
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE
(PEDAGOGIA DA MOTRICIDADE HUMANA)**

ANA ESTELA NUNES

**RELAÇÕES ENTRE AUTOEFICÁCIA DE PROFESSORES
PARA PROMOVER ESCOLA SAUDÁVEL, LETRAMENTO EM
SAÚDE E VARIÁVEIS DO AMBIENTE ESCOLAR.**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Biociências do Campus de Rio Claro,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho” Campus de Rio Claro,
como parte dos requisitos para obtenção
do título de Mestre em Ciências da
Motricidade

Rio Claro - SP
2019



Ana Estela Nunes

**RELAÇÕES ENTRE AUTOEFICÁCIA DE PROFESSORES PARA
PROMOVER ESCOLA SAUDÁVEL, LETRAMENTO EM SAÚDE E
VARIÁVEIS DO AMBIENTE ESCOLAR.**

Dissertação apresentada ao Instituto de
Biociências do Campus de Rio Claro,
Universidade Estadual Paulista “Júlio de
Mesquita Filho” Campus de Rio Claro,
como parte dos requisitos para obtenção
do título de Mestre em Ciências da
Motricidade

Orientador: Prof. Dr. Roberto Tadeu laochite

Rio Claro - SP
2019

N972r Nunes, Ana Estela

Relações entre autoeficácia de professores para promover escola
saudável, letramento em saúde e variáveis do ambiente escolar / Ana
Estela Nunes. -- Rio Claro, 2019
105 f. : tabs.

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

1. Saúde na Escola. 2. Professores. 3. Promoção de Saúde. 4.
Educação Básica. 5. Condições Ambientais. 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.

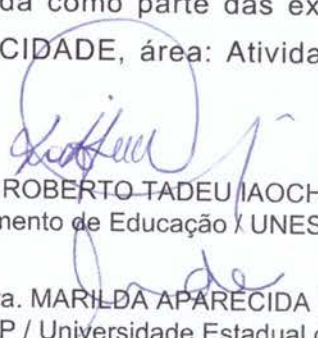
CERTIFICADO DE APROVAÇÃO

TÍTULO DA DISSERTAÇÃO: **Relações entre o contexto, o letramento em saúde e a autoeficácia de professores para a promoção de uma escola saudável**

AUTORA: ANA ESTELA NUNES

ORIENTADOR: ROBERTO TADEU IAOCHITE

Aprovada como parte das exigências para obtenção do Título de Mestra em CIÊNCIAS DA MOTRICIDADE, área: Atividade Física, Saúde e Educação pela Comissão Examinadora:



Prof. Dr. ROBERTO TADEU IAOCHITE

Departamento de Educação / UNESP - Instituto de Biociências de Rio Claro/ SP

Profa. Dra. MARILDA APARECIDA DANTAS

UNICAMP / Universidade Estadual de Campinas/ SP

Profa. Dra. SOLANGE ABROCESI

Curso de Graduação em Enfermagem / Faculdade IELUSC

Rio Claro, 11 de dezembro de 2019

Titulo alterado para:

Relações entre autoeficácia de professores para promover escola saudável, letramento em saúde e variáveis do ambiente escolar.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho aos meus queridos pais Angelita e Antonio Eduardo, seres incríveis que juntos aceitaram a missão de me presentear com a vida, educando, nutrindo, amando e apoiando. Obrigada por terem feito o seu melhor, eu os honro e reverencio sempre.

AGRADECIMENTOS

Primeiramente, agradeço a Deus, energia de amor incondicional e também criadora de tudo que é, por todas as oportunidades de estudo, de trabalho e de entendimento do meu ser por meio do autoconhecimento. Gratidão por todos os presentes que recebi e que foram essenciais para que eu continuasse minha caminhada durante o mestrado, pois me permitiram trazer à consciência, entender e realmente sentir o quanto eu sou capaz de tantas coisas, me dando força e um ânimo a mais para continuar neste que foi um desafio.

Agradeço também ao meu querido orientador Prof. Dr. Roberto Tadeu Iaochite, também conhecido carinhosamente por Beto. Agradeço por todas as oportunidades de estudo e pesquisa desde meu segundo ano de graduação, por sempre acreditar e ver o valor que há em mim, mesmo quando eu já não via mais. Agradeço também pela paciência e pela delicadeza nos puxões de orelha e pelas orientações que sempre clareavam os próximos passos do caminho. Gratidão imensa por tudo.

Gratidão aos meus colegas de laboratório por todo o apoio, partilha e aprendizado. Ao querido Roraima, exemplo fantástico de determinação, competência e força de vontade em realizar os sonhos e fazer acontecer, obrigada por todos os momentos de auxílio que você me prestou. À querida Mayara, exemplo fantástico de produtividade e dedicação, obrigada pelas conversas e pelo olhar aguçado na correção da minha apresentação de qualificação, foi essencial e gostaria de dizer que te considero a irmã que não tive. Aos queridos Elias, Simone, Claudeir, Domênica e Christian, que acompanharam vários momentos do desenvolvimento deste trabalho e que me auxiliaram de diversas maneiras, seja com o incentivo, seja com a coleta de dados, agradeço muito. Às queridas Keila, Gi e Carol, que mesmo não estando perto

agora no final, foram exemplos positivos de conclusão do mestrado, me encorajando a finalizar o meu processo também.

Agradeço a Profa. Dra. Marilda Aparecida Dantas e a Profa. Dra. Solange Abrocesi pois sinto que não poderia ter escolhido melhor minha banca examinadora. Obrigada pelo olhar atento na leitura e pelas sugestões que trouxeram para o meu trabalho.

Agradeço ao Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq, pelo apoio e financiamento de minha pesquisa.

Aos meus pais e familiares por todo apoio que me deram, pelo amor, compreensão e incentivo a me tornar uma mulher cada vez melhor.

Por fim, sinto que preciso demonstrar minha gratidão por algo que chegou até mim como um presente Divino e que me auxiliou no processo de desenvolvimento e conclusão do mestrado. Agradeço ao *ThetaHealing*®, técnica de cura quântica que me permitiu enxergar as crenças, trazidas até mim primeiramente por meio de Bandura, por outra lente, uma lente intuitiva, holística e até mística pode-se dizer, despertando uma parte de mim adormecida até então.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior -Brasil (CAPES) - Código de Financiamento 001.

RESUMO

A abordagem da Escola promotora da Saúde embasa o presente estudo por incluir a promoção de saúde em todos os aspectos possíveis dentro da escola, como o ambiente interno e externo, projetos e programas relacionados ao tema, políticas públicas, relações interpessoais, entre outros. Dentro desse contexto, o professor é tido como fator chave para promover saúde na escola uma vez que ele convive dentro e fora da sala de aula com alunos, gestores, pais e demais funcionários. Dessa forma, a possibilidade de investigar o quanto os professores se percebem capazes de promover saúde na escola e, qual o nível de letramento em saúde que eles possuem, permite conhecer melhor essa realidade e trazer aspectos relevantes para futuras discussões a respeito da promoção de saúde em escolas brasileiras. O presente estudo teve por objetivo: a) Identificar as condições ambientais das escolas; b) Investigar a autoeficácia para o letramento em saúde dos professores; c) Mensurar os níveis de autoeficácia dos professores para a promoção de saúde na escola e; d) Descrever e analisar as relações entre as três variáveis. Trata-se de uma pesquisa exploratória de caráter quantitativo que contou com a participação de 151 professores, os quais responderam o seguinte conjunto de instrumentos: a) Questionário de caracterização; b) Instrumento para avaliar as condições ambientais; c) Escala de autoeficácia para promoção de escola saudável; d) Escala de letramento em saúde. Os resultados indicaram que os participantes apresentaram nível moderado de autoeficácia para promover escola saudável ($M = 3,73$; $DP=0,66$) assim como de letramento em saúde ($M = 4,10$; $DP=0,73$). Quanto às condições ambientais, apenas 37,8% das escolas incentivam a participação dos pais e comunidade ao redor da escola para atividades relacionadas à saúde, mais de 60% dos professores relataram não haver contato de médicos e psicólogos na escola e, quase metade dos professores afirmam que a segurança dentro e fora da escola poderia ser melhor assim como os produtos vendidos na cantina. Ao relacionar as três principais variáveis estudadas, foram encontradas associações positivas e estatisticamente significativas entre a autoeficácia para promover escola saudável e parte das variáveis ligadas às condições ambientais ($r = 0.347$ e $r = 0.295$; $p < 0.01$). Houve correlações positivas, significativas, porém fracas entre a autoeficácia para promover escola saudável e o letramento em saúde dos professores ($r = 0,231$; $p < 0,001$). Entretanto, não houve correlações significativas entre o letramento em saúde e parte das variáveis ligadas às condições ambientais. Dessa forma, encontrou-se que, quanto melhores são as condições ambientais das escolas, mais elevados são os níveis de autoeficácia para promover escola saudável e, que há uma ligeira tendência de que professores com níveis elevados de letramento em saúde também possuem níveis mais elevados de autoeficácia para promover escola saudável. Estudos futuros podem endereçar novas questões acerca do papel da autoeficácia para promover escola saudável em diferentes contextos escolares.

