um dos fatores (DALCORSO, 2011).

A matriz SWOT divide o foco da avaliação em: análise do ambiente interno, que permite a identificação das Forças e Fraquezas da instituição, e, análise do ambiente externo, ou seja, análise das Oportunidades e Ameaças para esta mesma instituição (DALCORSO, 2011).

As Forças e Fraquezas, segundo Dalcorso (2011), são fatores internos de criação de valor (ou destruição), como competências ou recursos que uma organização (instituição) tem à sua disposição para atingir seus objetivos. As Oportunidades e Ameaças, em contrapartida, são fatores externos de criação (ou destruição) de valor, que não são controlados pela organização (instituição), mas influencia fortemente a organização (instituição). Emergem de fatores demográficos, econômicos, políticos, tecnológicos, sociais ou legais.

No contexto desta pesquisa, esse instrumento averiguou os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças para a promoção de uma escola saudável.

6.4 PROCEDIMENTOS PARA COLETA DE DADOS

Os procedimentos elencados para a coleta de dados foram realizados da seguinte forma:

- a) Solicitação de autorização da Secretaria Municipal de Educação para a realização do estudo;
- b) Contato com os gestores da referida rede para a participação no estudo;
- c) Após o aceite da participação no estudo, os profissionais assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido;
- d) Posteriormente a concordância do termo foi encaminhado aos gestores escolares um link contendo os seguintes instrumentos: questionário de caracterização do participante, escala de autoeficácia para promoção de uma escola saudável e a matriz SWOT.

Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa do Instituto de Biociências da UNESP de Rio Claro, onde foi aprovado sob o protocolo número 3.709.737. Após a aprovação da pesquisa, foi enviado um requerimento à Secretaria Municipal de Educação de Limeira, solicitando a devida autorização para a realização da pesquisa.

Inicialmente o levantamento ocorreria de forma presencial com instrumentos físicos. Entretanto, em decorrência da pandemia provocada pela COVID-19, ferramentas eletrônicas/virtuais foram utilizadas como método para coleta de dados. Foi encaminhado via e-mail e aplicativo de mensagens instantâneas um link contendo o direcionamento para um formulário do Google que continha o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Após o aceite, a ferramenta forneceu um link que direcionava o participante para site *onlinepesquisa.com*, cujos instrumentos estavam hospedados.

O preenchimento dos instrumentos levava cerca de aproximadamente 30 minutos e todas as dúvidas que surgiram durante o preenchimento foram respondidas pelo pesquisador.

6.5 ANÁLISE DOS DADOS

A análise estatística de dados foi realizada com o programa IBM SPSS, versão 26 para Windows (IBM Corp. Released, 2018).

A confiabilidade da escala total da autoeficácia e das dimensões foi avaliada através do Alpha de Cronbach, considerando as referências propostas por Hair et al. (2010): o Alpha de Cronbach deve ser superior a 0.70 para garantir a confiabilidade das dimensões.

Para o estudo da associação entre variáveis foram utilizados os seguintes testes estatísticos:

- Teste T de Student – para a comparação das diferenças entre dois grupos independentes quanto a variáveis quantitativas (scores das escalas da autoeficácia);
- ANOVA – para a comparação das diferenças entre três ou mais grupos independentes quanto a variáveis quantitativas (scores das escalas da autoeficácia);
- Teste Exato de Fisher – para o estudo da associação entre variáveis categóricas (qualitativas);
- Coeficiente de Correlação de Spearman – para o estudo da associação entre variáveis quantitativas e variáveis ordinais.

Foi considerado um nível de significância de 5%, ou seja, as associações estudadas foram consideradas estatisticamente significativas quando o valor de significância foi inferior a 0.05 ($p < 0.05$). Foram ainda destacados os casos com valor de significância próximo deste nível de significância ($0.05 < p < 0.10$).

7 RESULTADOS

A apresentação dos resultados da pesquisa foi dividida em três blocos, contemplando os objetivos do trabalho. No primeiro bloco apresentam-se os resultados advindos da escala de autoeficácia dos gestores escolares para a promoção de uma escola saudável, seguido pelo segundo bloco, em que são expostos os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças, para a promoção de uma escola saudável, resultados oriundos da matriz Swot. O terceiro bloco contém as associações entre a autoeficácia para promover saúde na escola e as variáveis pessoais e contextuais.

7.1 BLOCO 1: AUTOEFICÁCIA PARA A PROMOÇÃO DE UMA ESCOLA SAUDÁVEL

Os escores da Escala de Autoeficácia para Promoção de uma Escola Saudável e de suas dimensões foram calculados através da média das pontuações dos seus itens, podendo variar no mínimo de um ao máximo de cinco, sendo que pontuações elevadas representam melhores níveis de autoeficácia de gestores escolares para a promoção de uma escola saudável.

Os resultados da autoeficácia (Tabela 5 e Figuras, 8 e 9) mostram que as médias das dimensões e do escore total foram superiores a 3.60, sendo, portanto, indicadores de níveis de autoeficácia moderados. As análises das percentagens por intervalo dos escores confirmam os níveis moderados de autoeficácia, com mais de 90% de gestores a apresentarem escores acima do ponto médio da escala (3) tanto na autoeficácia total como nas suas dimensões.

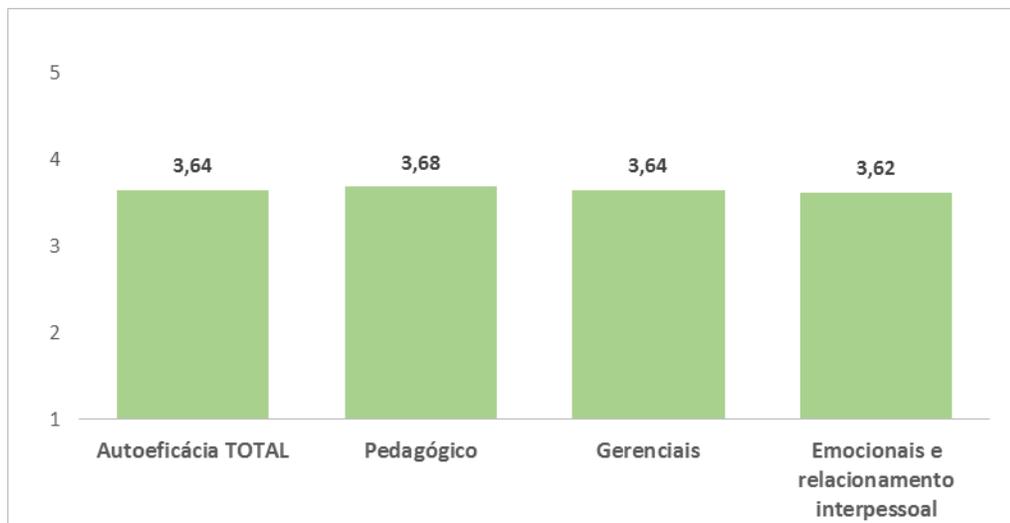
Não houve diferença significativa entre as dimensões da escala, como ilustrado na Tabela 5 e Figuras 8 e 9. Os escores médios das três dimensões, Pedagógico, Gerenciais e Emocionais e Relacionamento Interpessoal, da Escala de Autoeficácia para Promoção de uma Escola Saudável, foram próximos de quatro, respectivamente $M= 3,68$, $M= 3,64$ e $M= 3,62$, indicando níveis moderados de autoeficácia nestes domínios.

Tabela 5. Caracterização da autoeficácia (N = 104).

Dimensões	Mínimo - máximo	Média (DP)	Intervalos dos escores			
			[1-2[[2-3[[3-4[[4-5[
Pedagógico	2.00 - 5.00	3.68 (0.49)	0.0%	2.9%	62.5%	34.6%
Gerenciais	2.47 - 4.80	3.64 (0.46)	0.0%	8.7%	69.2%	22.1%
Emocionais e relacionamento interpessoal	2.57 - 4.93	3.62 (0.46)	0.0%	8.7%	69.2%	22.1%
Autoeficácia TOTAL	2.65 - 4.82	3.64 (0.44)	0.0%	9.6%	72.1%	18.3%

Fonte: Dados da pesquisa

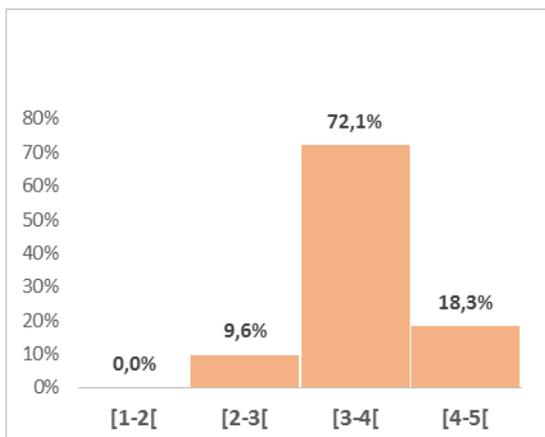
Figura 7 – Média dos escores de autoeficácia total e das suas dimensões.



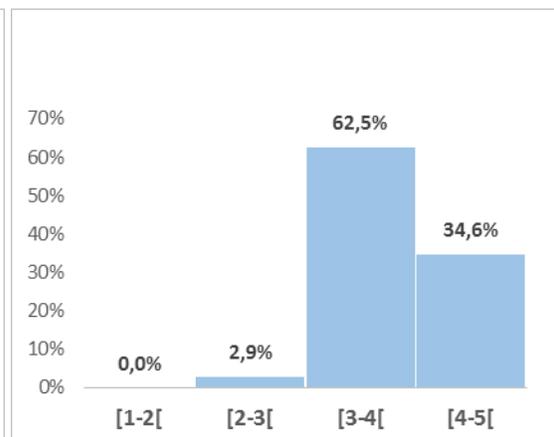
Fonte: Dados da pesquisa

Figura 8 – Percentagens por intervalos dos escores de autoeficácia total e das suas dimensões

a) Autoeficácia total

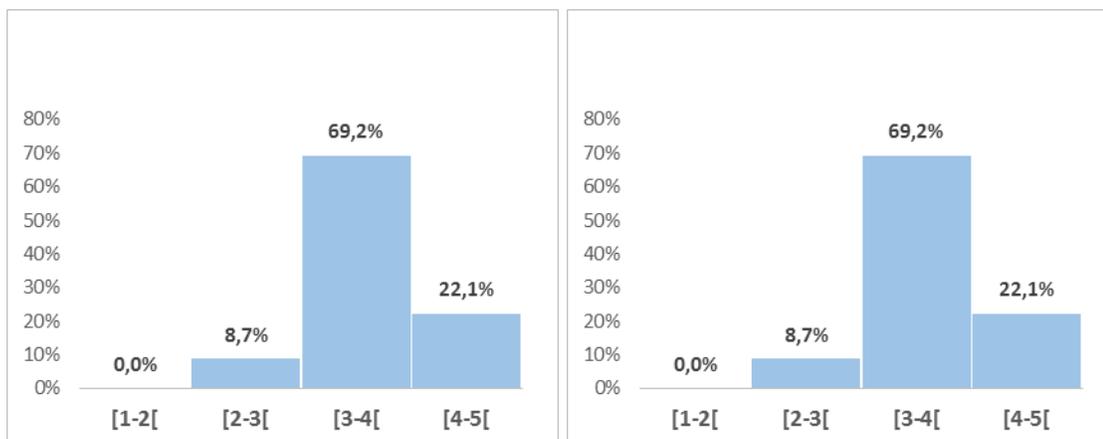


b) Dimensão "Pedagógica"



d) Dimensão “Gerenciais

e) Dimensão “Emocionais e relac. interpessoal”



Fonte: Dados da pesquisa

7.2BLOCO 2: PONTOS FORTES E FRACOS, AS OPORTUNIDADES E AMEAÇAS, PARA A PROMOÇÃO DE UMA ESCOLA SAUDÁVEL

Na Tabela 6 e Figura 10 são apresentados os resultados da matriz SWOT relativa à promoção de uma escola saudável. Inclui as respostas mais prevalentes relativamente aos fatores internos da escola (forças e fraquezas) e externos (oportunidades e ameaças). As questões da matriz SWOT foram respondidas por 90 gestores (14 não deram resposta a estas questões).

Tabela 6. Matriz SWOT – forças, fraquezas, oportunidades e ameaças (N = 90).

Matriz SWOT	n	%
Fatores INTERNOS da escola - FORÇAS (fatores positivos que auxiliam) para a promoção de uma escola saudável		
Equipe (professores e funcionários) comprometida, participativa, empenhada e sensível ao tema	47	52.2%
Recursos materiais	23	25.6%
Presença de professores especialistas (Educação Física)	18	20.0%
Apoio da direção	10	11.1%
Aulas de Ciências e de Educação Física	10	11.1%
Fatores INTERNOS da escola - FRAQUEZAS (fatores negativos que dificultam) para a promoção de uma escola saudável		
Falta de recursos materiais	23	25.6%
Resistência de parte do corpo docente a novos projetos	22	24.4%
Falta de tempo/sobrecarga de trabalho	18	20.0%
Dificuldade em mudar hábitos	9	10.0%

Falta de professores/funcionários	8	8.9%
Fatores EXTERNOS da escola - OPORTUNIDADES (fatores positivos que auxiliam) para a promoção de uma escola saudável		
Parcerias com universidades, serviços de saúde e de educação para desenvolver projetos, palestras ou cursos.	42	46.7%
Famílias participativas e comprometidas	26	28.9%
Espaço envolvente (espaços para lazer, centro de saúde, centro comunitário)	9	10.0%
Fatores EXTERNOS da escola - AMEAÇAS (fatores negativos que dificultam) para a promoção de uma escola saudável?		
Baixa participação das famílias nos projetos da escola	21	23.3%
Falta de apoio e de políticas de incentivo por parte das entidades públicas	16	17.8%
Maus hábitos alimentares e de estilo de vida nas famílias	13	14.4%
Falta de recursos (espaços para atividade física)	11	12.2%
Falta de profissionais especializados	7	7.8%
Baixo nível socioeconômico da comunidade	6	6.7%
Disponibilização de comida pouco saudável próximo da escola e campanhas de promoção de fast food.	4	4.4%

Fonte: Dados da pesquisa

Em relação às forças, 52.2% dos gestores indicaram à equipe a força mais referida como um fator positivo que auxilia para a promoção de uma escola saudável. Seguiram-se os recursos materiais da escola (25.6%) e a presença de professores especialistas⁵ (Educação Física) na escola (20.0%). Com percentagens menores foram referidos o apoio da direção (11.1%) e as aulas de Ciências e de Educação Física (11.1%).

Quanto às fraquezas da escola, as mais referidas foram à falta de recursos materiais (25.6%), a resistência de parte do corpo docente a novos projetos (24.4%) e a falta de tempo (devido à sobrecarga de trabalho) (20.0%) para a realização de projetos para a promoção de uma escola saudável. Foram ainda referidos a dificuldade em mudar hábitos enraizados nos alunos (10.0%) e a falta de professores e funcionários na escola (8.9%).