Palavras-chave: Escola promotora da saúde. Autoeficácia. Letramento em saúde.

ABSTRACT

The Health promoting School approach underlies this study by including health promotion in all possible aspects within the school, such as the internal and external environment, projects and programs related to the theme, public policies, interpersonal relations, among others. Within this context, the teacher is considered a key factor to promote health at school considering that this professional lives in and out of the classroom with students, managers, parents and other staff. Thus, the possibility of investigating how teachers realize themselves capable to promote health at school and what level of health literacy they have, allows us to better understand this reality and bring relevant aspects for future discussions about health promotion in Brazilian schools. This study aimed: a) Identify the environmental conditions at schools; b) Investigate the teachers' self-efficacy of health literacy; c) Measuring the levels of teachers' self-efficacy for promoting a healthy school; d) Describing and analysing the relations among these three variables. This is an exploratory research with a quantitative approach that had 151 teachers participating by replying the follow set of instruments: a) Characterization questionnaire; b) Instrumento for assessing the environmental conditions; c) Scale of self-efficacy for promoting a healthy school; d) Health literacy scale. Results indicated that participants presented moderated self-efficacy level to promote healthy school, ($M = 3,73$; $SD = 0,66$) as well as high levels of health literacy ($M = 4,10$; $SD = 0,73$). Regarding environmental conditions, only 37,8% of schools encourage the participation of parents and the community around the school for health-related activities, more than 60% of teachers stated the absence of the contact of doctors and psychologists at school and, almost half of teachers say that safety inside and outside the school could be better as well as the food offered at the school canteen. When relating the three main variables studied, there were found positive and statistically significant associations between self-efficacy to promote healthy school and part of the variables linked to the environmental conditions ($r = 0.347$ and $r = 0.295$; $p < 0.01$). There were positive, significant, but weak correlations between self-efficacy in promoting healthy school and teachers' health literacy ($r = 0.231$; $p < 0.001$). However, there were no significant correlations between health literacy and part of the variables linked to the environmental conditions. Thus, it was found that the better the environmental conditions of schools, higher are the levels of self-efficacy to promote healthy school and, that there is a slight tendency that teachers with higher levels of health literacy also have higher self-efficacy levels to promote healthy school. Future studies may address new questions about the role of self-efficacy to promote health school at different school contexts.

Keywords: Health-promoting school. Self-efficacy. Health literacy.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Impactos positivos trazidos pelo ideal das Escolas promotoras da Saúde.....	30
Quadro 2 – Critérios para acreditação de uma Escola Promotora de Saúde.....	38
Quadro 3 – Domínio e itens de cada fator da EAPES.....	66

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Coeficientes de assimetria (<i>Skewness</i>) e achatamento (<i>Kurtosis</i>).....	68
Tabela 2 – Perfil dos participantes quanto ao ambiente escolar e satisfação como professor..	71
Tabela 3 – Perfil dos participantes quanto à percepção da saúde.....	72
Tabela 4 – Caracterização das condições ambientais das escolas - parte 1.....	73
Tabela 5 – Caracterização das condições ambientais das escolas - parte 2.....	75
Tabela 6 – Confiabilidade e caracterização da escala de letramento em saúde (ELS).....	76
Tabela 7 – Caracterização da EAPES.....	77
Tabela 8 – Fatores associados com o letramento em saúde: condições ambientais e autoeficácia para promoção de uma escola saudável.....	77
Tabela 9 – Fatores associados com o letramento em saúde: variáveis demográficas e de formação.....	78
Tabela 10 – Fatores associados com o letramento em saúde - atividade docente.....	79
Tabela 11 – Fatores associados com o letramento em saúde - ambiente escolar, satisfação como professor e percepção da saúde.....	80
Tabela 12 – Fatores associados com a autoeficácia para a promoção de uma escola saudável - condições ambientais e letramento em saúde.....	81
Tabela 13 – Fatores associados com a autoeficácia para promoção de uma escola saudável - características demográficas e de formação.....	81
Tabela 14 – Fatores associados com a autoeficácia para a promoção de uma escola saudável - atividade docente.....	82
Tabela 15 – Fatores associados com a autoeficácia para a promoção de uma escola saudável - ambiente escolar, satisfação como professor e percepção da saúde.....	83

Sumário

APRESENTAÇÃO	12
1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE NA ESCOLA	16
1.1 - A problemática da saúde no Brasil	16
1.2 - Educação em saúde e promoção de saúde	19
1.3- Promoção de saúde na escola	24
1.4- Escola Promotora de Saúde	29
2 REVISÃO DE LITERATURA	40
2.1 - Condições ambientais da escola	40
2.2- Letramento em saúde	43
2.3- Autoeficácia para promover saúde	50
2.3- Relações entre o letramento em saúde e a autoeficácia	57
3 OBJETIVOS DE PESQUISA	61
4 MÉTODO	62
4.1 - Participantes	62
4.2 - Instrumentos	63
4.2.1 - Instrumento para avaliar condições ambientais	63
4.2.2 - Questionário de caracterização do participante, da atividade docente e do contexto de ensino	64
4.2.3 - Escala de letramento em saúde	64
4.2.4 - Escala de autoeficácia para promoção de escola saudável (EAPES)	65
4.3 - Procedimentos de coleta	66
4.4 - Análise estatística	68
5 RESULTADOS	70
5.1 - Bloco 1: Condições ambientais das escolas	70
5.1.1 - Características do ambiente escolar e satisfação como professor	70
5.1.2 - Percepção da saúde dos professores	72
5.1.3 - Condições ambientais - parte 1	73
5.1.4 - Condições ambientais - parte 2	74
5.2- Bloco 2: Letramento em saúde dos professores	75
5.3 - Bloco 3: Autoeficácia para a promoção de escola saudável	76
5.4- Bloco 4: Fatores associados com o letramento em saúde	77
5.4.1 - Condições ambientais e autoeficácia para promoção de uma escola saudável	77
5.4.2 - Características demográficas e de formação	78
5.4.3 - Atividade docente	78
5.4.4 - Ambiente escolar, satisfação como professor e percepção da saúde	79

5.5 - Bloco 5: Fatores associados com a autoeficácia para promoção de uma escola saudável	80
5.5.1 - Condições ambientais e letramento em saúde	80
5.5.2 - Características demográficas e formação	81
5.5.3 - Atividade docente	82
5.5.4 - Ambiente escolar, satisfação como professor e percepção da saúde	83
6 DISCUSSÃO	84
6.1 - Condições ambientais da escola	84
6.2 - Letramento em saúde dos professores	87
6.3 - Autoeficácia para a promoção de escola saudável	90
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	93
REFERÊNCIAS	96

APRESENTAÇÃO

O contexto de aumento do sedentarismo e de crianças com excesso de peso (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2016), do absenteísmo discente em aulas de educação física na escola (HALLAL et al., 2010) e das possíveis consequências para a saúde dessas pessoas, tanto na infância quanto na fase adulta, se caracteriza como um cenário que merece atenção, suscitando discussões e ações que prezem pela melhoria e promoção da saúde.

Considerando que esses problemas têm acometido crianças em idade escolar, que passam grande parte do seu tempo dentro da sala de aula, têm como disciplina curricular a educação física (BRASIL, 1971) e, que muitas vezes são alimentadas por merendas (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006) ou cantinas escolares, é importante enxergar a escola como um espaço relevante de convivência, ensino-aprendizagem, crescimento e formação dessas crianças, ou seja, lugar favorável para implementação, execução e avaliação de programas de promoção de saúde (IERVOLINO, 2000).

A questão da saúde na escola foi marcada por diferentes conceitos relacionados a esse tópico, os quais guiaram as práticas, conhecimentos, ações e projetos realizados dentro dela. Dois desses conceitos foram as visões higienista e biologicista, caracterizadas respectivamente pelo combate de doenças e, pela saúde na perspectiva biológica. A Escola promotora de Saúde (EpS) trouxe um novo conceito para essa temática, passando a encará-la de maneira integral (IERVOLINO, 2000). Dessa forma, o presente trabalho utiliza-se da abordagem da EpS, já que ela trabalha a noção de desenvolvimento dos ambientes físicos e sociais da escola, visando o benefício da comunidade escolar como um todo, proporcionando mais do que apenas o ensino e aprendizagem de higiene e de solução de problemas de saúde dos estudantes (LEGER, 2000; DENMAN et al., 2004).

Para que a escola se torne promotora de saúde ela deve assumir um conjunto de características especiais que vão desde realizar ações voltadas para a promoção de saúde, desenvolver estratégias que motivem os alunos na aprendizagem, até combater os desperdícios e adequação da estrutura física da escola. Nestas e nas demais características previstas pela abordagem da EpS, o professor possui um papel de destaque: ele é considerado fundamental para o desenvolvimento bem sucedido de uma EpS, trabalhando diretamente com os alunos, propondo melhorias no ambiente escolar (LEGER, 2000), além de poder ser um modelo positivo de saúde através de sua prática, o que pode trazer efeitos imediatos e duradouros na saúde dos seus alunos (BRUNETTE, 2017).

Destarte, a abordagem da EpS prevê, de maneira incisiva, o incentivo, a formação e o favorecimento da atualização do corpo docente (IERVOLINO, 2000). Contudo, estudos têm mostrado que os professores ainda não se sentem capazes de assumir esse papel (COSTA et al., 2013) ou, quando se sentem, não consideram como parte do seu papel organizacional (BRUNETTE, 2017).

A fala docente é marcada por diversos desafios que permeiam a questão da promoção de saúde nas escolas. A falta de tempo para planejarem, executarem e avaliarem cursos de ações na direção dessa temática (HILL et al., 2015), diferentes questões ambientais e a falta de conhecimento sobre a temática (LEGER, 2000) são apenas alguns deles. Diante desse cenário complexo, há professores que reconhecem a importância e necessidade de buscar auxílio em programas de desenvolvimento profissional (CARDOSO; REIS; IERVOLINO, 2008). Há estudos que propõem intervenções de desenvolvimento profissional docente para promoção de saúde que focam na aquisição de conhecimento sobre a temática (IERVOLINO, 2000), outros que proporcionam o ganho cognitivo, motivacional e a apropriação de práticas de ensino (ILHA et al, 2014). Contudo, é necessário também se conhecer o quanto os

professores acreditam que são capazes de fazer acerca dessa temática. A autoeficácia do professor é uma variável que prediz o seu comportamento em sala de aula (IAOCHITE et al, 2011), então ela pode ser uma lente para nos ajudar a entender o comportamento desses profissionais diante do ensino ao ter que lidar com os desafios de se promover uma escola saudável, a qual é considerada aqui como um ambiente que promove a saúde de maneira integral, não só dos alunos como também de professores, funcionários e da comunidade ao seu redor.

Além da questão que diz respeito ao quanto o professor se sente capaz de promover uma escola saudável, investigar o nível de letramento em saúde desse profissional é importante, uma vez que essa variável representa as habilidades cognitivas e sociais que irão determinar a capacidade que o indivíduo tem para entender e usar informações relacionadas à saúde. Tais habilidades podem garantir a manutenção e a promoção de saúde por meio não só da mudança do seu estilo de vida, mas também das condições ambientais ao seu redor (NUTBEAM, 1998).

Dessa forma, o presente estudo buscou investigar as possíveis relações entre três variáveis que podem influenciar os professores na promoção de uma escola saudável. Sendo elas: letramento em saúde, contexto escolar e, a autoeficácia, mais especificamente a autoeficácia do professor para promover uma escola saudável. A especificidade da variável da autoeficácia se dá por conta da sua importância no contexto docente e educacional de maneira geral (WOOLFOLK HOY; DAVIS, 2006; KLASSEN et al. 2010) e, por conta da literatura sobre EpS e escola saudável de maneira mais abrangente, a qual tem focado em investigações dessa variável com os alunos (KHODABANDEH; MALEKI AVARASIN; NIKNIAZ, 2017) e com pais dos alunos (BOHMAN et al, 2014), por exemplo.

O presente trabalho está estruturado da seguinte forma: o primeiro capítulo apresenta uma contextualização histórica do desenvolvimento da saúde na escola desde seu início até a abordagem da escola promotora da saúde, assim como suas contribuições no cenário nacional e internacional.

O segundo capítulo conceitua as variáveis da autoeficácia para promoção de saúde e o letramento em saúde, seguido pela revisão de literatura de ambos os temas de uma maneira geral e, mais específica para o âmbito dos professores.

O terceiro capítulo traz os objetivos e percurso metodológico, descrevendo sobre os participantes, instrumentos e procedimentos. O quarto capítulo apresenta os resultados obtidos, os quais são discutidos no quinto capítulo. O sexto capítulo traz as considerações finais do trabalho.

1 CONTEXTUALIZAÇÃO E DESENVOLVIMENTO DA SAÚDE NA ESCOLA

Neste capítulo pontuamos a respeito de problemas de saúde que o Brasil enfrenta e trazemos a escola como um ambiente importante para se trabalhar com a promoção de saúde. Além disso, descrevemos uma breve contextualização dos processos históricos do desenvolvimento da saúde na escola até chegarmos no que acreditamos ser um modelo bastante completo de promoção de saúde no ambiente escolar, a abordagem da Escola promotora da Saúde.

1.1 - A problemática da saúde no Brasil

A pesquisa nacional de saúde feita pelo IBGE em 2013 apontou as doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) como 70% das causas de mortes em todo o Brasil. Além disso, doenças cardiovasculares, câncer e diabetes são algumas das doenças responsáveis por mortes antes dos 70 anos de idade e também pela diminuição da qualidade de vida das pessoas (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2013).

Em estudo recente, houve um aumento significativo da prevalência da obesidade em vários países, incluindo o Brasil. Isso pode dever-se à configuração do ambiente moderno, o qual é um forte estímulo para o aumento desses índices já que a mesma é marcada por comportamentos de risco à saúde como a diminuição dos níveis de atividade física, o aumento da ingestão calórica (ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA, 2016) assim como, pelo o aumento de tempo despendido em atividades mais sedentárias como assistir televisão, jogar videogames e utilizar o computador (OLIVEIRA et al., 2010). Considerando que esses comportamentos de risco à saúde têm feito parte da rotina não só dos adultos como também de crianças e adolescentes, há grandes chances do desenvolvimento de doenças crônicas não transmissíveis desde cedo (GUEDES; GRONDIN, 2002).