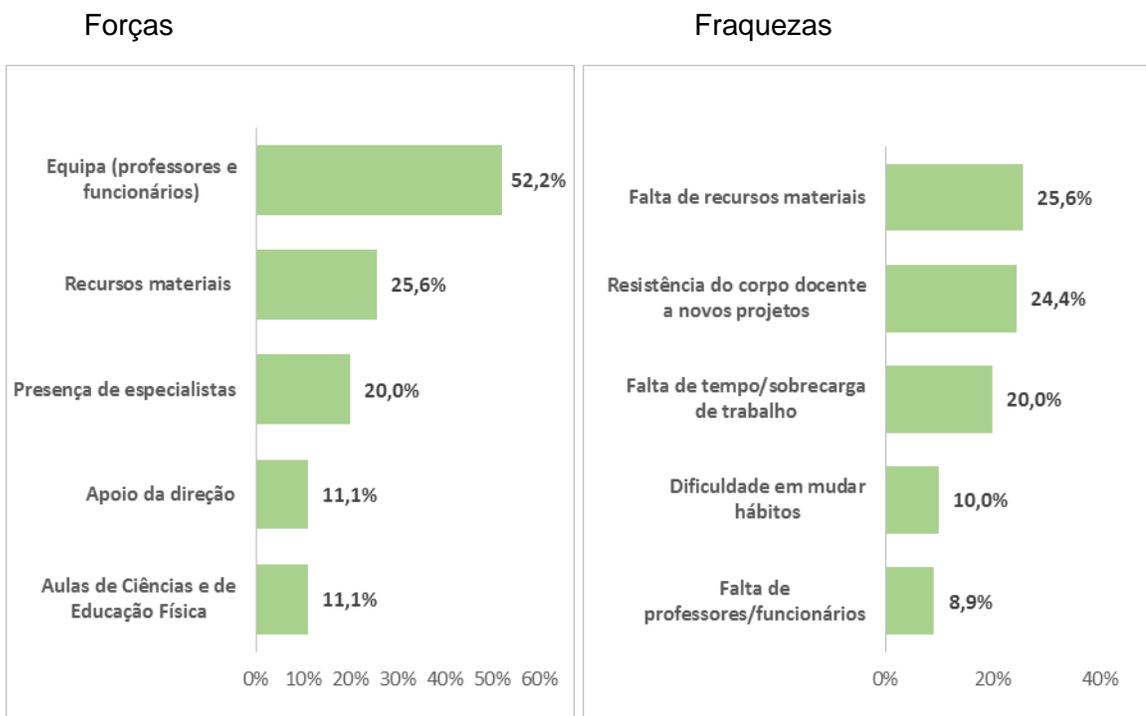
As parcerias com universidades, serviços de saúde ou de educação para desenvolver projetos, palestras ou cursos foram as oportunidades mais referidas pelos gestores – indicadas por 46.7%. Seguiram-se a existência de famílias participativas e

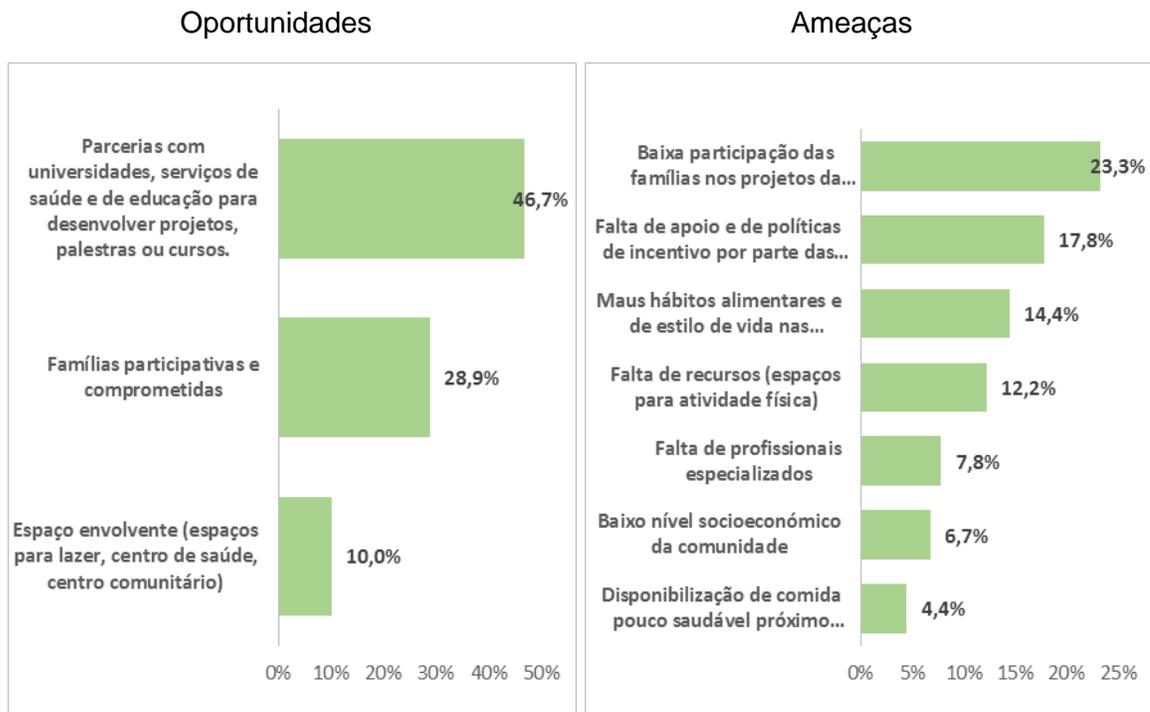
⁵ No município em questão, a terminologia do cargo de professor de Educação Física é “Professor Especialista de Educação Infantil e Ensino Fundamental- Educação Física”, chamados comumente de especialistas.

comprometidas (28.9%) e o espaço envolvente da escola (espaços para lazer, centro de saúde, centro comunitário) (10.0%).

Quanto às ameaças, a baixa participação das famílias nos projetos da escola (23.3%) e a falta de apoio e de políticas de incentivo por parte das entidades públicas (17.8%) foram as mais indicadas pelos gestores. Seguiram-se os maus hábitos alimentares e de estilo de vida nas famílias (14.4%), a falta de recursos (espaços para atividade física) (12.2%), a falta de profissionais especializados (7.8%), o baixo nível socioeconômico da comunidade (6.7%) e a disponibilização de comida pouco saudável próximo da escola e as campanhas de promoção de *fast food* (4.4%).

Figura 9. Matriz SWOT – percentagens das forças, fraquezas, oportunidades e ameaças mais prevalentes





Fonte: Dados da pesquisa

7.3 ASSOCIAÇÕES ENTRE A AUTOEFICÁCIA PARA PROMOVER SAÚDE NA ESCOLA E AS VARIÁVEIS PESSOAIS E CONTEXTUAIS.

Os resultados da Tabela 7 mostram que não existe associação significativa ($p > 0.05$) das características sociodemográficas e relativas à educação nem com a autoeficácia total nem com nenhuma das suas dimensões.

Apenas se registrou uma associação próxima da significância estatística entre o sexo a autoeficácia pedagógica ($p = 0.073$) – os gestores do sexo masculino ($M = 3.94$) apresentam níveis de autoeficácia pedagógica mais altos do que os do sexo feminino ($M = 3.65$).

Tabela 7. Relação das características sociodemográficas e educação com a autoeficácia ($N = 104$).

Variáveis		Autoeficácia			
		TOTAL	Pedagógico	Gerenciais	Emocionais e relac. interpessoal
Sexo	Feminino	3.63 (0.42)	3.65 (0.47)	3.64 (0.44)	3.62 (0.44)
	Masculino	3.67 (0.62)	3.94 (0.63)	3.63 (0.66)	3.62 (0.64)

		<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.773$	$p = 0.073$	$p = 0.979$	$p = 0.985$
Idade (anos)	Coef. Correlação	R = 0.010	R = -0.053	R = 0.047	R = -0.004	
	Spearman	$p = 0.917$	$p = 0.590$	$p = 0.633$	$p = 0.971$	
Ano de conclusão da graduação/ licenciatura	Coef. Correlação	R = -0.049	R = 0.021	R = -0.059	R = -0.069	
	Spearman	$p = 0.623$	$p = 0.835$	$p = 0.554$	$p = 0.483$	
Tipo de instituição que concluiu a graduação	Privada	3.64 (0.44)	3.68 (0.49)	3.65 (0.47)	3.62 (0.46)	
	Pública	3.58 (0.42)	3.64 (0.48)	3.54 (0.44)	3.60 (0.48)	
	<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.660$	$p = 0.773$	$p = 0.461$	$p = 0.910$	
Especialização	Não	3.59 (0.43)	3.70 (0.42)	3.56 (0.46)	3.58 (0.45)	
	Sim	3.65 (0.44)	3.67 (0.51)	3.66 (0.46)	3.63 (0.46)	
	<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.591$	$p = 0.849$	$p = 0.404$	$p = 0.681$	
Mestrado/doutorado	Não	3.63 (0.45)	3.66 (0.50)	3.64 (0.47)	3.60 (0.47)	
	Sim	3.67 (0.40)	3.75 (0.44)	3.63 (0.43)	3.68 (0.41)	
	<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.716$	$p = 0.431$	$p = 0.898$	$p = 0.496$	

NOTA: resultados apresentados na forma: Média (desvio-padrão); R – Coeficiente de Correlação de Spearman; p – valor de significância.

Fonte: Dados da pesquisa

Também não se registaram associações significativas das características profissionais com os níveis de autoeficácia ($p > 0.05$) (Tabela 8).

Tabela 8. Relação dos dados profissionais com a autoeficácia (N = 104).

Variáveis		Autoeficácia			Emocionais e relac. interpessoal
		TOTAL	Pedagógico	Gerenciais	
Cargo que ocupa	Coordenador(a)	3.58 (0.45)	3.67 (0.46)	3.58 (0.49)	3.56 (0.45)
	Pedagógico(a)				
	Diretor(a)	3.68 (0.39)	3.71 (0.52)	3.68 (0.41)	3.67 (0.43)
	Vice-Diretor(a)	3.66 (0.48)	3.65 (0.50)	3.67 (0.48)	3.65 (0.52)
	<i>ANOVA</i>	$p = 0.594$	$p = 0.885$	$p = 0.605$	$p = 0.506$
Tempo que atua na gestão escolar	Coef. Correlação	R = -0.119	R = -0.101	R = -0.091	R = -0.140
	Spearman	$p = 0.229$	$p = 0.306$	$p = 0.359$	$p = 0.155$
Jornada de trabalho na semana	Coef. Correlação	R = -0.079	R = 0.011	R = -0.127	R = -0.051
	Spearman	$p = 0.427$	$p = 0.911$	$p = 0.200$	$p = 0.610$
Nível de ensino que atua	Educação Infantil	3.64 (0.38)	3.64 (0.45)	3.67 (0.41)	3.62 (0.41)
	Educação Infantil e Ensino Fundamental	3.61 (0.46)	3.64 (0.53)	3.60 (0.49)	3.60 (0.49)
	Ensino Fundamental	3.70 (0.48)	3.84 (0.44)	3.67 (0.51)	3.67 (0.51)
	<i>ANOVA</i>	$p = 0.736$	$p = 0.281$	$p = 0.773$	$p = 0.828$
Anos de atuação como professor antes de assumir a gestão escolar	Coef. Correlação	R = -0.019	R = 0.080	R = 0.005	R = -0.061
	Spearman	$p = 0.846$	$p = 0.421$	$p = 0.961$	$p = 0.542$

NOTA: resultados apresentados na forma: Média (desvio-padrão); R – Coeficiente de Correlação de Spearman; p – valor de significância.

Fonte: Dados da pesquisa

Os resultados do estudo da associação do ambiente escolar com a autoeficácia são apresentados na Tabela 9. Os resultados mostram a existência de uma correlação negativa entre o número de alunos da escola e os níveis de autoeficácia, indicando que quanto mais alunos têm as escolas, menores são os níveis de autoeficácia dos gestores.

Tabela 9. Relação do ambiente escolar com a autoeficácia (N = 104).

Variáveis		Autoeficácia			Emocionais e relac. interpessoal
		TOTAL	Pedagógico	Gerenciais	
Número de alunos da escola	Coef. Correlação Spearman	R = -0.198 p = 0.044	R = -0.148 <i>p = 0.133</i>	R = -0.193 p = 0.050	R = -0.203 p = 0.039
Infraestrutura	Coef. Correlação Spearman	R = 0.204 p = 0.038	R = 0.238 p = 0.015	R = 0.174 <i>p = 0.077</i>	R = 0.214 p = 0.029
Apoio dos demais profissionais da unidade escolar	Coef. Correlação Spearman	R = 0.328 p = 0.001	R = 0.297 p = 0.002	R = 0.388 p < 0.001	R = 0.252 p = 0.010
Liberdade para expressar opiniões nas reuniões da escola	Coef. Correlação Spearman	R = 0.371 p < 0.001	R = 0.394 p < 0.001	R = 0.373 p < 0.001	R = 0.338 p < 0.001
Apoio dos profissionais da Secretaria Municipal de Educação	Coef. Correlação Spearman	R = 0.178 <i>p = 0.071</i>	R = 0.130 <i>p = 0.187</i>	R = 0.197 p = 0.045	R = 0.138 <i>p = 0.164</i>
Preparação para promover discussões sobre saúde na escola	Coef. Correlação Spearman	R = 0.270 p = 0.006	R = 0.277 p = 0.004	R = 0.250 p = 0.011	R = 0.234 p = 0.017
Satisfação como gestor	Coef. Correlação Spearman	R = 0.329 p = 0.001	R = 0.356 p < 0.001	R = 0.348 p < 0.001	R = 0.237 p = 0.016

NOTA: resultados apresentados na forma: Média (desvio-padrão); R – Coeficiente de Correlação de Spearman; p – valor de significância.

Fonte: Dados da pesquisa

De uma forma geral, as correlações das variáveis relativas à percepção dos gestores sobre o ambiente escolar e satisfação são positivas, fracas e, na maioria, significativas, indicando que quanto mais bem avaliada é a percepção sobre a infraestrutura, o apoio dos demais profissionais da unidade escolar, a liberdade para expressar opiniões nas reuniões da escola, o apoio dos profissionais da Secretaria Municipal de Educação, a preparação para promover discussões sobre saúde na escola e a satisfação como gestor, mais alta é a autoeficácia do gestor para a promoção de uma escola saudável.

Os resultados da Tabela 10 mostram a existência de correlações positivas da percepção do estado de saúde com a autoeficácia, indicando que quanto mais bem avaliado é o estado de saúde, maior é a autoeficácia dos gestores. As correlações foram fracas e significativas com a saúde emocional e com a saúde social.

As correlações da autoeficácia com a prática de exercício físico e com a alimentação saudável foram muito fracas, próximas de zero.

Tabela 10. Relação do estado de saúde, atividade física e alimentação com a autoeficácia (N = 104).

Variáveis		Autoeficácia			
		TOTAL	Pedagógico	Gerenciais	Emocionais e relac. interpessoal
Percepção do estado de saúde atual					
Saúde física	Coef. Correlação Spearman	R = 0.165 <i>p</i> = 0.094	R = 0.130 <i>p</i> = 0.187	R = 0.189 <i>p</i> = 0.055	R = 0.147 <i>p</i> = 0.137
Saúde emocional	Coef. Correlação Spearman	R = 0.229 <i>p</i> = 0.019	R = 0.200 <i>p</i> = 0.042	R = 0.209 <i>p</i> = 0.033	R = 0.215 <i>p</i> = 0.028
Saúde social	Coef. Correlação Spearman	R = 0.289 <i>p</i> = 0.003	R = 0.259 <i>p</i> = 0.008	R = 0.254 <i>p</i> = 0.009	R = 0.301 <i>p</i> = 0.002
Saúde mental	Coef. Correlação Spearman	R = 0.166 <i>p</i> = 0.092	R = 0.128 <i>p</i> = 0.195	R = 0.135 <i>p</i> = 0.170	R = 0.175 <i>p</i> = 0.075
Contribuição do ambiente escolar para o estado de saúde	Coef. Correlação Spearman	R = 0.038 <i>p</i> = 0.699	R = 0.008 <i>p</i> = 0.933	R = 0.024 <i>p</i> = 0.809	R = 0.050 <i>p</i> = 0.612
Prática de exercício físico	Coef. Correlação Spearman	R = 0.038 <i>p</i> = 0.702	R = -0.060 <i>p</i> = 0.548	R = 0.022 <i>p</i> = 0.828	R = 0.081 <i>p</i> = 0.412
Alimentação saudável	Coef. Correlação Spearman	R = 0.084 <i>p</i> = 0.396	R = -0.001 <i>p</i> = 0.996	R = 0.082 <i>p</i> = 0.408	R = 0.085 <i>p</i> = 0.391

NOTA: resultados apresentados na forma: Média (desvio-padrão); R – Coeficiente de Correlação de Spearman; *p* – valor de significância.

Fonte: Dados da pesquisa

8 DISCUSSÃO

Em decorrência da quantidade e diversidade dos dados coletados para esse trabalho, optou-se por apresentar a discussão dos resultados em três blocos, considerando os objetivos elencados para a pesquisa relacionando-os ao referencial teórico utilizado bem como os estudos presentes na literatura. Dessa forma, o primeiro bloco discute os resultados referentes à autoeficácia dos gestores escolares para promover uma escola saudável. O segundo bloco analisa os fatores facilitadores e dificultadores para a promoção de uma escola saudável por gestores escolares. O terceiro bloco aborda as associações entre a autoeficácia para promover saúde na escola e as variáveis pessoais e contextuais.