A preocupação com todas as questões de saúde se deve também ao fato de ter deixado de ser um problema apenas de âmbito pessoal, afetando diretamente a saúde do indivíduo, para se tornar um problema social e econômico, já que estudos mostram valores elevados de gastos relacionados ao tratamento dessas doenças (GUEDES; GRONDIN, 2002). O Brasil é um exemplo disso, o qual por meio do Sistema Único de Saúde (SUS), gasta cerca de R\$ 3,6 bilhões anualmente com o tratamento de pessoas obesas, hipertensas e diabéticas (BAHIA; ARAÚJO, 2014). Portanto, caminhos alternativos para evitar que as pessoas adoeçam podem, além de garantir mais saúde e redução desses gastos tão elevados, como apontado pela Organização Mundial da Saúde (OMS, 2016b) que locais que não recebem estratégias de promoção de saúde apresentam aumento da desigualdade social e do gasto financeiro com tratamentos.

Considerando que os comportamentos de risco à saúde têm sido adotados desde a infância, é importante que as crianças e jovens possam aderir à prática de atividade física e manter esse comportamento saudável através dos anos (ALVES et al., 2005). Um importante local para a aquisição de hábitos saudáveis relacionados à prática de atividade física e alimentação saudável é a escola. Yokota et al., (2010) trouxeram que intervenções ocorridas em escolas que envolviam a comunidade escolar como um todo apresentaram grandes possibilidades de promoverem a transformação de comportamento alimentares, por exemplo.

Cabe aqui ressaltar também a importância que a família dos alunos tem nesse processo de aprendizagem e também de aquisição de hábitos saudáveis, haja vista que a família pode agir como potencializadora do trabalho que é feito pela escola, garantindo o incentivo, acompanhamento e auxílio necessários ao desenvolvimento da criança (SANTOS; TONIOSSO, 2014).

Além de atividade física e alimentação saudável, o bem-estar mental e social também têm sido incentivado nas escolas, principalmente por meio do trabalho de habilidades para o manejo de emoções, como controle do estresse e, de habilidades sociais e interpessoais, incluindo aprimorar comunicação, aprender a dizer não e incrementar a empatia (OPAS, 2001).

Ao se considerar a comunidade escolar, cabe apontar também nessa questão a saúde dos professores. O presente contexto escolar brasileiro também tem sido fortemente marcado por grandes problemáticas na saúde docente, a qual está relacionada, na maioria das vezes, ao estresse, mal-estar e a outras doenças de cunho emocional. Tais doenças geralmente são desencadeadas pela desvalorização da profissão, pelos diferentes tipos de violência que os professores sofrem, pela indisciplina dos alunos, entre outros. Esses problemas e os demais desafios diários que o professor enfrenta acabam por promoverem uma crise de identidade profissional, chegando a afetar não apenas sua carreira, mas também sua saúde de maneira geral (SOUZA; LEITE, 2011).

Dessa forma, se torna interessante que as ações de promoção de saúde que ocorrem na escola possam pensar não somente na saúde física dos alunos, mas também no bem-estar mental, social e físico de todos que lá estão, assim como dos professores. As crenças de saúde pessoal dos professores influenciam a saúde dos alunos, considerando que professores que se interessam por sua saúde tendem a se interessar mais pela saúde discente e também, a entender melhor as necessidades de saúde dos alunos, podendo ensinar de maneira efetiva esse tema (BRUNETTE, 2017).

Considerando a importância do ambiente escolar para a saúde não só de alunos mas como também de professores, é importante entender um pouco mais sobre como a saúde

passou a fazer parte do ambiente escolar e como se deu seu desenvolvimento ao longo dos anos por meio de um breve percurso histórico descrito em seguida.

1.2 - Educação em saúde e promoção de saúde

Na década de 1970 houve o germinar das intervenções que almejavam a melhoria da saúde, entretanto, até a década de 1980 não se tinha ainda o termo promoção de saúde. Educação em saúde era o termo mais utilizado naquela época, estando muito presente principalmente no Reino Unido. A educação em saúde, mesmo tendo a concepção de saúde de maneira ampla, objetivava influenciar os estilos de vida das pessoas por meio da mudança de comportamento de saúde individual. A princípio, a prática da educação em saúde acontecia quase que exclusivamente na saúde pública e na medicina preventiva, entretanto, esse modelo médico de educação em saúde foi questionado por profissionais de dois setores distintos, ocasionando os impactos necessários para o desenvolvimento da teoria da educação em saúde (DENMAN et al, 2004).

O primeiro questionamento veio dos profissionais de educação em saúde que tinham experiência na educação escolar e que propunham um modelo educacional que possibilitava a liberdade de escolha em ações de saúde. Já o segundo veio de profissionais de saúde que viam a mudança de comportamento individual como antiética, culpabilizando a vítima, portanto, reivindicavam uma reorientação para modelos que propusessem uma mudança que passasse a considerar o social na educação em saúde (DENMAN et al, 2004).

A partir dos questionamentos feitos por esses setores nos anos de 1970 houve um processo de reflexão sobre em que medida a saúde seria de responsabilidade do indivíduo e do coletivo. Houve ainda o reconhecimento de que a educação em saúde por si só não supria as necessidades de saúde da população, haja vista que, nessa fase, a ela era pautada quase que exclusivamente na prevenção de doenças, sendo necessário uma medida extra (PARRISH,

1995; apud DENMAN et al, 2004). Enxerga-se essa tal medida como uma ação que visasse não apenas ensinar sobre saúde, mas sim transformar comportamentos que levariam à melhora da saúde da população, como a promoção de saúde propõe.

Alguns anos depois, a OMS propôs várias iniciativas que auxiliaram no desenvolvimento conceitual da promoção de saúde, sendo essenciais para a sua legitimação e expansão para diversos países. Uma dessas iniciativas foi a “Saúde para Todos”, que com os princípios de igualdade em saúde, participação comunitária e ações intersetoriais, esperava que os governos alcançassem, até o ano de 2000, um nível de saúde que possibilitaria todas as pessoas a terem uma vida social e economicamente produtiva. A “Saúde para Todos” foi formalizada na Conferência Internacional de Cuidados Primários de Saúde de Alma-Ata e também conceituou promoção de saúde no sentido de prover o ambiente certo e possibilitar que as pessoas desenvolvessem habilidades (OMS, 1979).

Com essa iniciativa, as discussões na área da promoção de saúde foram se intensificando e no ano de 1984 houve a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, da qual resultou a Carta de Ottawa. Esta carta trouxe mais legitimidade para a abordagem dos cenários nos quais a promoção de saúde poderia acontecer, como em escolas por exemplo. Além disso, ela especificou as cinco principais áreas de ação para a promoção de saúde que são: a) construção de políticas públicas de saúde; b) criação de ambientes favoráveis à saúde; c) fortalecimento da ação comunitária; d) desenvolvimento das habilidades pessoais; e) reorientação dos serviços de saúde e, trouxe a concepção de que:

Promoção de saúde é o processo que permite que as pessoas aumentem o controle sobre e melhorem sua saúde. Para alcançar o estado de completo bem estar físico, mental e social, o indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar aspirações, para satisfazer suas necessidades e, para mudar ou lidar com o ambiente [...] Assim sendo, promoção de saúde não é apenas responsabilidade do setor da saúde, mas vai além dos estilos de vida saudáveis para o bem estar (OMS, 1986, tradução nossa).

Nos anos seguintes houve três importantes conferências internacionais sobre promoção de saúde: Adelaide (1988), Sundsvall (1991) e Jacarta (1997), as quais foram importantes para o desenvolvimento e aprimoramento de conceitos e políticas de promoção de saúde (BRASIL, 2002). Buss (2000) faz uma distinção de dois períodos em relação ao foco que a promoção de saúde tinha a princípio, centrada no indivíduo, com projeção para a família e alguns grupos específicos e, que devido ao caso das doenças crônicas não transmissíveis, esse foco não era apropriado, passando então a ser associado de maneira mais ampla a medidas preventivas sobre o ambiente físico, estilos de vida.

Mais especificamente na declaração de Sundsvall (BRASIL, 2002), houve um olhar especial para a questão do meio ambiente em seus vários níveis como fator chave para a promoção de saúde. Nesse documento, é apontada a importância das iniciativas que contribuem para a criação de ambiente favoráveis para a saúde, as quais devem ser desenvolvidas pelas pessoas, comunidades locais, organizações não governamentais e governamentais a nível nacional e global.

A criação de ambientes favoráveis no contexto da saúde refere-se aos aspectos físicos e sociais que nos rodeiam, sendo importante que haja o envolvimento de setores como educação, transporte, habitação, desenvolvimento urbano, industrial e de agricultura, visando também as dimensões física, social, espiritual, econômica e política que devem estar interligadas e interagindo de maneira dinâmica (BRASIL, 2002).

Dessa forma, a nova abrangência da educação em saúde e da promoção de saúde, assim como a questão da ampliação dos seus cenários de atuação, podem ser considerados um marco importante para o desenvolvimento das EpS, pois direciona o escopo do trabalho das escolas principalmente no planejamento, implementação e avaliação das suas intervenções (DENMAN et al, 2004).

Trinta anos após a construção da carta de Ottawa para promoção em saúde, (OMS, 1986), a perspectiva de continuar o desenvolvimento da temática da promoção de saúde se manteve, resultando na declaração de Xangai (OMS, 2016b). A OMS em conjunto com a Comissão Nacional de Saúde e Planejamento Familiar da República Popular da China organizaram uma das mais recentes conferências globais sobre promoção de saúde, sendo realizada na cidade de Xangai no ano de 2016. A declaração de Xangai (OMS, 2016b) trouxe a agenda para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável até o ano de 2030, almejando a saúde para todos baseada no *link* entre a saúde das próximas gerações e a do planeta.

A atenção com o meio ambiente é uma questão fortemente apontada pela declaração de Xangai. Ela cita programas criadores de cidade saudável no sentido de responder aos impactos da urbanização acelerada e também para o desenvolvimento sustentável de todas as cidades, assim como de indústrias saudáveis. A declaração fala também da cidade como uma plataforma vital para a implementação de estratégias de promoção de saúde. Nesse sentido, há um comprometimento em expandir o movimento para que as cidades sejam saudáveis, focando na junção de saúde dos indivíduos e do planeta (OMS, 2016a).

Partindo desse direcionamento trazido pela declaração de Xangai, por que não incluir também as escolas saudáveis nesse contexto macro de cidade saudável? Considerando que boa parte da nossa formação inicial acontece em escolas e que os valores que adquirimos lá podem ser levados para nosso dia a dia na cidade/sociedade de uma maneira mais ampla (SOARES et al., 2012), entende-se que a escola pode ser incluída como uma das bases para a construção da cidade saudável. Especificamente, vemos a EpS como representando um micro sistema dentro da cidade saudável, haja vista que ela trabalha a saúde da comunidade

escolar e também a saúde do meio ambiente em menor escala ao evitar o desperdício e incentivar ações para o melhor uso de recursos mais escassos.

Um dos pontos de apoio trazidos pela declaração de Xangai para alcançar os objetivos de desenvolvimento sustentável até o ano de 2030 é o letramento em saúde, cuja definição trazida pela OMS (2013) é:

Letramento em saúde está ligado ao letramento e envolve o conhecimento, motivação e competências das pessoas em acessar, entender, avaliar e aplicar informações sobre saúde a fim de fazer julgamentos e tomar decisões diariamente à respeito do cuidado, prevenção e promoção de saúde para manter e melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida (p. 4, tradução nossa).

O documento reconhece a importância dos indivíduos terem um bom letramento em saúde, uma vez que ele possibilita o empoderamento individual e possibilita o engajamento de ações coletivas de promoção de saúde. Além disso, o letramento em saúde é baseado no acesso inclusivo e igualitário à educação de qualidade, devendo ser parte integral das habilidades e competências a serem desenvolvidas ao longo da vida e, principalmente através do currículo escolar (OMS, 2016b).

A partir desse documento global (OMS, 2016a), o governo brasileiro criou a Comissão Nacional para os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, a qual é assessorada pelo Instituto de Pesquisa Econômica Aplicada (IPEA) e pelo Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). Além disso, foi construído um relatório adaptando as 169 metas contidas nos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (ODS), mantendo-se 167 consideradas pertinentes ao país e, fazendo alterações em 124 destas (INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA E APLICADA, 2018).

Pode-se perceber então que com o passar do tempo as discussões a respeito dos temas da educação e promoção em saúde foram sendo discutidas por meio de eventos que reuniam

peessoas de diversos lugares e, que resultaram em avanços significativos para o andamento dessa temática, principalmente quando passam a considerar mais ambientes como promotores de saúde como as escolas.

1.3- Promoção de saúde na escola

A relação entre saúde e educação não é uma abordagem recente no cenário internacional e nacional. Pelo contrário, os primeiros documentos relacionados a esse tema foram elaborados no final do séc. XVIII. A interação entre saúde e educação começou com o médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821), considerado o pai da saúde escolar por ter publicado o primeiro guia sobre saúde escolar em 1779 (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

No contexto brasileiro, a relação entre saúde e educação passou por três fases (SOUZA; JACOBINA, 2009). A primeira foi a fase higienista, aconteceu entre o final do século XIX e início do século XX e foi caracterizada pela ênfase no aspecto biológico da doença com uma educação que prezava pela higiene. A segunda, denominada de fase sanitarista, foi iniciada em meados do século XX, tendo como objetivo além de garantir a higiene, desenvolver nos educandos a necessidade de cooperarem com as campanhas profiláticas. A terceira, também considerada fase atual, é denominada de Educação em Saúde, tendo sido adotada na segunda metade do século XX, ela apresenta uma visão abrangente entre saúde e educação, enfatizando, além da prevenção de diversas doenças, a necessidade de desenvolver hábitos saudáveis nos alunos.

A década de 1970 teve um marco importante em termos de legislação para a saúde na educação. A lei federal 5.692/71 trouxe a saúde como componente obrigatório do currículo escolar por meio do seu Art. 7º, o qual obriga a inclusão de disciplinas como Educação Moral

e Cívica, Educação Física, Educação Artística e também de Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus (BRASIL, 1971).

Tendo em vista essa abordagem mais ampla de educação e saúde, o Ministério da Saúde, em conjunto com o Ministério da Educação, instituíram o Programa Saúde na Escola (PSE) por meio do decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Esse programa era implementado por equipes de saúde básica e da educação, as quais visavam planejar, executar e monitorar condutas de prevenção de doenças, avaliação e promoção de saúde dos alunos (BRASIL, 2009). O principal foco estava na promoção da saúde e prevenção de doenças por meio da alimentação saudável, prática corporal, saúde sexual e reprodutiva, prevenção ao uso de drogas, cultura de paz, saúde mental, saúde ambiental e desenvolvimento sustentável (BRASIL, 2017). O PSE, mesmo com diversas propostas de intervenção, não chegava a todas as escolas já que era necessário que as secretarias municipais de educação e saúde aderissem a ele.

Diferentemente do PSE, a Base Nacional Curricular Comum (BNCC) é um documento que traz diretrizes para a saúde escolar de uma maneira ampla, estabelecendo a promoção de saúde como um dos temas que devem integrar os currículos e propostas pedagógicas das escolas e redes de ensino do Brasil. Sua concepção de saúde vai além da questão do biológico, considerando pontos como bem estar emocional, relação com os outros e também com o meio ambiente de maneira geral (BRASIL, 2017).

A questão do meio ambiente é de extrema importância uma vez que a saúde e o ambiente favorável são interdependentes e inseparáveis. Dessa forma, é necessário tornar favoráveis à saúde não só o ambiente físico, como também social, econômico e político (OMS, 1996).