8.1 AUTOEFICÁCIA DE GESTORES ESCOLARES PARA PROMOVER UMA ESCOLA SAUDÁVEL.

Na presente pesquisa, partindo do ponto médio de uma escala de 5 pontos, considerou-se que médias acima de 4 são fortes, médias entre 2,5 e 4 são moderadas e as médias inferiores a 2,5 denotam maior fragilidade de crença, ou seja, consideradas fracas. O nível de autoeficácia dos gestores para promover uma escola saudável é, em sua maioria, considerado moderado, sendo que a média foi de 3,64 pontos. Portanto, na generalidade, os gestores escolares se percebem moderadamente capazes para promover uma escola saudável.

Conforme Bandura (1997), a crença de autoeficácia pode apresentar variação de força (intensidade da crença individual frente aos diferentes aspectos de domínio). Por ser construída no decorrer do processo de formação e atuação profissional dos gestores escolares, a crença de AE pode oscilar em termos de intensidade em consonância a forma com que esses sujeitos interpretam a dinâmica ambiental em que estão inseridos (CASANOVA e AZZI, 2012).

Em teoria, possuir AE moderada representa que os gestores se sentem capazes para promover a saúde na escola, entretanto não o suficiente para fazê-lo com muita segurança. Bandura (1997, p.37) afirma que a “autoeficácia percebida não é relativa ao

número de habilidades que se tem, mas como você se julga poder fazer com o que tem, sob uma variedade de circunstâncias”. Isso ocorre segundo Azzi e Polydoro (2006) porque a autoeficácia percebida, de acordo com a TSC, sofre mudanças em razão da própria dinâmica de interações entre sujeito e o ambiente.

Ao analisar as capacidades, o gestor escolar avalia suas capacidades pessoais, como habilidades, conhecimentos, estratégias ou traços de personalidade em comparação com as fraquezas ou responsabilidades pessoais em seu ambiente escolar específico, o levando a julgamentos sobre sua autoeficácia para a liderança em um determinado contexto escolar (TSCHANNEM-MORAN e GAREIS, 2004).

Estudos que avaliam a AE em diferentes domínios (que não o da promoção de uma escola saudável) têm encontrado resultados (de AE moderada) semelhantes (CASANOVA; AZZI, 2012; VIEIRA, 2016; LIMA, 2019). A literatura que trata desse assunto tem atribuído essa evidência ao fato de que as crenças de AE moderadas destes gestores podem se elevar, já que a confiança desses sujeitos ainda não é muito forte (CASANOVA; AZZI, 2012).

A exibição de uma pontuação moderada em autoeficácia por gestores escolares sugere que estes ao acreditarem que podem promover a saúde na escola, podem desenvolver ações mais efetivas e orientadas para o princípio da escola promotora de saúde.

Considerando a multidimensionalidade dos aspectos integrantes das crenças de autoeficácia de gestores escolares para promover uma escola saudável, não foi possível observar diferença significativa entre as dimensões da escala (conforme ilustrado na Tabela 5). A média dos escores das três dimensões (Pedagógico, Gerenciais e Emocionais e Relacionamento Interpessoal) situou-se próximo a quatro, respectivamente $M= 3,68$, $M= 3,64$ e $M= 3,62$.

O controle sobre as tarefas exercidas pelos gestores escolares depende da liberdade de ação percebida por esses sujeitos (CASANOVA; AZZI, 2012). Gestores escolares com crenças mais elevadas de autoeficácia apresentam tendência em reconhecer que as ações administrativas sofrem influências externas (ações políticas e da comunidade), entretanto, mas que as questões pedagógicas também podem ser controladas por eles (FISHER, 2011; CASANOVA; RUSSO, 2016).

No que tange aos gestores escolares, as ações administrativas, em geral, são compostas de tarefas que incluem a verificação e compreensão das necessidades da comunidade escolar para a construção do projeto político pedagógico, o estabelecimento de objetivos claros e adequados para funcionários e estudantes, planejamento de trabalho, planejamento do ano letivo, planejamento da administração da escola, entre outras (FISHER, 2011).

As tarefas pedagógicas, desta forma, referem-se às ações que visam proporcionar *feedback* para os professores, servir como uma fonte de informação pedagógica para os professores, implantar métodos de ensino e de avaliação variados, implantar inovações realizadas em outras escolas, estimular o desenvolvimento de ideias em várias maneiras, dentre outras tarefas (FISHER, 2011).

A dimensão tocante aos aspectos emocionais e de relacionamento interpessoal, incluem a capacidade percebida para explicar e justificar as próprias decisões, persistir com um plano mesmo quando os resultados positivos não são verificados logo no início, aprender constantemente, agir de acordo com as próprias ideias e não sob influência dos outros atores, ser autocrítico, ser paciente com as outras pessoas da escola, se comunicar com todas as pessoas da mesma maneira, ouvir as sugestões dos pais de alunos, fornecer apoio aos funcionários, desenvolver as capacidades profissionais dos demais membros da equipe, encorajar o trabalho cooperativo, desenvolver boas relações com os membros da comunidade e com as autoridades em prol da escola, dentre outras (FISHER, 2011).

Os dados referentes à dimensão gerencial (Gerenciais) de nossa pesquisa, divergem de outro estudo encontrado na literatura (LIMA, 2019) que indica uma maior percepção de força nas crenças de autoeficácia de gestores escolares referente às questões administrativas do que em relação a dimensão pedagógica. Essa robustez ocorre pelo fato da predominância da dimensão gerencial nas demandas ofertadas no cotidiano escolar (RUSSO; AZZI, 2019).

A atuação dos gestores escolares frente às questões pedagógicas tendem a se evidenciar modestas perante as ações administrativas. Trata-se de uma dimensão que apresenta grandes desafios e demanda grande esforço, exigindo, além de competência técnica, um grande compromisso político com os interesses educacionais, condições

que as demandas cotidianas do trabalho dos gestores escolares parecem dificultar (RUSSO, 2009).

Os resultados encontrados podem ser compreendidos a partir de duas hipóteses. A primeira hipótese diz respeito aos requisitos necessários para provimento de cargos, funções e postos de trabalho na rede municipal investigada, tendo em vista que para ocupar uma dessas funções é necessário além de graduação e/ou pós-graduação na área da educação e experiência docente o que facilitaria a atuação e engajamento dos gestores escolares em suas ações cotidianas.

Para o cargo de Diretor de Escola, é necessário ter curso de graduação em Pedagogia com Licenciatura Plena ou em nível de pós-graduação em Educação, e ter no mínimo quatro anos de exercício em cargo ou função docente e/ou suporte pedagógico no ensino oficial. Para a função de Vice-Diretor é necessário ter curso de graduação em Pedagogia com Licenciatura Plena ou em nível de pós-graduação em Educação, e ter no mínimo três anos de exercício em cargo ou função docente e/ou suporte pedagógico no ensino oficial. E para o posto de trabalho de Professor Coordenador é necessário ter graduação em Licenciatura Plena em curso superior, e ter no mínimo 2 (dois) anos de efetivo exercício como docente, em uma das modalidades da Educação Básica que coordena.

A segunda hipótese para essa similaridade na média dos escores das três dimensões (Pedagógico, Gerenciais e Emocionais e Relacionamento Interpessoal), pode estar relacionada a oferta de formação continuada aos gestores escolares, seja via Diretoria Pedagógica (Divisão de Formação) e equipe de Supervisão de Ensino da SME que foi o *lócus* da nossa pesquisa, seja pela participação da referida rede, desde 2018, de um programa desenvolvido por uma multinacional brasileira que objetiva contribuir para a melhoria da educação pública dos municípios onde atua, e em regiões de influência, por meio da qualificação das práticas de gestão educacional e escolar, e da mobilização social das comunidades.

Foram ofertados ao longo dos anos pela Secretaria Municipal de Educação diversos encontros formativos, processos de suporte e monitoramento visando auxiliar o gestor escolar no trabalho administrativo, mas também envolvendo as questões pedagógicas integrantes da sua prática profissional no ambiente escolar.

É importante destacar o papel da crença de AE para aspectos relacionados ao ensino, que traz implícito o entendimento de que o gestor escolar que se percebe mais autoeficaz para essas questões envolve-se mais nas ações relativas aos processos pedagógicos desenvolvidos na escola em que atua, não atuando exclusivamente como agente normalizador ou burocrático, o qual se preocupa apenas em cumprir os processos administrativos vigentes (CASANOVA; RUSSO, 2018).

8.2 FATORES FACILITADORES E DIFICULTADORES PARA A PROMOÇÃO DE UMA ESCOLA SAUDÁVEL POR GESTORES ESCOLARES

Neste bloco, analisaremos os pontos fortes e fracos, as oportunidades e ameaças, para a promoção de uma escola saudável, com base nos dados oriundos da matriz SWOT. Para tanto, realizaremos a seguinte subdivisão: Fatores facilitadores (pontos fortes e oportunidades) e Fatores dificultadores (pontos fracos e ameaças).

8.2.1 Fatores facilitadores

Na presente pesquisa, os fatores considerados como facilitadores da promoção da saúde na escola foram: a equipe escolar como um fator positivo que auxilia na promoção de uma escola saudável (52.2%); parcerias com universidades, serviços de saúde ou de educação (46.7%); famílias participativas e comprometidas (28.9%); os equipamentos públicos comunitários presentes no entorno escolar (10.0%); os recursos materiais da escola (25.6%); a presença de professores especialistas (Educação Física) na escola (20.0%); apoio da direção (11.1%) e as aulas de Ciências e de Educação Física (11.1%).

Foi encontrado em parte da literatura selecionada para o estudo que esses fatores são semelhantes aos de estudos levantados como, por exemplo, a equipe escolar como um fator positivo no auxílio da promoção de uma escola saudável que esteve presente nos resultados dos estudos de Shinde *et al.* 2007, Tusset (2012), Mclsaac *et al.* (2013), Silva *et al.* (2015), Mclsaac *et al.* (2015), Bonde *et al.* (2018) e Liu *et al.* (2019).

Gestores escolares relataram na pesquisa de Shinde *et al.* (2007) que o engajamento da equipe nas atividades de intervenção foi fundamental. Tusset (2012) destacou o comprometimento e Mclsaac *et al.* (2013) apontou a colaboração dos profissionais da escola. Os gestores escolares entrevistados por Silva *et al.* (2015) destacaram o envolvimento dos professores na realização do trabalho englobando as diversas questões relacionadas à saúde.

Os participantes da pesquisa de Bonde *et al.* (2018) relataram que o apoio de toda equipe foi um fator primordial para a implementação da iniciativa escola promotora de saúde, influenciando as ações de forma positiva. Liu *et al.* (2019) assinala que o bom trabalho em equipe, incluindo o reconhecimento e a cooperação dos professores favorece a implementação de um programa de promoção de saúde. Mclsaac *et al.* (2015) denota que um programa de saúde bem-sucedido só é possível de ser implementado através da colaboração e empenho entre professores, funcionários da escola e voluntários.

Ao analisar esses resultados no universo em que foi realizada nossa pesquisa, podemos inferir que a grande diversidade de profissionais que compõem a força de trabalho escolar, como auxiliares gerais, merendeiras, monitores, professores de educação infantil, fundamental, secretários de escola, gestores escolares, formam um quadro profissional muito potente, sendo possível organizar e reorganizar essa equipe para atuar direta ou indiretamente em ações de promoção de saúde na escola.

As parcerias com universidades, serviços de saúde ou de educação foram evidenciadas como facilitadores para a promoção de saúde no ambiente escolar nas pesquisas de Tusset (2012), Uchôa (2012), Simovska e Prøsch (2016), Castro (2018), Sakai (2018) e Muñoz (2019).

A colaboração entre a escola, a comunidade local e outras partes interessadas foi elencada como fator positivo na implementação das ações de saúde escolar na perspectiva dos gestores escolares participantes da pesquisa de Simovska e Prøsch (2016). As parcerias igualmente estiveram presentes no discurso dos gestores que participaram da investigação de Sakai (2018).

A presença de parceiros no campo intra e intersetorial foi indicado pelos sujeitos pesquisados por Tusset (2012) como um dos fatores que facilitadores do processo

programa de saúde. O estreitamento dos vínculos e a integração entre os setores da saúde e da educação como algo positivo, também foi citado pelos entrevistados de Muñoz (2019) e Uchôa (2012). Essa integração assertiva entre os profissionais da saúde e da educação, também foi observada nos relatos dos sujeitos participantes da pesquisa Castro (2018).

As unidades escolares da rede municipal investigada possuem um histórico de parcerias intersetoriais, com os técnicos das Secretarias da Saúde, Cultura, Esportes e Meio e contam com o apoio de universidades particulares e uma pública instalada na cidade, para desenvolver projetos, palestras e cursos, e também como suporte no programa de educação integral.

A participação e comprometimento da família também esteve presente nos estudos de Keshavarz *et al.* (2010), Storey *et al.* (2016), Keothaile (2016), Gorgieva, Kamburova e Un (2017) e Liu *et al.* (2019).

A boa interação com as famílias segundo os sujeitos participantes do estudo de Liu *et al.* (2019) promove a sincronia das ações e o apoio. O apoio da família igualmente foi visto como um facilitador para a implementação das ações de promoção de saúde segundo gestores escolares que participaram da pesquisa de Storey *et al.* (2016). A colaboração da família e o envolvimento dos pais também foram constatados nos estudos de Bennett *et al.* (2013) e Keothaile (2016).

Em seu estudo Keshavarz *et al.* (2010) relataram que gestores escolares também assinalaram as interações positivas entre a escola e as famílias, como elemento facilitador para a introdução de programas de saúde na escola. Gorgieva, Kamburova e Un (2017) indicaram que a grande adesão familiar facilitou a implementação das atividades de promoção de saúde na escola.

Na rede municipal em que foi realizada a pesquisa, é grande o debate sobre a importância da família na aprendizagem e na qualidade do ensino. E no decorrer dos anos diversas ações e estratégias foram implementadas para ampliar a participação da família nesse processo, como Escola da Família (que objetiva a realização de atividades culturais, esportivas, de saúde ou profissionais para a comunidade aos finais de semana) e Escola Aberta (abertura aos finais de semana das unidades escolares visando ocupar criativamente o espaço escolar aos sábados e/ou domingos). A

Secretaria Municipal de Educação também conta com uma equipe de Serviço Social Escolar, que atua diretamente na mobilização das famílias e da comunidade, o que a longo prazo pode influenciar esse maior engajamento dos pais nas ações desenvolvidas nas escolas.

A presença de equipamentos públicos comunitários presentes no entorno escolar como facilitador para a promoção da saúde na escola foi mencionado por Gomes e Horta (2010) e Liu *et al.* (2019).

As parcerias com centros comunitários, ONGs, igrejas e outros equipamentos sociais foi evidenciado como um elemento facilitador no discurso dos participantes da investigação de Gomes e Horta (2010). A estreita colaboração com a comunidade, incluindo centros de saúde locais e outras partes interessadas também foi positivamente ressaltada por Liu *et al.* (2019).

O trabalho envolvendo a promoção de saúde deve extrapolar os “muros” das escolas e envolver todo o entorno escolar. A utilização de espaços para lazer, praças esportivas, postos de saúde, centro comunitário é primordial para alcançar os objetivos, para que os estudantes além de identificarem esses espaços como auxiliares na obtenção de comportamentos saudáveis, mas também como utilizá-los de forma constante e adequada.

Os recursos materiais enquanto facilitadores foram indicados pelos trabalhos de Uchôa (2012) e Tusset (2012). Os dois estudos se referem a materiais de apoio específicos de programas de saúde disponibilizados nas unidades escolares, como cartilhas sobre diversas doenças e outros materiais didáticos.

Os gestores escolares participantes de nossa pesquisa se referiram aos recursos materiais presentes no ambiente escolar, como livros infantis, livros didáticos, alimentos, materiais esportivos, recursos audiovisuais, cartolinas, tintas, fitas adesivas, entre tantos outros. As unidades escolares como alternativa aos materiais específicos podem confeccionar materiais didáticos necessários para a realização das atividades no espaço escolar.

A presença de professores de Educação Física foi evidenciada como um facilitador nos estudos de Tusset (2012) e Zach *et al.* (2017). E as aulas de Ciências e de Educação Física foram relatadas como facilitadoras na pesquisa de Zach *et al.*

(2017). Os gestores escolares que participaram do estudo Zach *et al* (2017) relataram que as aulas de educação física e ciências foram as âncoras do programa, assim como os professores das respectivas disciplinas. Tusset (2012) realça que formação em Educação Física engloba tanto o arcabouço teórico pedagógico quanto da saúde, podendo colaborar de forma diferenciada em programas de promoção de saúde.