Logo no início da BNCC, é apresentado um quadro com as dez competências gerais da educação básica que norteiam o desenvolvimento dos alunos. Tais competências vão desde valorizar e utilizar os conhecimentos historicamente construídos, até agir pessoal e coletivamente com autonomia, responsabilidade e flexibilidade, tomando decisões com base em princípios éticos, sustentáveis e solidários. O item oito é o que enfatiza a promoção da saúde:

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. (BRASIL, 2017, p.19).

Partindo-se do item oito anteriormente descrito, a temática da saúde volta a ser citada mais algumas vezes durante o restante do documento. Um dos aprendizados que a BNCC preza para a transição do Ensino Infantil para o Ensino Fundamental é o reconhecimento da importância de ações que contribuem para o cuidado da saúde pessoal e da manutenção de ambientes saudáveis (BRASIL, 2017), o que indica que há o cuidado de iniciar o contato dos alunos com as questões da saúde desde a infância.

A fim de trabalhar aprendizados como esse na temática da saúde, a BNCC incentiva os professores a tratarem de alguns tópicos durante suas aulas, principalmente nas disciplinas de Ciências e Educação Física. Entretanto, o documento também aponta que somente os conhecimentos científicos que são apresentados aos alunos não são suficientes, é necessário fazer com que eles se envolvam no processo de aprendizagem, aperfeiçoando sua capacidade de observação, raciocínio lógico e criação de posturas colaborativas (BRASIL, 2017) .

No caso da disciplina de ciências, a saúde aparece na unidade que trata da vida e evolução. Ela foca nos aspectos relativos à saúde como algo a mais do que um equilíbrio dinâmico do corpo, trazendo também a questão dos outros indivíduos e, discutindo o que é

preciso para promover a saúde, tanto individual quanto coletiva, principalmente no âmbito das políticas públicas. Além disso, a sessão dessa disciplina também fala da necessidade de ser abordado, nos anos finais do Ensino Fundamental, temas relacionados à reprodução e sexualidade e também, conhecimento das condições de saúde, saneamento básico e condições nutricionais da população brasileira. Para concluir, a BNCC traz que ao final do Ensino Fundamental é importante que os alunos

[...] tenham condições de assumir o protagonismo na escolha de posicionamentos que representem autocuidado com seu corpo e respeito com o corpo do outro, na perspectiva do cuidado integral à saúde física, mental, sexual e reprodutiva. Além [...] (de) ser capazes de compreender o papel do Estado e das políticas públicas (campanhas de vacinação, programas de atendimento à saúde da família e da comunidade, investimento em pesquisas, campanhas de esclarecimento sobre doenças e vetores, entre outros) no desenvolvimento de condições propícias à saúde. (BRASIL, 2017, p.279)

Ao se olhar para as habilidades que o documento propõe que sejam trabalhadas ao longo dos anos do Ensino Fundamental I na disciplina de Ciências existem tópicos variados sobre saúde que perpassam desde higiene, saúde auditiva e visual, cardápio equilibrado visando todos os grupos alimentares e necessidades individuais, até a conscientização de ambientes seguros, descarte adequado de materiais na escola e reciclagem. Já no Ensino Fundamental II, as habilidades indicadas se mostram com um nível de complexidade maior, como interpretar condições de saúde da comunidade, cidade e estado, a importância do saneamento básico, resultados das políticas públicas relacionadas à saúde, relevância das campanhas de vacinação e, ação e eficácia de métodos contraceptivos e de prevenção de doenças sexualmente transmissíveis.

Ao se comparar as disciplinas de Ciências e Educação Física, a temática da saúde não aparece com tantas variações na sessão desta disciplina, tendo a atividade física como tema

relacionado à saúde. As competências relacionadas ao tema são: refletir criticamente sobre as práticas corporais e processos de saúde/doença; identificar a multiplicidade de padrões de desempenho, saúde, beleza e estética corporal; usufruir de práticas corporais de forma autônoma para o envolvimento em contextos de lazer, sociabilidade e promoção da saúde.

As habilidades sugeridas pelo documento para os anos iniciais do Ensino Fundamental não trazem um enfoque para tópicos mais específicos da área da saúde, citando vivências das diversas práticas corporais, que não deixam de ser atividade física, considerada um importante fator da manutenção e promoção da saúde. Já para os anos finais, o documento traz que

[...] a partir do 6º ano, prevê-se que os estudantes possam ter acesso a um conhecimento mais aprofundado de algumas práticas corporais, como também sua realização em contextos de lazer e saúde, dentro e fora da escola (BRASIL, 2017, p.189).

Dessa forma, as habilidades sugeridas para se trabalhar com os alunos a partir do 6º vão desde trabalhar capacidades físicas (força, flexibilidade, equilíbrio, entre outras), respeito às diferenças e ao corpo dos outros, problematização do exercício físico excessivo e ingestão de anabolizantes, até, a verificação de locais para a prática de atividade física na comunidade e identificação de riscos durante práticas corporais.

Pode-se perceber que o conteúdo da saúde fica restrito, sendo trabalhado com os alunos apenas nessas duas disciplinas. Dessa forma, considerando que a abordagem da EpS trabalha com o conceito da escola como um todo promovendo saúde, seria interessante que as demais disciplinas pudessem trabalhar em conjunto de maneira interdisciplinar, visando esse objetivo maior.

Mesmo com diversas políticas e projetos públicos incentivando a promoção de saúde dentro do ambiente escolar, acredita-se que esta poderia se dar de maneira mais integral e completa a medida que inclui a comunidade escolar como um todo (professores, gestores,

alunos, funcionários e pais) e, a comunidade ao seu redor, de maneira que todas as práticas e ambientes dentro da escola e de sua comunidade possam promover a saúde. Portanto, a Escola promotora da Saúde pode ser considerada uma abordagem mais completa pois leva em consideração esses pontos, que geralmente não chegam a ser abordados pelas políticas públicas e projetos na área da saúde.

1.4- Escola Promotora de Saúde

O ambiente escolar é um lugar onde muitas pessoas, tanto alunos quanto professores e funcionários, passam uma grande parte do seu tempo. Este ambiente geralmente é marcado pelo aprender, ensinar, cuidar e respeitar uns aos outros, por essas razões ele pode ser considerado ideal para educação e também para o desenvolvimento de programas de saúde, tendo grande impacto na vida desses indivíduos (OMS, 2000).

A promoção de saúde por meio das escolas é, então, um dos meios mais eficientes e efetivos para melhorar a vida das crianças. De fato, educação e saúde são inseparáveis uma vez que:

Se nós nutrimos a saúde, esperanças e habilidades das crianças e adolescentes, o potencial deles para melhorar o mundo é ilimitado. Se eles estão saudáveis, eles podem tirar o melhor proveito de todas as oportunidades de aprendizagem. Se crianças são educadas, elas podem viver a vida de maneira completa e contribuir para a construção do futuro para todos (OMS, 1996, p.3, tradução nossa).

No que tange à saúde, a EpS a vê como “bem estar físico, social e emocional” (OMS, 2000, p.2) e não apenas como saúde biológica. Dessa forma, ela busca promover a saúde dentro de todos esses aspectos da vida das pessoas que estão na escola e na comunidade ao seu redor.

O diferencial das EpS é que ela propõe um novo jeito de pensar e desenvolver saúde na escola: não se trata apenas do ensino de saúde em determinada disciplina escolar, mas sim,

de incluir a promoção de saúde em todos os aspectos possíveis dentro da escola e da comunidade. Isso precisa acontecer por meio da criação de oportunidades para desenvolver políticas, práticas e estruturas na escola que poderão incluir esta temática em praticamente tudo o que for realizado. Para que isso aconteça, a escola e comunidade precisam estar engajadas, expressando suas opiniões para então trabalharem juntas em busca desse mesmo ideal, o qual poderá trazer impactos positivos em diferentes níveis para todos os envolvidos (OMS, 2000), como pode-se observar na no quadro 1.

Quadro 1. Impactos positivos trazidos pelo ideal das Escolas promotoras da Saúde.