Os currículos das disciplinas de Educação Física e de Ciências tradicionalmente abrangem os conteúdos referentes à saúde, acabando por ser tornarem os norteadores das ações pedagógicas que contemplem a temática da saúde. Aliado a esse fato, a presença de professores de Educação Física no quadro do magistério público municipal na rede em questão é relativamente recente, menos de 10 anos. Anteriormente a esse fato, essa disciplina era ofertada por professores polivalentes (com diferentes tipos de formação inicial, seja em nível médio ou superior) que caracterizava a disciplina como momento de recreação e/ou de atividades livres. Em decorrência de possuir uma formação multidisciplinar, atrelando conhecimentos das áreas da saúde e da educação, o professor de Educação Física pode agir de forma mais ativa e potencial em ações que contemplem a promoção de saúde.

O apoio da direção escolar foi elencado como elemento facilitador no estudo de Mclsaac *et al.* (2013). Na pesquisa em questão evidenciou-se que a liderança do gestor escolar fomenta a promoção da saúde nas escolas. Gestores escolares foram atores importantes para iniciativas de saúde escolar, colaborando com as decisões que apoiaram práticas escolares saudáveis.

Esse resultado, provavelmente oriundo das respostas de vice-diretores e professores coordenadores, realça que ações assertivas para promover uma escola saudável dependem diretamente da atuação do diretor de escola. A ação para promover uma escola saudável é toda alicerçada na atuação efetiva do diretor e na sua liderança e articulação frente à comunidade escolar.

8.2.2 Fatores Dificultadores

Na presente pesquisa, os fatores considerados como dificultadores da promoção da saúde na escola mais referidos foram à falta de recursos materiais (25.6%); a

resistência de parte do corpo docente a novos projetos (24.4%); a baixa participação das famílias nos projetos da escola (23.3%); a falta de tempo (devido à sobrecarga de trabalho) (20.0%); a falta de apoio e de políticas de incentivo por parte das entidades públicas para a realização de projetos com vistas à promoção de uma escola saudável (17.8%).

Foram ainda referidos, os maus hábitos alimentares e de estilo de vida nas famílias (14.4%); a falta de recursos (espaços para atividade física) (12.2%); a dificuldade em mudar hábitos enraizados nos alunos (10.0%); a falta de professores e funcionários na escola (8.9%); a falta de profissionais especializados (7.8%); o baixo nível socioeconômico da comunidade (6.7%) e a disponibilização de comida pouco saudável próximo da escola e as campanhas de promoção de *fast food* (4.4%).

Foi identificado em parte da literatura definida para essa pesquisa que tais fatores são similares aos dos estudos propostos, como, por exemplo, a falta de recursos materiais foi evidenciada nos estudos de Uchôa (2012), Tusset (2012), Mclsaac *et al.* (2013), Zach *et al.* (2017), Liu *et al.* (2019) e Chrisman, Patel e Alonzo (2019).

A falta de recursos materiais foi identificada como obstáculos para o trabalho envolvendo promoção de saúde por gestores escolares participantes da pesquisa de Uchôa (2012). Os sujeitos participantes dos estudos de Liu *et al.* (2019) e Chrisman, Patel e Alonzo (2019) também indicaram a falta de recursos materiais como um dificultador nas ações demandadas para o desenvolvimento de um programa de promoção de saúde.

Diferentemente dos gestores escolares anteriores que apontaram os recursos materiais como facilitadores, estes os indicaram como dificultadores. Essa discrepância pode ser fruto de uma visão equivocada de que só é possível desenvolver uma proposta de promoção de saúde escolar sem a unidade escolar possuir determinados materiais específicos (folders, panfletos, apostilas sobre doenças, kits odontológicos, entre outros). Entretanto, as unidades escolares, como alternativa a essa escassez de recursos específicos, podem confeccionar materiais didático-pedagógicos (utilizando o que tem disponível na escola, como recicláveis, por exemplo) necessários para a realização das atividades no espaço escolar.

A resistência de parte do corpo docente a novos projetos foi evidenciada nas pesquisas de Uchôa (2012), Shinde *et al.* (2012), Silva *et al.* (2015) e Liu *et al.* (2019).

A falta de engajamento dos professores nas ações de promoção de saúde foi evidenciada na pesquisa de Shinde *et al.* (2012). A falta de apoio dos docentes também foi elencada por gestores entrevistados por Uchôa (2012). Os gestores escolares participantes do estudo de Silva *et al.* (2015), também indicaram a resistência dos professores nas ações envolvendo promoção de saúde na escola.

Essa resistência do corpo docente pode estar relacionada ao já evidenciado nos estudos de Liu *et al.* (2019): a falta de conhecimento e de capacidade dos professores para ensinar sobre saúde e sua baixa disposição para sustentar a implementação da promoção de saúde na escola. A ideia de promoção de saúde na escola não é criar sobrecarga aos profissionais do magistério, e sim integrar o tema saúde ao currículo e as atividades que são de rotina na escola.

A baixa participação das famílias nos projetos da escola foi identificada nos estudos de Shinde *et al.* (2012), Tusset (2012), Bennett *et al.* (2013), Silva *et al.* (2015), Gorgieva, Kamburova e Un (2017), Sakai (2018), Batista (2019) e Liu *et al.* (2019).

O estudo de Silva *et al.* (2015) aponta a resistência da família como o maior dificultador para o desenvolvimento de um programa de promoção de saúde, tendo em vista que o trabalho efetuado na escola não tem continuidade por parte da família. As dificuldades em incluir as famílias, a falta de participação e de apoio, a pouca colaboração nas atividades desenvolvidas no ambiente escolar também foram evidenciadas nas pesquisas de Shinde *et al.* (2012), Sakai (2018) e Batista (2019). Os gestores escolares pesquisados por Gorgieva, Kamburova e Un (2017) indicaram insatisfação com a colaboração das famílias e os participantes da pesquisa de Bennett *et al.* (2013) elencaram que o maior obstáculo era a escassez de apoio da família.

A ausência da família nas atividades escolares, segundo Tusset (2012), bem como a grande dificuldade em dispor da presença dos pais e responsáveis na escola é algo recorrente, tanto para assuntos e eventos cotidianos presentes no calendário escolar e nas ações referentes a programas de promoção de saúde.

Independente de ações pontuais referentes à promoção de saúde na escola, o que se percebe nas respostas dos gestores participantes de nossa pesquisa é a

dificuldade de estreitar os laços entre família e escola, e a falta de estratégias para trazer essas família para “dentro da escola”, aumentando a confiança desses sujeitos nas ações desenvolvidas pela equipe escolar, estabelecendo uma parceria que auxilie diretamente nos projetos e programa realizados pelas unidades escolares, entre eles o da promoção de saúde na escola.

A falta de tempo (devido à sobrecarga de trabalho) foi evidenciada nas pesquisas de Bennett *et al.* (2013), Storey *et al.* (2016), Zach *et al.* (2017), Bonde *et al.* (2018), Chrisman, Patel e Alonzo (2019).

A falta de tempo ou prazo insuficiente foram os fatores dificultadores mais comumente relatados nas pesquisas anteriormente mencionadas. Entretanto, como anteriormente mencionado o objetivo da promoção de saúde na escola é utilizar a temática da saúde de forma integrada ao currículo escolar, atrelando as ações às atividades rotineiras previstas no calendário escolar. Portanto, o objetivo não é criar mais ações e demandas, e sim aproveitar e otimizar o calendário e o planejamento da escola de forma a contemplar esse trabalho.

A falta de apoio e de políticas de incentivo por parte das entidades públicas foram referidas nas pesquisas de Keshavarz *et al.* (2010), Tusset (2012), McIsaac *et al.* (2013), Keothaile (2016), Storey *et al.* (2016), Chrisman, Patel e Alonzo (2019) e Liu *et al.* (2019).

Obstáculos políticos e financeiros (MCISAAC *et al.*, 2013; TUSSET, 2012; ZACH *et al.* 2017), a falta de aporte das instâncias administrativas (CHRISMAN; PATEL; ALONZO, 2019; KEOTHAILE, 2016, KESHAVARZ *et al.* 2010) e ausência de suporte técnico (LIU *et al.*, 2019), foram dificultadores significativos para a execução de programa de promoção de saúde na escola de acordo com os participantes das pesquisas mencionadas.

A partir do exposto pelos participantes da nossa pesquisa percebe-se no discurso desses sujeitos um desamparo por parte do poder público em auxiliar na realização de programas voltados para a promoção de saúde. Entretanto, como forma de não se manter totalmente dependente das ações governamentais, os gestores escolares podem utilizar os recursos humanos e materiais que tem a disposição em suas unidades escolares como forma de garantir a viabilidade de tal trabalho.

Tais ações podem ser efetivadas seja por meio da APM (uma das formas de participação da comunidade na administração escolar), de parcerias (intersectoriais ou com outras instituições), do auxílio da comunidade escolar, ou da inserção da proposta de promoção de saúde no Projeto Político-Pedagógico e/ou outras ações demandadas cotidianamente na rotina escolar.

Os maus hábitos alimentares, de estilo de vida nas famílias e a dificuldade em mudar hábitos enraizados nos alunos foram indicados como elementos dificultadores nos estudos de Mclsaac *et al.* (2013) e Liu *et al.* (2019).

A cultura comunitária obstrutiva aliada a baixos níveis de envolvimento familiar em sustentar comportamentos saudáveis nas crianças foram fatores impeditivos elencados nas pesquisas anteriormente citadas. Associada a tais questões, os estudos também evidenciaram o fato persistência das famílias em condutas culturais que influenciaram de forma negativa o trabalho escolar na adoção práticas de promoção de saúde (tabagismo, alto consumo de *fast foods*, dificuldade em acompanhar o ritmo das agendas familiares cada vez mais ocupadas e falta de engajamento).

Não há como pensar promoção de saúde na escola sem o engajamento e a contribuição da família. A família ocupa um lugar de extrema importância na vida da criança e conseqüentemente no processo educacional. Toda e qualquer ação pedagógica será muito mais potente se tiver a adesão e a parceria familiar. Entretanto, se há indícios de lacunas na participação das famílias no auxílio do trabalho envolvendo a saúde e a grande evidência de uma cultura familiar insalubre, isso só justifica a necessidade da escola em fomentar e implementar um programa de promoção de saúde no ambiente escolar, auxiliando tais famílias por meio da promoção de saúde escolar a vislumbrar a importância de empreenderem hábitos salútares em sua rotina familiar criando um ambiente doméstico favorável que implicará conseqüentemente na aprendizagem da criança.

A falta de recursos e de espaços adequados para atividade física esteve presente entre as evidências de Silva *et al.* (2015) e Liu *et al.* (2019). Os recursos limitados, bem como as limitações no espaço físico (para a realização de aulas de Educação Física) constituem um fator limitante segundo os gestores escolares para o desenvolvimento de ações de promoção de saúde no ambiente escolar.

Essa foi a preocupação dos gestores escolares participantes da nossa pesquisa quanto a estrutura das escolas, pois até o ano de 1996 somente as creches (supervisionadas pelo Centro de Promoção Social) ficavam sobre a égide da prefeitura. A partir de então foi criada a rede municipal em questão. A partir da criação da rede municipal foram incorporadas escolas que pertenciam até então ao estado e construídas novas escolas no decorrer dos anos. Entretanto, as unidades escolares mais antigas, sobretudo as creches (atuais centros infantis), funcionam em espaços pequenos ou residências que foram adaptadas e convertidas unidades escolares.

Essas unidades mais antigas, portanto, não possuem espaços adequados para o exercício das aulas de Educação Física. Aliado a esse fato, o ingresso do Professor de Educação Física na rede municipal de ensino de Limeira teve início somente no ano de 2012 com a criação do cargo de Professor Especialista de Educação Infantil e Ensino Fundamental - Educação Física. Apesar do avanço em relação à construção e reformas de algumas quadras poliesportivas (via recurso do MEC), algumas unidades escolares devido a sua localização, não permitem ampliação do espaço da escola para construção de um espaço adequado para a realização das aulas de Educação Física.

Entretanto, o que se percebe nessa rede municipal é o esforço dos professores de Educação Física com o apoio da gestão escolar na adaptação de espaços e materiais para a execução das atividades propostas, seja utilizando a sala de aula, pátios, corredores, parquinhos, laboratórios de informática, refeitórios, centros comunitários, entre outros.

A falta de professores e funcionários na escola foi um elemento dificultador mencionado nos estudos de Mclsaac *et al.* (2013) e Liu *et al.* (2019). A falta de recursos humanos afeta diretamente a capacidade organizacional das escolas em realizar ações de promoção de saúde de acordo com as pesquisas mencionadas.

Os gestores escolares participantes da nossa pesquisa evidenciam um problema longo (provocado por aposentadorias, licenças diversas, exonerações, entre outros) que, entretanto, foi agravado pela situação pandêmica, ocorrendo a dificuldade de novas contratações e chamamentos de concursos públicos. É fundamental não somente para a implementação de ações com vistas à promoção da saúde no ambiente

escolar, mas também para a qualidade da educação, que as escolas públicas possam contar com um quadro completo de funcionários.

É urgente a contratação de professores em quantidade suficiente para atuarem frente às novas exigências educacionais não só em termos de promoção de saúde, mas sobretudo em termos de ensino-aprendizagem.

A falta de profissionais especializados para auxiliarem no desenvolvimento do trabalho com a promoção de saúde na escola foi identificada nas pesquisas de Tusset (2012), Silva *et al.* (2015), Sakai (2018), e Liu *et al.* (2019).

A falta de apoio técnico especializado foi mencionada em diversos estudos, como em Liu *et al.* (2019). Nas pesquisas de Tusset (2012) e Silva *et al.* (2015), a carência de profissionais do setor de saúde foi amplamente mencionada por gestores escolares entrevistados. As investigações de Sakai (2018) indicaram a necessidade da atuação de profissionais das áreas de psicologia, serviço social e medicina devido à necessidade de os gestores escolares entenderem tais profissionais possuem maior credibilidade nas ações envolvendo a saúde junto à comunidade.

Podemos inferir que os gestores escolares participantes do nosso estudo não se percebem como plenamente responsáveis pela realização direta de ações com vistas à promoção de saúde na escola (historicamente em nosso país, o trabalho envolvendo saúde esteve delegado exclusivamente aos profissionais dessa área, principalmente a classe médica). E que os demais agentes escolares (docentes, merendeiros, secretários, monitores, entre outros), possuem uma função de protagonismo, complementando a atuação dos profissionais da saúde, sobretudo os professores, que possuem a competência e os conhecimentos necessários para transformar os conceitos técnicos em saberes escolares, possibilitando aos estudantes a aprendizagem necessária sobre saúde.

O baixo nível socioeconômico da comunidade foi indicado nos estudos de Liu *et al.* (2019). O impacto provocado pelo nível socioeconômico e cultural das famílias afetam diretamente os resultados educacionais. Na rede municipal em questão não é diferente.

As unidades escolares que hipoteticamente possuem em seu entorno uma maior quantidade de famílias em situação de vulnerabilidade social tendem a encontrar mais

dificuldades de engajamento desses familiares nas ações desenvolvidas no ambiente escolar. Mas ao pensarmos em uma escola pública democrática, é de extrema importância que os gestores escolares mobilizem os esforços necessários para minimizar os impactos dessa perversa desigualdade para oferecer um ensino de qualidade a todos os estudantes.

Como citado anteriormente, a rede municipal investigada possui uma equipe de assistentes sociais aptos a realizarem a mobilização comunitária. Ao somar assistentes sociais e gestores escolares, as escolas possuem a potência necessária para inclusão dessas famílias e estudantes nas práticas educacionais, aproximando os conhecimentos pedagógicos, nesse caso específico a promoção de saúde, as realidades das crianças e seus responsáveis.

O fator dificultador menos citado pelos gestores participantes de nossa pesquisa foi a disponibilização de comida pouco saudável próximo da escola e as campanhas de promoção de *fast food*. Não encontramos na literatura elencada resultados similares, somente a investigação de Rathi, Riddell e Worsley (2017) indicou a necessidade de modificações das cantinas escolares (que funcionam dentro do espaço da escola) para aumentar a disponibilidade de alimentos saudáveis reduzindo, conseqüentemente, a disponibilidade de alimentos não saudáveis.

Entretanto, ao pensarmos a função da escola em desenvolver o senso crítico em seus estudantes, a implementação de um programa de promoção de saúde irá auxiliar diretamente para que as crianças consigam fazer escolhas salutaras seja em relação às questões referentes à alimentação, atividade física, relacionamentos, entre outras, seja dentro do ambiente escolar, seja no seu cotidiano comunitário.

8.3 ASSOCIAÇÃO ENTRE AE PARA A PROMOÇÃO DA ESCOLA SAUDÁVEL POR GESTORES ESCOLARES E A VARIÁVEIS PESSOAIS E CONTEXTUAIS.

Na presente pesquisa, ainda que vários fatores possam ter sido associados com a AE, sexo; idade; cargo que ocupa; nível de ensino que atua; número de alunos da escola; infraestrutura; prática de exercício físico, entre outros. Apenas parte deles se

mostrou significativamente associado, porém com fraca intensidade, como foi o caso dos fatores sexo e número de alunos da escola.

Na literatura, a relação do fator sexo com AE dos gestores escolares apresenta informações divergentes (CASANOVA; AZZI, 2019a), pois uma pesquisa evidenciou uma maior autoeficácia de mulheres para atuarem como gestoras escolares (Smith e Guarino, 2006), enquanto outros estudos indicaram a inexistência dessa relação (TSCHANNEN-MORAN; GAREIS, 2004; 2007; CASANOVA, 2013).

Entretanto, em nossa pesquisa gestores do sexo masculino apresentam níveis de autoeficácia pedagógica mais altos do que os do sexo feminino. Uma justificativa que encontramos para que esses fatores também tenham sido associados na nossa pesquisa diz respeito a grande parte dos gestores do sexo masculino que participaram do estudo possuem graduação em Educação Física. Como discutimos anteriormente, a formação inicial desse profissional contempla tanto o arcabouço teórico-pedagógico quanto o da saúde, o que em teoria o possibilita enquanto gestor escolar sentir-se mais capaz de promover ações pedagógicas voltadas para a promoção da saúde na escola.

Os resultados da nossa pesquisa evidenciam a existência de uma correlação negativa entre o número de alunos da escola e os níveis de autoeficácia, indicando que quanto mais alunos têm as escolas, menores são os níveis de autoeficácia dos gestores. Na literatura, não foi evidenciada essa associação entre quantidade de alunos por escola e AE do gestor escolar, no entanto, Casanova e Azzi (2019a) que gestores escolares com níveis de AE mais elevadas atuam em escolas com menor número de alunos por sala de aula.

Uma justificativa que encontramos para que esse fator tenha sido associado em nosso estudo diz respeito ao fato de quanto maior for a escola maiores são as demandas profissionais atribuídas aos gestores escolares, bem como uma maior carga de responsabilidades e adversidades a serem sanadas no cotidiano escolar. Em teoria tais questões implicam diretamente na oferta nas ações de promoção de saúde no ambiente escolar.

Nossa pesquisa também evidenciou a existência de correlações positivas da percepção do estado de saúde com a autoeficácia, indicando que quanto mais bem avaliado é o estado de saúde, maior é a autoeficácia dos gestores.

Ao pensar sobre o âmbito da saúde destaca-se a aquisição de hábitos saudáveis como forma do indivíduo autogerenciar seus próprios comportamentos ligados à sua saúde e a qualidade de vida, destacando a prática regular de atividade física e o padrão alimentar (IAOCHITE; SOUZA NETO, 2015). Hipoteticamente quanto maior é o autogerenciamento de sua saúde mais capaz o gestor escolar se sente em promover práticas de saúde na escola.

De uma forma geral, nossa pesquisa evidenciou que a correlação entre as variáveis referentes à percepção dos gestores sobre o ambiente escolar e satisfação são positivas, fracas e, na maioria, significativas. Tal resultado corrobora com os estudos de Tschannen-Moran; Gareis (2007); Duffy; Lent (2009); Casanova; Azzi (2019a).

Esse resultado sinaliza que quanto mais bem avaliada é a percepção sobre a infraestrutura, o apoio dos demais profissionais da unidade escolar, a liberdade para expressar opiniões nas reuniões da escola, o apoio dos profissionais da Secretaria Municipal de Educação, a preparação para promover discussões sobre saúde na escola e a satisfação como gestor mais alta é a autoeficácia do gestor para a promoção de uma escola saudável.

A variável satisfação com o trabalho é um construto constituído com referência na interpretação de aspectos pessoais (como interesses e crenças de autoeficácia) assim como de aspectos contextuais (como apoio advindo das esferas superiores e condições efetivas de trabalho e de carreira) (DUFFY; LENT, 2009; CASANOVA; AZZI 2019a).

Assim, se faz necessário oferecer condições de trabalho estruturais, como instalações físicas, quantidade de funcionários adequada, apoio advindo dos órgãos superiores, dentre outras, quanto profissional, como valorização da carreira, valorização salarial, dentre outros aspectos, para que esses profissionais possam sentir-se satisfeitos com o trabalho em condições necessárias para que sejam estimuladas o fortalecimento de suas crenças de autoeficácia (CASANOVA; AZZI 2019a) relacionados à promoção da saúde.

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O presente estudo se propôs a identificar, analisar e discutir a crença de autoeficácia dos gestores escolares para promover a escola saudável, buscando também, averiguar quais são os fatores facilitadores e dificultadores para se promover a escola saudável, na percepção dos gestores escolares.

A amostra pesquisada demonstrou percepção moderada da crença de autoeficácia dos gestores escolares para promover uma escola saudável. Isso sinaliza que há espaço para que tais crenças possam ser modificadas com vistas ao fortalecimento. Tais crenças podem ser alteradas, pois, segundo Bandura (1997), a crença de AE é dinâmica, podendo ser modificada influenciando diretamente nas formas de abordar as tarefas que, no caso do presente estudo, são referentes à promoção de saúde no ambiente escolar.

As crenças de AE podem, por consequência, serem alteradas positivamente em futuros processos de formação de gestores com vistas à promoção de saúde na escola. Ao pensar esses processos formativos (inicial e/ou continuado) de gestores escolares, possibilita-se compreender melhor as demandas relativas às relações pessoais, às atividades administrativas e pedagógicas, tendo como princípios diretivos os mecanismos fortalecedores das crenças de autoeficácia desses gestores para o domínio da promoção de uma escola saudável.

Foi evidenciada em nossa pesquisa a existência de uma correlação negativa entre o número de alunos da escola e os níveis de autoeficácia, evidenciando que gestores escolares que atuam em escolas com um maior número de alunos apresentam níveis menores de autoeficácia para promover uma escola saudável. Isso revela na perspectiva do pressuposto teórico da autoeficácia, a importância de que a crença não está relacionada somente a dependência do fator individual, mas que também se relaciona diretamente aos fatores contextuais. Os desafios do contexto oferecem parâmetros para que o indivíduo possa contrapor os julgamentos de capacidade com o exercício de sua ação.

Em nossa pesquisa, encontramos que a atuação desse profissional no que diz respeito aos princípios da EPS é fundamental para o sucesso ou fracasso dessa

proposta. Ao pensar no princípio da educação em saúde com enfoque integral, o trabalho envolvendo a promoção de saúde com vistas a promover uma escola saudável não deve ser visto pelo gestor apenas como mais uma demanda ou sobrecarga depositada sobre os “ombros” da escola visando o cumprimento de demandas protocolares e pontuais encaminhadas pela administração pública. A implantação de um projeto que aborde a EPS deve abranger ações, temas, objetivos, conteúdos e necessidades que permeiam o ambiente escolar tornando-se um facilitador do trabalho pedagógico e das relações socioemocionais presentes internamente e externamente à escola.

No bojo dessa discussão, temos o *bullying*, a violência doméstica, transtornos alimentares, o racismo, a homofobia, a xenofobia, entre tantas outras temáticas que abordam as problemáticas sociais e ações de violências psicológicas e/ou simbólicas que ocorrem dentro do ambiente escolar ou acontecem fora do espaço da escola (casa, bairro ou comunidade) mas que nela se evidenciam. A implantação da EPS pode ser uma excelente estratégia para os gestores escolares potencializar ações gestoras positivas na escola, não só pensando ações informativas, mas sim transformadoras no contexto em que os diferentes atores escolares estão inseridos e/ou relacionam.

A EPS também aborda o princípio que se refere a necessidade da criação de ambientes saudáveis, necessitando de ação e intervenção direta dos gestores escolares para garantir a promoção de saúde na escola. Ao mobilizar o corpo docente, estudantes, demais funcionários, famílias e comunidade em ações conjuntas para que o entorno escolar também seja um espaço saudável, será necessário um trabalho envolvendo educação ambiental, conscientização sobre uso de drogas, tabaco e álcool, combate ao trabalho infantil, educação alimentar, preservação dos espaços e aparelhos públicos, qualidade de vida, incentivo à prática de atividades físicas e de lazer, entre outros.

Cabe também ao gestor escolar pleitear junto ao poder público serviços e recursos que garantam as condições adequadas de infraestruturas e materiais que permitam o pleno funcionamento da escola e conseqüentemente propiciem um ambiente seguro e saudável.

O princípio da provisão de serviços de saúde necessita do gestor escolar enquanto grande articulador, ora, consolidando parcerias intersetoriais (sobretudo com a secretaria da saúde), ora estreitando ações já existentes com os serviços de saúde e outras atividades disponíveis no poder público ou privado. O gestor escolar também deve intermediar a construção de novas parcerias com instituições, empresas e outros tipos de organização, visando colaborar na implementação da EPS no espaço escolar.

Os resultados do estudo obtidos através dos dados da matriz SWOT permitiram constatar os fatores facilitadores e dificultadores para a promoção de uma escola saudável, proporcionando conhecer melhor cenário investigado. Tais resultados corroboram com os princípios da EPS e as dimensões da gestão escolar (Pedagógico, Gerenciais e Emocionais e Relacionamento Interpessoal), ou seja, os fatores elencados pelos participantes da investigação podem ser otimizados ou sanados pela atuação direta ou indireta dos gestores escolares.

Ao pensar ações que deem suporte à gestão escolar, possibilitando a estes profissionais planejar de forma estratégica e atuarem de forma assertiva frente a esses aspectos elencados, apresentaremos algumas propostas com vistas à promoção de uma escola saudável.

Diante desses dados se faz importante criar um comitê ou núcleo de trabalho com foco na implementação da EPS, composto por representantes de gestores escolares e técnicos da secretaria municipal da educação para auxiliar e assessorar o trabalho de promoção de saúde na escola. Essa mesma estratégia pode ser pensada em um nível macro, onde com o suporte dos conselhos municipais de educação ou de saúde, sejam criadas comissões compostas por representantes do poder público e comunidade civil para acompanhar esse trabalho desenvolvido nas unidades escolares.

Organizar o calendário escolar contemplando a iniciativa da EPS, em que constem ações pontuais e aproveite também as que já existam (dia mundial da Saúde, dia do Desafio, Escola Aberta, reunião de pais, conselho de ciclo, reunião pedagógica, entre outros) permitindo conduzir a realização de várias atividades referentes à promoção de saúde na escola.

Estimular a inserção da temática da promoção de saúde na construção do PPP da unidade escolar (ou inserção como adendo) auxiliando os professores na elaboração

de um Plano de Trabalho Docente que contemple ações de planejamento, replanejamento e avaliação envolvendo promoção de saúde na escola no decorrer do ano letivo. Realizar reuniões na unidade escolar envolvendo Conselho Escolar e as organizações comunitárias para conjuntamente pensar estratégias e ações com a finalidade de mobilizar não só as famílias dos estudantes, mas toda comunidade integrante do entorno escolar na iniciativa da EPS.

Ofertar formações continuadas (junto aos setores de recursos humanos) aos gestores escolares que possibilitem desenvolver e enfrentar as questões referentes aos aspectos Emocionais e de Relacionamento, auxiliando o gestor a organizar um bom ambiente de trabalho, fortalecendo o trabalho em equipe, motivando os diversos profissionais que atuam no espaço escolar, a estipulação clara de atribuições de funções e objetivos da unidade escolar e o estímulo da autoformação dos profissionais para o crescimento pessoal e profissional constante.

Propiciar momentos (reuniões, grupos de estudo, simpósios municipais, mostras pedagógicas etc.) para que os gestores que possuam práticas exitosas de gestão envolvendo a EPS possam apresentar o seu trabalho e partilhar suas experiências com a promoção de saúde na escola, servindo como modelo aos demais gestores.

A investigação das questões referentes à saúde, à luz da TSC, possibilitou uma maior aproximação sobre a discussão das crenças de AE de gestores escolares para promover uma escola saudável, tendo em vista a escassez de estudos que analisam esse fenômeno. Isto posto, recomenda-se a realização de novos estudos sobre esta temática, ampliando a possibilidade de participação de diferentes atores da comunidade escolar e possibilitando uma investigação mais aprofundada sobre promoção da escola saudável.

Entre as inúmeras temáticas que poderiam ser abordadas em futuras pesquisas e estudos elencamos algumas questões que poderiam ser investigadas. Há diferença entre AE de gestores de escolas públicas e particulares para promover a escola saudável? Há diferença entre os gestores que atuam em diferentes níveis de ensino (fundamental I, fundamental II e ensino médio)? Gestores com atuação colaborativa de gestão (gestão democrática) possuem níveis de AE diferentes de gestores com perfis conservadores (ou verticalizantes)? Gestores que atuam em redes que possuem um

currículo pedagógico apresentam crenças AE divergentes de gestores que não possuem tal documento como norteador(balizador) das ações escolares?

Também destacamos a importância de pesquisas qualitativas abordando essa temática (estudos de caso, grupos focais, pesquisas participantes, entre outras), permitindo aos participantes um maior espaço para expor seu ponto vista, angústias e críticas à implementação de ações que envolvam a promoção de saúde no ambiente escolar. Também ressaltamos a relevância de análises aprofundadas de documentos que direcionam e orientam as ações pedagógicas nas unidades escolares, como currículos pedagógicos e projetos-políticos-pedagógicos, bem como, analisar como a saúde é tratada/apresentada nos livros didáticos, paradidáticos e apostilas escolares.

Há que se considerar como uma das limitações da pesquisa, a pequena amostra pesquisada/analizada. Entretanto, este é um primeiro trabalho abordando a autoeficácia de gestores escolares para promover a escola saudável, e seus resultados trazem elementos que, além de preencher algumas lacunas sobre esse fenômeno, apontam para a importância da realização de mais investigações que auxiliem na compreensão desse resultado, considerando as relações entre as crenças de autoeficácia, as atuações dos gestores escolares e a promoção de saúde na escola.

Sugere-se que outros estudos possam se articular e investigar a partir deste e de outros referenciais teóricos, a inserção da temática saúde na organização curricular dos estados e municípios para contemplar de forma intencional a abrangência da discussão sobre esse tema de suma importância para o ambiente escolar, além de processos formativos continuados de educadores, visando auxiliar no fomento de estratégias que contemplem realmente o trabalho pedagógico envolvendo a saúde no ambiente escolar.

Recomenda-se problematizar a investigação em cenários desafiadores (como a pandemia) buscando a associação entre as crenças de AE e as realidades do gestor, servindo como um parâmetro para que as escolas se orientem no futuro. Acredita-se, em teoria, que uma gestão escolar que se perceba com níveis mais elevados de AE irá agir na superação das barreiras e dificultadores impostas nesse cenário. Portanto, é importante que estudos futuros abordem casos extremamente adversos como o período pandêmico.

Do ponto de vista da promoção da saúde na escola, promover a AE de gestores para que se sintam capazes de criar um ambiente favorável à promoção da saúde na escola pode ser uma medida essencial para transformar o ambiente escolar num espaço que colabore, a partir do seu projeto educacional e propicie constantemente oportunidades de saúde e bem-estar para todos que ali estudam e trabalham e à comunidade ao seu entorno.

REFERÊNCIAS

ANDRADE, Maria Margarida de. **Como preparar trabalhos para cursos de pós-graduação: noções práticas**. 5. ed. São Paulo: Atlas, 2002.

ANTUNES, Luciana Estessi Bento. **Professor coordenador na formação contínua de professores: um estudo em escolas do município de Limeira**. 2014. 158 f. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2014. Disponível em: <<http://hdl.handle.net/11449/121949>>.