Crianças	Beneficiam-se pela participação dos pais na escola. Aprendem habilidades mantenedoras de saúde, sendo capazes de aplicá-las em sua vida adulta e também de transmiti-las aos seus filhos.
Escolas	Beneficiam-se por receberem o apoio dos pais e da comunidade, por estabelecer conexões com serviços e recursos na comunidade. Funcionários podem realizar seus trabalhos de maneira mais eficiente e também melhorar sua própria saúde. Além da escola também maximizar o uso eficiente dos recursos escassos e a redução de lixo.
Pais e membros da comunidade	Beneficiam-se conhecendo os problemas de saúde local, aprendendo informações e habilidades sobre saúde e, participando da educação de suas crianças.
Grupos comunitários e organizações	Beneficiam-se por terem alunos e professores envolvidos em atividades comunitárias. Organizações têm seus serviços e produtos conhecidos e acessíveis.
Negócios	Beneficiam-se pela possibilidade de funcionários melhor educados e mais produtivos.
A nação	Beneficia-se com cidadãos mais saudáveis e melhor educados que formam uma base mais forte para o desenvolvimento econômico.
O mundo	Terá progresso garantindo direitos humanos fundamentais, conforme elaborados em diversas convenções e declarações internacionais sobre saúde e educação.

Fonte: Adaptado de (OMS, 2000)

Não se pode negar que cada escola é única, estejam elas localizadas em países diferentes ou dentro da mesma cidade, cada uma tem seus pontos fortes e, a partir deles e com o apoio de todos envolvidos, a escola pode se tornar promotora da saúde (OMS, 1996). Mas,

para que as escolas alcancem esse patamar, elas precisam ir além do que um agrupamento de programas e serviços de saúde diferentes, elas precisam se tornar um organismo onde todas as partes trabalham juntas (OMS, 1996) para então se beneficiarem nos mais diversos níveis, como já citado.

A fim de que as escolas alcancem impactos positivos, elas devem trabalhar com seis características chave das EpS (OMS, 1996):

1. *Engajar profissionais da saúde e educação, professores, alunos, pais e líderes comunitários para promoverem saúde* por meio de serviços, negócios e organizações relacionadas à escola, projetos e divulgações dentro dela e da comunidade e, famílias e grupos comunitários envolvidos neste ambiente;

2. *Esforçar-se para fornecer um ambiente seguro e saudável, incluindo: água e saneamento, combate ao abuso e à violência, prezar pelo clima de cuidado, respeito e confiança, apoio social e promoção de saúde mental, assim como terrenos escolares seguros e oportunidades para educação física e recreação;*

3. *Fornecer educação em saúde baseada em habilidades por meio de currículo* que melhore o entendimento discente dos fatores que influenciam a saúde, possibilitando-os adotarem comportamentos saudáveis. Atividades que sejam apropriadas para as habilidades intelectuais e emocionais das crianças e, educação e treinamento para pais e professores;

4. *Promover acesso a serviços de saúde por meio de exames, vacinações* entre outros que podem ser fornecidos no ambiente escolar, parcerias com agências de saúde locais que podem promover tais serviços e, programas de nutrição e segurança alimentar;

5. *Implementação de políticas e práticas de promoção de saúde como:* políticas gerais apoiadas por gestores e administradores das escolas, práticas de ensino que ajudem a criar um

ambiente psicossocial saudável para alunos e funcionários, políticas de igualdade para alunos e de prevenção e redução de problemas emocionais, físicos e sociais.

6. *Esforço para promover a saúde da comunidade por meio de:* foco nos problemas de saúde da comunidade e, da participação em projetos da comunidade escolar.

Além das seis características chave (OMS, 1996) outros documentos foram criados a fim de também auxiliar no desenvolvimento de escolas promotoras da saúde, como é o caso da “Ação Local: criando escolas promotoras da saúde” (OMS, 2000). Trata-se de um manual, que pode ser adaptado em diversos contextos escolares, direcionado principalmente para administradores de escolas, professores e líderes de comunidades para organizarem suas ideias, identificarem problemas de saúde e darem os passos necessários para melhorar a saúde em sua escola. O plano de ação presente nele contém cinco tarefas que falam sobre:

1- As pessoas necessárias para a criação do time dentro da escola e da comunidade e, suas principais características e as tarefas indicadas;

2- Como e onde pode ser feita a busca das informações necessárias, como em recursos, políticas, entrevistas;

3- Como desenvolver o plano de ação baseado no estabelecimento de metas e definição de objetivos, os quais devem ser específicos e mensuráveis;

4- Formas de coleta de informação e avaliação a fim de atestar o sucesso de suas ações;

5- Maneiras de obter ajuda, treinamento e auxílio técnico.

Ao se analisar as tarefas citadas acima pode-se incluir o professor como agente em pelo menos três delas. Considerando que esses profissionais estão em contato direto com os alunos durante as aulas, eles se tornam necessários para compor o time, citado pelo item um, dentro da escola. Além disso, eles têm um papel importante no planejamento e avaliação tanto

de projetos desenvolvidos na escola quanto do desempenho e aprendizagem dos alunos no quesito promoção de saúde, citados respectivamente pelos itens três e quatro. O item cinco, que fala da obtenção de treinamento, pode ser consequência do esforço e trabalho da gestão escolar, entretanto, os professores e demais funcionários tendem a ser aqueles a se beneficiarem de maneira mais direta com esse auxílio. Dessa forma, professores são vistos como agentes de funções fundamentais para programas de saúde na escola. Uma EpS exige cooperação entre os professores para o desenvolvimento e implementação de programas relacionados à saúde (VIIG; WOLD, 2005).

A literatura reforça essa importância, mostrando que os melhores resultados relacionados à aquisição de comportamentos saudáveis dos alunos advém de intervenções que utilizaram como parte das estratégias de promoção de saúde o engajamento docente, principalmente por meio de atividade relacionadas ao tema (GROSS, 2015). Costa Filho e Iaochite (2017) concordam também que os professores podem ser responsáveis pela educação saudável das crianças, necessitando então de formação para trabalharem com os conteúdos relacionados aos hábitos saudáveis, para ensinar de maneira que os alunos possam incorporá-los em seu cotidiano.

Cabe aqui ressaltar o treinamento desses profissionais como uma das tarefas de relevância presentes no plano de ação de EpS: a OMS (2000) afirma especificamente que o treinamento dos conceitos, objetivos e habilidades de promoção da saúde dos professores, juntamente com demais funcionários da escola e membros da comunidade, contribuem para o sucesso e para o fortalecimento das habilidades que esse “Time da Escola Saudável” deve possuir. Alguns deles são: resolução de problemas particulares, reforço de planos de ação, condução dos passos necessários para encontrar os objetivos e tomada de decisão sobre como avaliar o progresso. Nesse sentido, o treinamento proporciona o aumento do conhecimento e

capacidade, construção do comprometimento e fortalecimento das relações entre os membros do time.

Tratando-se especificamente dos professores, o treinamento impulsiona suas habilidades de criatividade em sala de aula e na utilização do currículo, especialmente quando este oferece novas informações e a oportunidade de trabalharem com novas habilidades, aplicando o que aprenderam (OMS, 2000). Além de todos esses benefícios, há evidências de que o treinamento também influencia na melhora dos efeitos da autoeficácia para práticas de saúde e, da autoeficácia geral dos professores (FAROKHZADIAN; SABZI; SHAHRBABAKI, 2018).