AZZI *et al.* Crenças de eficácia pessoal e coletiva. *In: Crenças de eficácia*. AZZI, Roberta Gurgel; VIEIRA, Diana Aguiar (Orgs). São Paulo: Caso do Psicólogo, 2012. p. 13 – 37.

AZZI, Roberta Gurgel. **Introdução à teoria social cognitiva**. São Paulo: Caso do Psicólogo, 2012.

_____. Autoeficácia proposta por Albert Bandura: algumas discussões. *In: AZZI, Roberta Gurgel; POLYDORO, Soely Aparecida Jorge(orgs). Autoeficácia em diferentes contextos*. Campinas-SP: Editora Alínea, p. 9 – 24, 2006.

AZZI, Roberta Gurgel; POLYDORO, Soely Aparecida Jorge. O papel da autoeficácia e autorregulação no processo motivacional. *In: BORUCHOVICH, Evely; BZUNECK, José Aloyseo; GUIMARÃES, Sueli Édi Rufini (Orgs.). Motivação para aprender: Aplicações no contexto educativo*. Campinas, SP: Vozes, p. 126-144, 2010.

AZZI, Roberta. Gurgel.; ROCHA, Marcia Santos. **A coordenação de curso e a auto-eficácia docente**. IV Congresso Luso-Brasileiro de Política e Administração da Educação. Lisboa, abril, 2007.

BAGNATO, Maria Helena. O ensino da saúde nas escolas de 1º grau. **Proposições**, v.1, n.1, p.53-59. 1990.

BANDURA, Albert. **Self-efficacy: the exercise of control**. Nova York: Freeman, 1997.

BANDURA, A. Guide for creating self-efficacy scales. *In: PAJARES, F.; Urdan, T. (Orgs.). Self-efficacy beliefs of adolescents*. Greenwich: Information Age Publishing, 2006, p. 307-338.

BANDURA. Albert. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall, 1986.

_____. Social cognitive theory of self-regulation. **Organizational Behavior and Human Decision Processes**, v. 50, n. 2, p. 248-287, dez. 1991.

_____. Self-efficacy. In: V. S. Ramachaudran (Ed.), **Encyclopedia of human behavior**. V. 4. New York: Academic Press, 1994. p. 71-81.

_____. **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman, 1997.

_____. Social cognitive theory: An agentic perspective. **Annual Reviews Psychology**, v. 52, n. 1, p. 1-26, fev. 2001. Disponível em: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.52.1.1>. Acesso em: 05 jul. 2019.

_____. O sistema do *self* no determinismo recíproco. In: BANDURA, Albert; AZZI, Roberta Gurgel; POLYDORO, Soely Aparecida. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed Editora, 2009. p. 43 – 67.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Portugal, 2012.

BATISTA, Mariangela da Silva Alves. Proposta de plano de ação, no âmbito do Programa Saúde na Escola, para prevenção e controle da obesidade infantil em um Município da Grande São Paulo-SP. **BIS, Bol. Inst. Saúde** (Impr.), v. 20, n. 1, p. 52-58, 2019.

BATISTELLA, Carlos. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, Angélica Ferreira; CORBO, Anamaria D'Andrea. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007. p. 51-86.

BENNETT, A. E. *et al.* Views of Irish primary school principals on implementing health-promoting school initiatives. **Proceedings of the Nutrition Society**, v. 72, n. OCE3, 2013.

BITTENCOURT, Danielle; JORGE, Soraya. A Saúde do Professor: Como cuidar da saúde dos professores? A quem compete cuidar? **Salto Para o Futuro**, Saúde e educação, Boletim, v. 12, 2008.

BONDE, Ane Høstgaard *et al.* Process evaluation of implementation fidelity in a Danish health-promoting school intervention. **BMC public health**, v. 18, n. 1, p. 1407, 2018.

BRASIL. **Lei nº 5.692**, de 11 de agosto de 1971. Fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências. Diário Oficial da União, 1971.

_____. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. **Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional**. Diário Oficial [da República Federativa do Brasil], Brasília, DF, v. 134, n. 248, 23 dez. 1996. Seção I, p. 27834-27841. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9394.htm. Acesso em: 20 jun. 2019.

_____. Secretaria da Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: introdução aos parâmetros curriculares nacionais**. Brasília: MEC/ SEF, 1997a.

_____. Secretaria da Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** apresentação dos temas transversais, ética. Brasília: MEC/ SEF, 1997b.

_____. Secretaria da Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais:** saúde. Brasília: MEC/ SEF, 1997c.

_____. Conselho Nacional de Educação. Câmara de Educação Básica. **Resolução CEB n.2/1998.** Institui as Diretrizes Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental. Brasília: Ministério da Educação e do Desporto. 1998.

_____. Constituição de. Lei nº 10.172, de 9 de janeiro de 2001. Aprova o Plano Nacional de Educação e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Cartas da Promoção da Saúde.** Brasília, 2002a.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde/Ministério da Saúde. Informes Técnicos Institucionais. A Promoção Da Saúde No Contexto Escolar. **Rev Saúde Pública**, v. 36, n. 2, p. 533-5, 2002b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde. Departamento de Gestão da Educação na Saúde. **A educação que produz saúde**– Brasília: 2005.

_____. **Política nacional de promoção da saúde.** Brasília: 2006.

_____. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. **Institui o Programa Saúde na Escola-PSE.** Brasília: 2007a.

_____. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde:** experiências no Brasil. Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde na escola.** Cadernos de Atenção Básica. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. – Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Decreto Nº 7.083, de 27 de janeiro de 2010. **Dispõe sobre o Programa Mais Educação.** Diário Oficial da União, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE:** Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade /Ministério da Saúde / Ministério da Educação. – Brasília: Ministério da Saúde, 2011a. 46 p.: il. – (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em: <http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/passo_a_passo_programa_saude_escola.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2019.

_____. Lei nº 13.005, de 25 de junho de 2014. **Aprova o Plano Nacional de Educação – PNE** e dá outras providências. Diário Oficial da União, Brasília, 26 de junho de 2014. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2014/lei/l13005.htm>. Acesso em: 04 jun. 2019.

_____. **Base Nacional Comum Curricular: Educação Infantil e Ensino Fundamental**. Brasília: MEC/Secretaria de Educação Básica, 2017.

_____. Site do Ministério da Educação. **Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194-secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>. 2018? Acesso em: 20 jun. 2019.

BRUN, Luciana Gisele. **Vivências de prazer e sofrimento e sentido do trabalho para gestores de escolas privadas**. 2010. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Universidade do Vale do Rio dos Sinos. São Leopoldo. 2010.

BUSS, Patricia. **Os impactos de programa socioeducativos do governo federal na educação física escolar: do esvaziamento do conteúdo à virada assistencialista da escola**. 2016. Dissertação de Mestrado, Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2016.

BZUNECK, José Aloyseo. As crenças de autoeficácia dos professores. *In*: SISTO, F.F.; OLIVEIRA, G. De C.; FINI, L.D.T. (Orgs.). **Leituras de psicologia para formação de professores**. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2000.

BZUNECK, José Aloyseo. As crenças de auto-eficácia e o seu papel na motivação do aluno. *In*: BORUCHOVITCH, E.; BZUNECK, J. A. (Org.). **A motivação do aluno: contribuições da psicologia contemporânea**. 2 ed. Petrópolis: Vozes, 2001. p. 116-133.

BZUNECK, José Aloyseo; GUIMARÃES, Sueli Édi Rufini. Crenças de eficácia de professores: Validação da escala de Woolfolk e Hoy. **Psico-USF**, v. 8, n. 2, p. 137-143, jul./dez. 2003.

BZUNECK, José Aloyseo; MACEDO, Izabel Cristina. **Motivação de professores, autoeficácia e fatores do contexto social**. *In*: IX Congresso Nacional de Educação – EDUCERE e o III Encontro Sul Brasileiro de Psicopedagogia. Curitiba. 26 a 29 de outubro de 2009.

CAETANO, Maria Raquel. Reflexões sobre gestão democrática e qualidade de ensino. **Biblioteca digital**: Faculdades Integradas de Taquara. Disponível em: file:///C:/Users/a824551/Documents/2020/Unesp/Gest%C3%A3o%20democr%C3%A1tica/comunicacao_caetano.pdf 2009. Acesso em: 24 jul. 2020.

CAMARGO, Danilo Alexandre Ferreira de. **O abolicionismo escolar**: reflexões a partir do adoecimento e da deserção dos professores. 2012. 121 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de São Paulo, São Paulo.

CAMPOS, Domênica Viana de. Autoeficácia na promoção da saúde no contexto escolar: um estudo de mapeamento sistematizado da literatura. 2019. 63 f. Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura - Educação Física) - Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Instituto de Biociências (Campus de Rio Claro), 2019. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/203293>. Acesso em: 24 jul. 2020

CANDEIAS Nelly Martins Ferreira. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev Saúde Pública**, 1997. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v31n2/2249.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de. A saúde vai à escola: a promoção da saúde em práticas pedagógicas. **Physis**: Revista de Saúde Coletiva, v. 25, p. 1207-1227, 2015.

CARVALHO, Fabio Fortunato Brasil de *et al.* **A saúde na escola e a Promoção da Saúde**: conhecendo a dinâmica intersetorial em Duque de Caxias e Nova Iguaçu, RJ. 2012. Dissertação (Mestrado). Programa de Ciências na área de Saúde Pública da Escola Nacional de Saúde Pública. Rio de Janeiro, 2012.

CASANOVA, Daniela Couto; AZZI, Roberta Gurgel. Percepções de gestores escolares sobre autoeficácia e IDESP. *In: III Congresso Ibero-Americano de Política e Administração Escolar. Gestão pedagógica e política educacional: desafios para a melhoria da formação e profissionalização dos educadores.* Zaragoza, Espanha. 2012.

CASANOVA, Daniela C. Guerreiro; AZZI, Roberta Gurgel. Crenças de autoeficácia de gestores escolares: características pessoais e profissionais *In: CASANOVA, Daniela C. Guerreiro; RUSSO, Miguel Henrique; AZZI, Roberta Gurgel (orgs).* **Crenças de Eficácia de Gestão Escolar.** Porto Alegre: Editra Lateral, 2019a. p. 37 – 46.

_____. Lidar com as adversidades do contexto escolar: discussão a partir das crenças de eficácia de gestores escolares *In: CASANOVA, Daniela C. Guerreiro; RUSSO, Miguel Henrique; AZZI, Roberta Gurgel (orgs).* **Crenças de Eficácia de Gestão Escolar.** Porto Alegre: Editra Lateral, 2019b. p. 47 – 56.

CASANOVA, Daniela C. Guerreiro; AZZI, Roberta Gurgel; RUSSO, Miguel Henrique. A autoeficácia de diretores escolares: alguns aspectos que interferem em suas crenças. *In: CASANOVA, Daniela C. Guerreiro; RUSSO, Miguel Henrique; AZZI, Roberta Gurgel (orgs).* **Crenças de Eficácia de Gestão Escolar.** Porto Alegre: Editra Lateral, 2019b. p. 57 – 68.

CASANOVA, Daniela Couto Guerreiro; RUSSO, Miguel Henrique. Crenças de autoeficácia de gestores escolares: variáveis relacionadas. **Psicologia da Educação.**

Programa de Estudos Pós-Graduados em Educação: Psicologia da Educação, n. 42, 2016.

CASANOVA, Daniela Couto Guerreiro; RUSSO, Miguel Henrique. Crenças de eficácia de gestores escolares e as metas do IDESP. **EccoS–Revista Científica**, n. 45, p. 157-175, 2018.

CASANOVA, Daniela C. Guerreiro; RUSSO, Miguel Henrique. A autoeficácia de gestores escolares da rede estadual de São Paulo. *In*: CASANOVA, Daniela C. Guerreiro; RUSSO, Miguel Henrique; AZZI, Roberta Gurgel (orgs). **Crenças de Eficácia de Gestão Escolar**. Porto Alegre: Editra Lateral, 2019a. p. 69 – 76.

_____. Crenças de autoeficácia de gestores escolares: variáveis relacionadas. *In*: CASANOVA, Daniela C. Guerreiro; RUSSO, Miguel Henrique; AZZI, Roberta Gurgel (orgs). **Crenças de Eficácia de Gestão Escolar**. Porto Alegre: Editra Lateral, 2019b. p. 77 – 94.

_____. Crenças de eficácia de gestores escolares e as metas do IDESP. *In*: CASANOVA, Daniela C. Guerreiro; RUSSO, Miguel Henrique; AZZI, Roberta Gurgel (orgs). **Crenças de Eficácia de Gestão Escolar**. Porto Alegre: Editra Lateral, 2019b. p. 109 – 124.

CASEMIRO, Juliana Pereira; FONSECA, Alexandre Brasil Carvalho da; SECCO, Fabio Vellozo Martins. Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 19, p. 829-840, 2014.

CASTRO, Nilza Antônio de. **Programa Saúde na Escola pela ótica dos professores e diretores/orientadores do município de Campo Novo de Rondônia**. Monografia (Graduação em Enfermagem) - Faculdade de Educação e Meio Ambiente – FAEMA, Ariquemes, RO, 2018.

CHRISMAN, Matthew; PATEL, Sarah; ALONZO, Rachel. Barriers to and facilitators of using MyPlate nutritional guidelines in K-12 teachers and principals. **Health Education Journal**, v. 79, n. 2, p. 152-165, 2020.

CINTRA, Gilcineia Maria Silveira; RODRIGUES, Sonia das Dores; CIASCA, Sylvia Maria. Inclusão escolar: há coesão nas expectativas de pais e professores? **Revista Psicopedagogia**, São Paulo, ABPp, v. 26, n. 79, p. 55, 2009.

COSTA, Sueli; GOMES, Paulo Henrique Mendes; ZANCUL, Mariane de Sensi. Educação em Saúde na escola na concepção de professores de Ciências e de Biologia. **Encontro Nacional de Pesquisa em Educação em Ciências**, v. 7, 2011.

COUTO, Analie Nunes; Kleinpaul, W. V., Borfe, L., Vargas, S. C., Pohl, H. H., & Krug, S. B. F. O ambiente escolar e as ações de promoção da saúde. **Cinergis**, v. 17, 2016.

CURY, Carlos Roberto Jamil. **O Direito à Educação**: Um campo de atuação do gestor educacional na escola. 2009. Disponível em: <http://moodle3.mec.gov.br/ufscar/file.php/1/gestores/direito/pdf/jamilcury.pdf>. Acesso em: 08/12/2019.

DA SILVA, Sônia do Nascimento Sales; JÚNIOR, Jehu Vieira Serrado. A prática da gestão democrática nas escolas públicas. **Revista Conexão Eletrônica**, v. 10, n. 1, 2013. p. 570-581. Disponível em: <http://revistaconexao.aems.edu.br/edicoes-antteriores/2013/ciencias-sociais-aplicadas-e-ciencias-humanas-2/>. Acesso em: 24 jul. 2020.

DA SILVA, Rosângela Dantas *et al.* Mais que educar... ações promotoras de saúde e ambientes saudáveis na percepção do professor da escola pública. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 24, n. 1, p. 63-72, 2012.

DADACZYNSKI, Kevin; PAULUS, Peter. Healthy principals–healthy schools? A neglected perspective to school health promotion. *In: Schools for health and sustainability*, Springer, Dordrecht, 2015. p. 253-273.

DALCORSO, Claudia Zuppini. **O planejamento estratégico**: um instrumento para o gestor da escola pública. Dissertação (Mestrado em Educação) – Pontifícia Universidade de São Paulo – PUC, São Paulo. 2011.

DE LIMA, Dartel Ferrari; MALACARNE, Vilmar; STRIEDER, Dulce Maria. O papel da escola na promoção da saúde - uma mediação necessária. **EccoS Revista Científica**, n. 28, 2012.

DE OLIVEIRA, Daise Pires Silva; PRATA, Rita Vilanova. Saúde Uma Questão Escolar–abordagem do Projeto Político-Pedagógico.

DIAS, Patricia Camacho *et al.* Desafios da intersetorialidade nas políticas públicas: o dilema entre a suplementação nutricional e a promoção da alimentação saudável em escolas. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 12, e00035218, 2018. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S010211X2018001205015&lng=en&nrm=iso. Acesso em: 05 out. 2019. Epub Jan 07, 2019.

DÍAZ-VICARIO, Anna; GAIRIN SALLAN, Joaquin. A comprehensive approach to managing school safety: case studies in Catalonia, Spain. **Educational Research**, v. 59, n. 1, p. 89-106, 2017.

DORA, Bruna de Oliveira. *et al.* Formação continuada de professores para promoção da saúde e prevenção de doenças crônicas na escola. **Revista Biomotriz**, v. 6, n. 2, 2012.

DUFFY, Ryan D.; LENT, Robert W. Test of a social cognitive model of work satisfaction in teachers. **Journal of Vocational Behavior**, v. 75, n. 2, p. 212-223, 2009.

FARIAS, Isabelle Carolline Veríssimo de *et al.* Análise da intersectorialidade no Programa Saúde na escola. **Revista Brasileira de Educação Médica**, v. 40, n. 2, p. 261-267, 2016.

FERNANDES, Marcos Henrique; ROCHA, Vera Maria; SOUZA, Djanira Brasilino de. A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 12, n. 2, 2005.

FIGUEIREDO, Túlio Alberto Martins de; MACHADO, Vera Lúcia Taqueti; ABREU, Margaret Mirian Scherrer de. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, p. 397-402, 2010.

FISHER, Yael. The sense of self-efficacy of aspiring principals: Exploration in a dynamic concept. **Social Psychology of Education**, v. 14, n. 1, p.93 – 117, 2011.

GATTI, Bernadete Angelina. (Org.) Construindo caminhos para o sucesso escolar. Brasília: UNESCO, Inep/MEC-Consed-Unidme, 2008.

GATTI, Bernadete. A.; NUNES, M. M. R. **Formação de professores para o ensino fundamental**: estudo de currículos das licenciaturas em pedagogia, língua portuguesa, matemática e ciências biológicas. São Paulo: FCC/DPE, 2009.

GATTI, Bernardete A. Estudos quantitativos em educação. **Educação e Pesquisa**, v. 30, n. 1, 2004.

GAVIDIA, Valentín. La educación para la salud en los manuales escolares españoles. **Revista española de salud pública**, v. 77, n. 2, p. 275-285, 2003.

GEORGIEVA, Stela Ludmilova; KAMBUROVA, Mariela Stefanova; UN, Manolya. Analysis of the Partnership for Health Promotion at School in Bulgaria. In: **International Journal of Health Administration and Education Congress** (Sanitas Magisterium). 2017. p. 37-46.

GIL, Antônio Carlos. Como elaborar projetos de pesquisa. 4. ed. São Paulo: Altas, 2002.

GOMES, Claudia de Moraes; HORTA, Natália de Cássia. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. **Revista de APS**, v. 13, n. 4, 2010.

GONÇALVES, Fernanda Denardin *et al.* A promoção da saúde na educação infantil. **Interface - Comunic., Saúde, Educ.**, v. 12, n. 24, p. 181-92, jan./mar. 2008.

GOUVÊA, Leda Aparecida Vanelli Nabuco de. Educação para a saúde na legislação educacional no Brasil. **Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil**. Cascavel, PR, Anais..., Cascavel, UNIOESTE, 2003.

GEORGIEVA, Stela Ludmilova, KAMBUROVA, Mariela Stefanova.; UN, Manolya. Analysis of the partnership for health promotion at school in Bulgaria. **Sanitas Magisterium**, v. 3, 2017, p. 37–46. Disponível em: <http://dx.doi.org/10.12738/SM.2017.1.0026>. Acesso em: 24 jul. 2020.

GROSS, Milena. **Mapeamento de estudos brasileiros sobre hábitos saudáveis na escola**: um recorte dos estudos sobre atividade física e hábitos alimentares. 2015. 45 f. Trabalho de conclusão de curso (Licenciatura - Educação Física) - Universidade Estadual Paulista, Instituto de Biociências de Rio Claro, 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/11449/136558>. Acesso em: 20 jun. 2018.

HADDAD, Nagib. **Metodologia de estudos em ciências da saúde**: como planejar, analisar e apresentar um trabalho científico. São Paulo: Roca, 2004.

HAIR, J. F. J., BLACK, W. C., BABIN, B. J., & ANDERSON, R. E. (2010). “Multivariate Data Analysis – International Edition (7th Edition)”. **Pearson Education**, New Jersey.

IAOCHITE, Roberto Tadeu. **Autoeficácia de docentes de Educação Física**. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas-SP, 2007.

_____. Crenças de eficácia docente e suas origens. **Psicologia Ensino & Formação**, v. 5, n. 2, p. 81-102, 2014.

_____. Crenças de Autoeficácia: considerações teóricas. In: IAOCHITE, Roberto Tadeu; AZZI, Roberta Gurgel (orgs). **Autoeficácia em contextos de saúde, educação e política**.. Porto Alegre: Letra 1 – RS, 2017a.

_____. Investigações e Práticas em Escolas Promotoras de Saúde: aproximações com a Teoria Social Cognitiva. In: IAOCHITE, R. T. & AZZI, R. G.(orgs) **Autoeficácia em contextos de Saúde, Educação e Política**. Porto Alegre, RS: Letra 1, 2017b.

_____. Roberto Tadeu. Investigações e Práticas em Escolas Promotoras de Saúde: aproximações com a Teoria Social Cognitiva. *In*: IAOCHITE, R. T. & AZZI, R. G.(orgs) **Autoeficácia em contextos de Saúde, Educação e Política**. Porto Alegre, RS: Letra 1, 2017.

IAOCHITE, Roberto Tadeu; SOUZA NETO, Samuel de. O ensino de hábitos saudáveis na escola: Compartilhando experiências de um projeto PIBID em Educação Física. In: Congresso Nacional de Educação, 12. 2015, Paraná. **Formação de Professores, complexidade e trabalho docente**. Paraná. 2015. p. 28845 - 28857. Disponível em: <http://educere.bruc.com.br/arquivo/pdf2015/19147_11338.pdf>. Acesso em: 24 jul. 2020.

IAOCHITE, Roberto Tadeu; AZZI, Roberta Gurgel. Escala de fontes de autoeficácia docente: Estudo exploratório com professores de Educação Física. **Psicologia Argumento**, v. 30, n. 71, 2017.

IAOCHITE, Roberto Tadeu; VIEIRA, Roberta Ribeiro. Autoeficácia de técnicos esportivos: um estudo exploratório. **Revista Mackenzie de Educação Física e Esporte**, v. 12, n. 1, 2013.

IAOCHITE, Roberto Tadeu *et al.* Autoeficácia docente, satisfação e disposição para continuar na docência por professores de educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 33, n. 4, 2011.

_____. Autoeficácia no campo educacional: revisão das publicações em periódicos brasileiros. **Psicologia Escolar e Educacional**, v. 20, n. 1, 2016.

IBM Corp. Released 2018. IBM SPSS Statistics for Windows, Version 26.0. Armonk, NY: IBM Corp.

IERVOLINO, Solange Abrocesi. **Escola promotora da saúde**: um projeto de qualidade de vida. 2000. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar - 2015**. Rio de Janeiro: Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística; 2016.

IPPOLITO-SHEPHERD, Josefa; CERQUEIRA, María Teresa. Las escuelas promotoras de la salud en las Américas: una iniciativa regional. FNA/ANA, 2003. Disponível em: <http://www.fao.org/tempref/docrep/fao/006/j0243m/j0243m03.pdf>. Acesso em: 04 jul. 2019.

JOURDAN, Didier *et al.* The future of health promotion in schools goes through the strengthening of teacher training at a global level. **Promotion & education**, v. 15, n. 3, p. 36-38, 2008.

KEOTHAILE, Kelebogile Joyce. **Implementation and outcomes of the school health programme in Ditsobotla**. 2016. Dissertação de Mestrado.

KUHLMANN, Junior Moysés. Ideias sobre a educação da infância no 1º Congresso Brasileiro de Proteção à Infância, Rio de Janeiro, 1922. *In: Anais do II Congresso Brasileiro de história da Educação*. 2002.

LANGFORD, Rebecca *et al.* The World Health Organization's Health Promoting Schools framework: a Cochrane systematic review and meta-analysis. **BMC public health**, v. 15, n. 1, p. 130, 2015.

LEONELLO, Valéria Marli; L'ABBATE, Solange. Educação em Saúde na escola: uma abordagem do currículo e da percepção de alunos de graduação em Pedagogia. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 10, n. 19, 2006, p. 149-66.

LIBÂNEO, José Carlos. **Organização e gestão da escola**: teoria e prática. 5. ed. Goiânia: Alternativa, 2004.

LIBÂNIO, José Carlos; OLIVEIRA, João Ferreira; TOSCHI, Mirza Seabra. **Educação escolar**: políticas, estrutura e organização. 10. ed. São Paulo: Cortez Editora, 2012.

LIBERAL, Edson Ferreira *et al.* Escola segura. **Jornal de Pediatria**. Porto Alegre, v. 81, n. 5, supl. p. s155-s163, nov. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0021-75572005000700005&lng=en&nrm=iso>. Acesso em 06 nov. 2019.

LIMA, Gerson Zanetta de. Saúde Escolar: perspectivas de desenvolvimento. **Cadernos Cedex**, n. 15, p. 55-61. 1985b.

LIMA, Gerson Zanetta. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez Editora, 1985a.

LIMA, Carla da Conceição de. **Uso dos dados do sistema mineiro de administração escolar (Simade) pelos gestores das escolas públicas da rede estadual**. 2019. Tese (Doutorado em Educação) - Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2019.

LIMEIRA. Lei Complementar nº. 461, de 02 de junho de 2009. Estatuto Do Magistério Público Municipal, que contém o Plano de Carreira da Categoria. Disponível em: https://smelegal.files.wordpress.com/2015/02/lei_complementar_461_2009_estatuto_magistc3a9rio_limeiraatualizado-atc3a9-a-lc-632_2012.pdf Acesso em: 27 jul. 2020.

LIMEIRA. Resolução SME 02/2015, de 15 de janeiro de 2015. Dispõe sobre o provimento de Posto de Trabalho do Professor Coordenador nas Escolas da Rede Municipal de Ensino. Disponível em: <https://smelegal.files.wordpress.com/2015/02/resoluc3a7c3a3o-sme-02.pdf>. Acesso em: 27 jul. 2020.

LIU, Chieh-Hsing *et al.* Health-promoting schools in Taiwan: School principals' and teachers' perspectives on implementation and sustainability. **Health Education Journal**, v. 78, n. 2, p. 163-175, 2019.

LONDRINA. Gestão Democrática, um desafio frente aos conflitos da realidade escolar. **Caderno Temático**. Secretaria de Estado da Educação do Paraná. Superintendência da Educação. Programa de Desenvolvimento Educacional. Londrina PR, 2008.

LOPES, Iraneide Etelvina; NOGUEIRA, Júlia Aparecida Devidé; ROCHA, Dais Gonçalves. Eixos de ação do Programa Saúde na Escola e Promoção da Saúde: revisão integrativa. **Saúde em Debate**, v. 42, p. 773-789, 2018.

LÜCK Heloísa. **Dimensão da Gestão Escolar e suas competências**. Curitiba: Editora Positivo, 2009.

LOWEN, Alexander. **O corpo em terapia**: a abordagem bioenergética. Grupo Editorial Summus, 1977.

MACHADO, Cristiane. Avaliação externa e gestão escolar: reflexões sobre usos dos resultados. **Revista @mbienteeducação**, [S.l.], v. 5, n. 1, p. 70 - 82, dez. 2017. ISSN 1982-8632. Disponível em:

<http://publicacoes.unicid.edu.br/index.php/ambienteeducacao/article/view/117/385>.

Acesso em: 07 dez. 2019.

MAFFEI, Willer Soares *et al.* Formação do professor de educação física para atuação na área da saúde. **Revista Remecs-Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, v. 2, n. 2, p. 3-20, 2017.

MARCELINO, Nelson Carvalho; BONFIM, Agostinho Murinelli. Lazer e saúde, nos currículos dos cursos de graduação em Educação Física. **Revista Brasileira de Ciência e Movimento**, v. 14, n. 4, p. 87-94, 2008.

MARINHO, Julio Cesar Bresolin; DA SILVA, João Alberto; FERREIRA, Maira. A Educação em Saúde como proposta transversal: analisando os Parâmetros Curriculares Nacionais e algumas concepções docentes. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, n. 2, p. 429-443, 2015.

MARTINS, Pâmela Carolina do Nascimento. **O professor coordenador e a percepção que tem da sua função no contexto do programa São Paulo Faz Escola**. 2012. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade Nove de Julho. São Paulo.

MAZON, Cátia Cristina Xavier; LEITE, Lucia Pereira. O mal-estar docente em gestores escolares. **Arq. bras. psicol.**, Rio de Janeiro, v. 65, n. 2, p. 304-318, 2013. Disponível em http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672013000200011&lng=pt&nrm=iso. Acesso em: 09 nov. 2019.

MCISAAC, Jessie-Lee D. *et al.* Culture matters: a case of school health promotion in Canada. **Health promotion international**, v. 32, n. 2, p. 207-217, 2013.

_____. Providing context to the implementation of health promoting schools: A case study. **Evaluation and program planning**, v. 53, p. 65-71, 2015.

MEDEIROS, Livia Maria Rodrigues de Pontes. **A gestão do programa saúde na escola no município de Natal/RN: um estudo de caso**. Dissertação de Mestrado. Programa de Saúde Coletiva. Universidade Federal do Rio Grande do Norte. Natal-RN: 2015.

MEDRONHO, Roberto. A. *et al.* Epidemiologia. 2. ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2008. 676p

MEIRINHOS, Manuel; OSÓRIO, António. O estudo de caso como estratégia de investigação em educação. **EduSer-Revista de educação**, v. 2, n. 2, 2016. Disponível em:

<https://bibliotecadigital.ipb.pt/bitstream/10198/3961/1/O%20estudo%20de%20caso%20c>

omo%20estrat%C3%A9gia%20de%20investiga%C3%A7%C3%A3o%20em%20educa%C3%A7%C3%A3o.pdf. Acesso em: 29 jun. 2018.

MELO-DIAS, Carlos. **Habilidades de conversação em adultos com esquizofrenia**. Porto: Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde. 2015. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/19361> Acesso em: 06 jul. 2019.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **MEC investirá R\$ 700 milhões nos programas Mais Educação e Ensino Médio Inovador**. GovBR. 28 de setembro de 2016. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/ultimas-noticias/211-218175739/39771-mec-investira-r-700-milhoes-nos-programas-mais-educacao-e-ensino-medio-inovador> Acesso em: 04 jun. 2019.

MOLL, Jaqueline. **Programa Mais Educação: passo a passo**. Brasília, MEC/Secad, 2009. Disponível em: http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/passoapasso_maiseducacao.pdf. Acesso em: 03 jun. 2019.

MONT'ALVERNE, Daniela Gardano Bucharles; CATRIB, Ana Maria Fontenele. Promoção da saúde e as escolas: como avançar. **Revista Brasileira em Promoção da Saúde**, v. 26, n. 3, p. 307-308, 2013.

MONTEIRO, Paulo Henrique Nico; BIZZO, Nelio. A saúde na escola: análise dos documentos de referência nos quarenta anos de obrigatoriedade dos programas de saúde, 1971-2011. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 22, n. 2, p. 411-427, 2015.

MOREIRA, Antônio Flávio Barbosa. Os parâmetros curriculares nacionais em questão. **Educação & Realidade**, v. 21, n. 1, 1996.

MORRIS, David. **Teaching-Efficacy**. In: Oxford Research Encyclopedia of Education. 2017. Acesso em 02 abr. 2018.

MUÑOZ, Maria Cristina Muñoz. **Análise da implementação do Programa Saúde na Escola em um município do Estado de São Paulo**. 2019. Dissertação de Mestrado – Programa Mestrado em Enfermagem. Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, 2019.

MULINARI, Guilherme. **O papel dos professores e profissionais de saúde no Programa Saúde na Escola: uma análise dos documentos de referência a partir da educação em saúde**. Dissertação (Programa de Educação Científica e Tecnológica) – Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2018.

NAHAS, Markus Vinicius; DE BARROS, Mauro VG; FRANCALACCI, Vanessa. O pentáculo do bem-estar-base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

NASCIMENTO, Geisa; FERNANDES, Cecília. Promoção e prevenção da saúde de crianças, adolescentes e jovens: Saúde é matéria de escola? **Salto Para o Futuro**. Saúde e educação. Boletim, v. 12, 2008.

NONOSE, Eliana Roldão dos Santos; BRAGA, Tânia Moron Saes. **Formação do professor para atuar com saúde/doença na escola**. In: Congresso Nacional de Educação-EDUCERE. 2008. p. 3656-3667.

NUNES, Maiana Farias Oliveira. Funcionamento e desenvolvimento das crenças de auto-eficácia: Uma revisão. **Revista Brasileira de orientação profissional**, v. 9, n. 1, p. 29-42, 2008.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Oficina Sanitária Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud. Escuelas promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras. **Comunicación para la Salud**, n. 13, Washington: Estados Unidos, 1998.

OPAS - ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. Escolas Promotoras de Saúde - Fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Pan American Health Organization 2006.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Promoting mental health: concepts, emerging practice**. Geneva: World Health Organization. 2005.

PAJARES, Frank. & OLAZ, Fabián. Teoria social cognitiva e autoeficácia: uma visão geral. In: BANDURA, Albert; AZZI, Roberta Gurgel; POLYDORO, Soely (Orgs.). **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Porto Alegre: Artmed, v. 97, p. 114, 2008.

PAJARES, Frank; OLAZ, Fabián. **Teoria social cognitiva e auto-eficácia: uma visão geral**. Teoria social cognitiva: Conceitos básicos, p. 97-114, 2008.

PARANHOS, Ranulfo; FIGUEIREDO FILHO, Dalson. B.; ROCHA, Enivaldo C. D.; SILVA JÚNIOR, José Alexandre D.; FREITAS, Diego. Uma introdução aos métodos mistos. **Sociologias**, Porto Alegre: 2016, p. 384-411.

PARO, Vitor Henrique. A educação, a política e a administração: reflexões sobre a prática do diretor de escola. **Educação e Pesquisa**, v. 36, n. 3, p. 763-778, 2010.

PELISSONI, Adriane Martins Soares. **Auto-eficácia na transição para o trabalho e comportamento de exploração de carreira, em licenciandos**. 2007. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em: <<http://libdigi.unicamp.br/document/?code=vtls000423985>>. Acesso em: 06 jun. 2017.

PENNEY, Tarra L. *et al.* A translational approach to characterization and measurement of health-promoting school ethos. **Health promotion international**, v. 33, n. 6, p. 980-989, 2017.

PERU. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud. **Guía de gestión de la estrategia de escuelas promotoras de salud**, Lima, 2006.

POLYDORO, Soeli *et al.* Escala de Auto-Eficácia Docente de educação física. In: Machado, C. (Org). **Avaliação psicológica: formas e contextos**. Braga: Psiquilíbrios, 2004. p. 330-337.

RATHI, Neha; RIDDELL, Lynn; WORSLEY, Anthony. Food and nutrition education in private Indian secondary schools. **Health Education**, v. 117, n. 2, p. 193-206, 2017.

RESTREPO, Helena. Conceptos y definiciones. In: Restrepo H.; Málaga H. **Promoción de la Salud: Cómo construir vida saludable**. Bogotá: Editorial Médica Panamericana, 2001.

ROCHA, Dais Gonçalves; MARCELO, Vânia Cristina; PEREIRA, Isabel MT Bicudo. Escola promotora da saúde: uma construção interdisciplinar e intersetorial. **Journal of Human Growth and Development**, v. 12, n. 1, 2002.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. **Educação escolar e higienização da infância**. Campinas, v. 23, n. 59, p. 39-56, abril 2003.

ROCHA, Soraia da Silva. **Atuação dos coordenadores pedagógicos da rede municipal de ensino de São Paulo: implicações políticas e sofrimento no trabalho**. 2014. 134 p. Dissertação (Mestrado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação, Campinas, SP. Disponível em: <<http://www.repositorio.unicamp.br/handle/REPOSIP/254134>>. Acesso em: 26 ago. 2018.

ROUQUAYROL, Maria Zélia; SILVA, Marcelo Gurgel Carlos da. **Epidemiologia & saúde**. 2006.

ROSSINI, Sandrine Cristina Ibañes. **Análise da implementação do sistema de avaliação educacional em Limeira-SP a partir da atuação dos gestores escolares das escolas pesquisadas**. 2013. Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Juiz de Fora, Faculdade de Educação, Juiz de Fora, MG. Disponível em: <https://repositorio.ufjf.br/jspui/handle/ufjf/1053>. Acesso em: 06 jun. 2017.

RUSSO, Miguel Henrique. Problemas centrais da gestão da escola pública e sua incidência na prática cotidiana segundo os gestores. **Revista Brasileira de Política e Administração da Educação (RBP AE)**, Brasília, v.25, n. 3, p.455-471, set./dez. 2009.

RUSSO, Miguel Henrique; AZZI, Roberta Gurgel. Implementação de políticas educacionais e suas relações com crenças de eficácia. In: CASANOVA, Daniela C. Guerreiro; RUSSO, Miguel Henrique; AZZI, Roberta Gurgel (orgs). **Crenças de Eficácia de Gestão Escolar**. Porto Alegre: Editra Lateral, 2019. p. 13 – 22.

_____. Gestão da escola e crenças docentes de eficácia pessoal e coletiva. In: CASANOVA, Daniela C. Guerreiro; RUSSO, Miguel Henrique; AZZI, Roberta Gurgel (orgs). **Crenças de Eficácia de Gestão Escolar**. Porto Alegre: Editra Lateral, 2019. p. 23 – 36.

SAKAI, Marcele Yumi. **Diálogos com os profissionais do Programa Saúde na Escola: potencialidades e fragilidades de uma experiência**. 2018. Dissertação (Mestrado Profissional) - Programa de Pós-Graduação Interunidades em Formação Interdisciplinar em Ciências da Saúde, Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2018.

SALINAS, Judith; DEL RIO, Fernando. Programas de salud y nutrición sin política de Estado: el caso de la Promoción de Salud Escolar en Chile. **Revista chilena de nutrición**, v. 38, n. 2, p. 100-116, 2011.

SANTOS, Ligia Amparo da Silva. Educação alimentar e nutricional no contexto da promoção de práticas alimentares saudáveis. **Rev Nutr**. 2005. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v18n5/a11v18n5.pdf>. Acesso em: 20 jun. 2018.

SANTOS, Lúcia de Fátima da Silva. **As ações do Programa Saúde na Escola na perspectiva dos profissionais da saúde e da educação**. 2017. Dissertação (Mestrado em Saúde e Comunidade) – Universidade Federal do Piauí, Teresina, 2017.

SANTOS, Rosane Silveira dos. **Programa Saúde na Escola: uma análise bibliométrica de 2008 a 2015**. Especialização. Faculdade de Medicina. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Porto Alegre: 2016.

SAPIO, Gabriele. **A LDB e a constituição brasileira de 1988: os dois pilares da atual legislação educacional nacional**. **Revista Jurídica Eletrônica da IUNIB**, v. 3, n. 04, nov. 2010. Disponível em: http://www.iunib.com/revista_juridica/2010/11/19/a-ldb-ea-constituicaobrasileira-de-1988-os-dois-pilares-da-atual-legislacao-educacional-nacional. Acesso em: 22 maio 2019.

SHINDE, Sachin *et al.* The development and pilot testing of a multicomponent health promotion intervention (SEHER) for secondary schools in Bihar, India. **Global health action**, v. 10, n. 1, p. 1385284, 2017.

SILVA, Andrea Rosane Sousa *et al.* Políticas públicas en la promoción de la salud del adolescente en la escuela: concepción de los gestores. **Enferm. glob.**, Murcia, v. 14, n. 37, p. 250-267, enero 2015.

SILVA, Carlos dos Santos. O que a escola pode fazer para promover a saúde de crianças, adolescentes e jovens. SALTO PARA O FUTURO. **Saúde e educação**. Boletim, v. 12, 2008.

SILVA, Andreza Henning; FOSSÁ, Maria Ivete T. Análise de conteúdo: exemplo de aplicação da técnica para análise de dados qualitativos. **Qualitas Revista Eletrônica**, 2015.

SIMOVSKA, Venka; PRØSCH, Åsa Kremer. Global social issues in the curriculum: perspectives of school principals. **Journal of Curriculum Studies**, v. 48, n. 5, p. 630-649, 2016.

SIQUEIRA, Ana Paula de Moraes de; ENS, Romilda Teodora. Profissão Professor: como está a saúde docente na América Latina. *In: X Congresso Nacional de Educação – EDUCERE e I Seminário Internacional de Representações Sociais, Subjetividade e Educação – SIRSSE*, 07 a 10 de novembro de 2011, Curitiba.

SOARES, Alexandre Gomes; JARDIM, Sandra Marcianita. Gestão escolar: impasses e possibilidades nas relações de trabalho na escola. **Humanidades & Inovação**, v. 6, n. 2, p. 185-191, 2019.

SOUZA, Anelise Andrade de *et al.* Atuação de nutricionistas responsáveis técnicos pela alimentação escolar de municípios de Minas Gerais e Espírito Santo. **Saúde Coletiva**, v. 22, p. 593-606, 2017.

SMITH, Wade; GUARINO, Anthony. Effective teaching and learning environments and principal self-efficacy. **Journal of Research for Educational Leaders**, v.3, n.2, p.4- 23, 2006.

STOREY, Kate E. *et al.* Essential conditions for the implementation of comprehensive school health to achieve changes in school culture and improvements in health behaviours of students. **BMC Public Health**, v. 16, n. 1, p. 1133, 2016.

TSCHANNEN-MORAN, Megan; HOY, Anita Woolfolk; HOY, Wayne K. Teacher efficacy: Its meaning and measure. **Review of educational research**, v. 68, n. 2, p. 202-248, 1998.

TSCHANNEN-MORAN, Megan; GAREIS, Christopher R. (2004). Principals' sense of efficacy: Assessing a promising construct. **Journal of Educational Administration**, v. 42, p. 573-585. 2004.

TSCHANNEN-MORAN, Megan; GAREIS, Christopher R. Cultivating principals' self-efficacy: Supports that matter. **Journal of School Leadership**, v. 17, n. 1, p. 89-114, 2007.

TUSSET, Dalila. **Competências em promoção da saúde no programa Saúde na Escola no Distrito Federal**. 2012. xii, 160 f., il. Dissertação (Mestrado em Educação Física) —Universidade de Brasília, Brasília, Brasília, 2012.

UCHOA, Rita de Cássia Matos de Figueiredo. **O Programa Saúde na Escola sob o olhar dos Gestores, Educadores e Participantes: Um estudo no município de**

Manaus. 2012. 60 f. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) - Universidade Federal do Amazonas, Manaus, 2012.

VARZ, Nastaran *et al.* Schools as social complex adaptive systems: a new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept. **Social science & medicine**, v. 70, n. 10, p. 1467-1474, 2010.

VELASCO, Veronica *et al.* A large-scale initiative to disseminate an evidence-based drug abuse prevention program in Italy: Lessons learned for practitioners and researchers. **Evaluation and program planning**, v. 52, p. 27-38, 2015.

VENDITTI Jr, Rubens; WINTERSTEIN, Pedro José. Ensaio sobre a Teoria Social Cognitiva de Albert Bandura. **Revista Digital**, Buenos Aires, año 15, n. 145, jun. 2010. Disponível em: <https://www.efdeportes.com/efd145/teoria-social-cognitiva-de-albert-bandura.htm>. Acesso em: 21 ago. 2018.

VIEIRA, Andréia Maria de Souza. **Crenças de autoeficácia do professor coordenador pedagógico**: relevância para formação continuada. 2016. 79 f. Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade do Oeste Paulista, Presidente Prudente, SP.

VIEIRA, Lidiane Sales; SAPORETTI, Gisele Marcolino; BELISÁRIO, Soraya Almeida. Programa saúde na escola: marcos jurídicos e institucionais. **Rev Med Minas Gerais**, v. 26, n. Supl 8, p. S381-S387, 2016.

VILELA, Maria Aparecida Augusto Satto. **Semear educação e colher saúde**: 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar (São Paulo–1941). 2011. Tese de Doutorado. Tese de doutorado apresentado ao Programa e Pós Graduação em Educação da PUC/SP. São Paulo.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Promoting mental health**: concepts, emerging practice. Geneva: World Health Organization. 2005.

WOOD, Robert; BANDURA, Albert. Social Cognitive Theory of Organizational Management. **The Academy of Management Review**, v. 14, n. 3, p. 361-384, jul. 1989. Disponível em: <https://www.jstor.org/stable/258173>. Acesso em: 21 ago. 2018.

YOKOTA, Renata Tiene de Carvalho, *et al.* Projeto “a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis”: comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. **Revista de Nutrição**, Campinas, v. 23, n. 1, p. 37-47, 2010. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/rn/v23n1/a05v23n1.pdf>. Acesso em: 21 ago. 2018.

ZACH, Sima *et al.* Active and Healthy Lifestyle–Nationwide Programs in Israeli Schools. **Health promotion international**, v. 33, n. 6, p. 946-957, 2017.

APÊNDICE

APÊNDICE A -Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - (TCLE)

(Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/12)

Eu, Claudeir Germano de Oliveira, RG 41.798.510-1, convido-o (a) a participar de uma pesquisa que estou desenvolvendo no âmbito de Mestrado do Programa de Pós-graduação em Educação da Unesp, sob a orientação do Prof. Dr. Roberto Tadeu laochite. O título do projeto é **“A autoeficácia de gestores escolares para a promoção de uma escola saudável”** e tem como objetivo identificar, analisar e discutir sobre a crença de autoeficácia dos gestores escolares para promover uma escola saudável.

A sua participação nessa pesquisa será a de preencher a um conjunto de instrumentos composto por questionário de caracterização do participante; instrumento para avaliação da autoeficácia para a promoção de uma escola saudável; matriz SWOT. O tempo de preenchimento dos instrumentos está previsto em 30 minutos. Os eventuais riscos relativos a esta pesquisa podem ocorrer no momento do preenchimento dos instrumentos. Para minimizar esses riscos, as questões do questionário e escalas foram elaboradas de modo a evitar constrangimentos, enfocando-se somente no objeto de estudo. Caso você se sinta desconfortável em qualquer momento do preenchimento dos instrumentos, os mesmos poderão ser interrompidos; e se não estiver nas suas melhores condições de saúde, os procedimentos serão remarcados.

O preenchimento dos instrumentos na forma impressa ocorrerá em clima amistoso e de respeito. Asseguramos também a plena liberdade de desistência na pesquisa, bem como solicitar esclarecimentos a qualquer momento. Além disso, se você se sentir constrangido ou incomodado com alguma questão, terá total liberdade de não respondê-la, sem que isso signifique qualquer penalidade. A análise dos dados será realizada de modo a respeitar a sua opinião sendo fiel às suas manifestações, não emitindo juízos de valor sobre as respostas dadas.

Em relação aos benefícios, o desenvolvimento deste estudo possibilitará compreender melhor e oferecer subsídios para se pensar em estratégias que contribuirão para a efetiva promoção da saúde na escola, de maneira a fornecer evidências para que a formação de futuros educadores possa abordar essa temática de forma interdisciplinar como já previsto em documentos oficiais.

Os dados obtidos por meio dessa pesquisa serão utilizados somente para fins científicos e o seu nome será mantido em sigilo. Cumpre informar, ainda, que você não terá nenhum gasto para participar dessa pesquisa, da mesma forma que não receberá nenhuma remuneração.

Sendo assim, se você se encontrar suficientemente esclarecido, o (a) convido a assinar este Termo elaborado em duas vias, sendo que uma ficará com você e outra com o pesquisador responsável.

Profa. Claudeir Germano de Oliveira
Pesquisador responsável

Prof. Dr. Roberto Tadeu laochite
Orientador

Instituição: Instituto de Biociências - UNESP - Rio Claro - Departamento de Educação.
Endereço: Avenida 24-A, 1515, Bela Vista, CEP: 13506-900
Contato: fone (19) 3526-9686
e-mail: iaochite@rc.unesp.br

CEP-IB/UNESP-CRC

Av. 24A, nº 1515 – Bela Vista – 13506-900 – Rio Claro/SP
Telefone: (19) 3526-9678

Limeira, ____ de _____ de _____

Dados do participante da pesquisa:

Nome: _____ RG: _____

Data _____ de _____ nascimento: ____/____/____

Sexo: _____

Endereço: _____

CEP _____

Fone: _____/_____

e-mail: _____

Assinatura do participante _____