A abordagem da EpS foi amplamente desenvolvida na Europa e Estados Unidos, entretanto, países da América Latina também se comprometeram com a promoção e educação em saúde no âmbito escolar. Isso aconteceu principalmente por meio da Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde da Organização Pan-Americana da Saúde, em 1995 (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

A ideia da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS) foi originada na Conferência Europeia sobre Educação Sanitária e Promoção, a qual aconteceu em Estrasburgo em 1990. Cinco anos depois, a RLEPS foi oficializada durante o Congresso de Saúde Escolar que aconteceu no Chile e, efetivada no ano seguinte, 1996, em São José (Costa Rica), contando com a participação de dez países da América Latina como Argentina, Colômbia e Equador. A segunda reunião da RLEPS aconteceu no México, em 1998, a qual contou com a presença de todos os países da América Latina e, até o ano de 2006, 20 países da América Latina faziam parte dessa rede (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

Após alguns anos de existência da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, foi criada a Rede Caribenha de Escolas Promotoras de Saúde (RCEPS), a qual teve a

finalidade de continuar apoiando os países dessa região levando em conta seu contexto específico, características, identidade cultural, recursos e prioridades. Sua criação aconteceu em 2001 na cidade de Bridgetown, Barbados, sendo assistida por países como Jamaica, Bahamas, Porto Rico, entre outros (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

A Organização Pan-Americana da Saúde enxerga, com a criação das redes de EpS da América Latina e do Caribe, a oportunidade de diálogo sobre a promoção de saúde e educação para a saúde, além da facilidade do intercâmbio de ideias, recursos e experiências que poderão garantir o compromisso e entusiasmo de todos os interessados (OPAS, 2002).

Tendo em vista que o Brasil está localizado na América Latina, trazemos a missão da RLEPS, a qual consiste em: apoiar a organização e desenvolvimento das Escolas Promotoras da Saúde e das redes em cada país da Região, além de facilitar a troca das experiências, abertura de vias de comunicação multidirecional visando o aperfeiçoamento da educação e saúde no âmbito escolar. Para que isso aconteça, algumas estratégias são empregadas no trabalho da RLEPS, como capacitação de recursos humanos técnicos e educativos, elaboração de materiais educativos para a promoção de saúde, criação de boletins de avaliação do progresso das escolas da rede de cada país, assim como a fomentação das investigações de universidades, organizações, entre outro sobre EpS e, organização de debates, seminários e eventos para discussão do conteúdo e metodologia de promoção de saúde nas escolas (IPPOLITO-SHEPHERD, 2006).

Ippolito-Shepherd (2006) traz que mesmo com as diversas estratégias anteriormente citadas, a Primeira Reunião Constitutiva da RCEPS mostrou, em 2001, que a RLEPS apresentava insuficiências percebidas no seu funcionamento, dentre elas: falta de fontes de financiamento e apoio por parte dos governos, desconhecimento da existência da RLEPS nos países membros e, limitações na capacitação e educação continuada.

Apesar dos poucos registros relacionados às experiências de EpS no Brasil, o Ministério da Saúde apresentou uma publicação a fim de resgatar experiências desenvolvidas em escolas públicas de alguns municípios brasileiros e divulgá-las, para que possam servir de incentivo à mais políticas e ações de promoção de saúde e desenvolvimento da cidadania (BRASIL, 2007).

No município do Rio de Janeiro, Brasil, houve a publicação de diretrizes de uma proposta de saúde escolar no ano de 1995, a qual trazia o foco para três eixos básicos de referência: educação e saúde, desenvolvimento e aprendizagem e, participação popular. Tais diretrizes sinalizaram a importância de tópicos como saúde escolar, práticas de educação e saúde, relação entre escola, comunidade e serviços de saúde e, a construção de ambientes saudáveis (BRASIL, 2007).

Foram as atividades trazidas a partir do foco citado no parágrafo anterior que o Rio de Janeiro representou o Brasil na 7ª Reunião das Primeiras Damas da América Latina, ocorrida no Panamá em 1997 e, na II Reunião da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras da Saúde, a qual aconteceu na Cidade do México em 1998. A partir desses eventos houve reflexões que auxiliaram o processo de formação da Rede Municipal de Escolas Promotoras de Saúde no Rio de Janeiro (BRASIL, 2007).

Poucos anos depois da formulação dos eixos educação e saúde, desenvolvimento e aprendizagem e, participação popular, houve a criação do Projeto Nessa Escola Eu Fico. Ele contribuiu para que se instituisse a promoção de saúde como política, beneficiando 11.000 alunos de 19 escolas de tempo integral a partir do investimento na melhoria da qualidade das escolas e do estímulo da capacidade de pensar, atuar e tomar decisões dentro da comunidade escolar como um todo. O projeto priorizava a auto-estima e ação protagonista dos alunos por meio de atividades complementares dentro da escola como artes e esportes, sendo elas

contextualizadas com as comunidades. Outro ponto desenvolvido por esse projeto foi a criação de ambientes e entorno social mais saudáveis. Entretanto, após algum tempo o projeto se esgotou, deixando a sensação de necessidade de formulação de ações de promoção de saúde na escola com um propósito de torná-la mais universal e perene dentro da rede pública de educação. Isso viria a acontecer por meio da implantação de EpS (BRASIL, 2007).

Previamente à construção da proposta de EpS no Rio de Janeiro foi feita uma avaliação diagnóstica das condições de saúde da comunidade escolar, para então ser proposto um plano de ação da maneira mais contextualizada possível. Foram encontrados déficit nutricional de peso e estatura, assim como anemia e obesidade nas crianças, a qual apresentou tendência de aumento para os próximos anos. Além da questão nutricional, estudo realizado com 1529 crianças a partir dos sete anos de idade, identificou comportamentos de abuso de substâncias como tabaco (12,3%), álcool (56,2%), e outros tipos de drogas ilícitas (2,4%). Além disso, 10% dos alunos afirmaram terem iniciado vida sexual. Tais estudos auxiliaram na implementação de políticas públicas saudáveis assim como na valorização de ações de trabalho da escola em conjunto com os núcleos familiar e comunitário e, com serviços de saúde (BRASIL, 2007).

Mesmo com alguns estudos da abordagem da escola promotora da saúde sendo realizados no Brasil, ainda há muito para se explorar considerando o tamanho e diversidade do nosso país. Além disso, fica a dúvida se as escolas trazidas como promotoras da saúde, que foram investigadas tanto no cenário nacional quanto internacional, podem ser de fato consideradas representantes dessa abordagem.

Silva et al. (2019) trazem um modelo de processo de acreditação com três critérios principais para que os estudos que investigaram escolas consideradas promotoras da saúde possam confirmar se elas podem realmente serem incluídas ou não nessa abordagem. Como

pode ser visto no quadro 2, os três critérios para acreditação são: processo de planejamento, atividades desenvolvidas e participantes no programa. Além disso, cada critério possui alguns elementos que devem aparecer em uma quantidade mínima para que a escola possa ser considerada EpS.

Quadro 2. 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 (lanchonetes, cantinas ou refeitórios saudáveis)	Pessoal da administração escolar
Grupo de trabalho para implementação da iniciativa, que envolva diferentes atores (administração escolar, professores, pais, alunos e comunidade)	Educação Física (ampliação das horas dedicadas à atividade física, recreação e esportes, melhoramento dos espaços físicos)	Professores
Plano de ação de pelo menos um ano	Fatores psicossociais protetores (afetividade, sexualidade, educação em Habilidades para a vida, relações interpessoais)	Alunos
Inclusão da iniciativa no plano de ação da comunidade	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 (instalação de espaços adequados para a escovação, atividades educativas)	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.

Em seu estudo de revisão, Silva et al. (2019) utilizaram os critérios de acreditação descritos anteriormente na avaliação de alguns estudos. Dos 621 artigos encontrados, apenas cinco cumpriram os critérios de inclusão como: estudos originais e, que se baseassem nos critérios adaptados da Organização Pan-Americana de Saúde. Os cinco artigos selecionados encontravam-se publicados dentro do período de 2007 a 2013, sendo dois realizados na China, dois na União Europeia e um na Espanha. Encontrou-se, de maneira geral, que a grande parte

dos estudos se autodenominavam Escolas promotoras da Saúde mas, não contemplavam todos os critérios necessários.

A partir das informações trazidas neste sub tópico, pode-se ampliar a visão a respeito das características, benefícios e critérios que a abordagem da Escola promotora da Saúde apresenta. Além disso, dois dos critérios propostos no Quadro 2 também estão representados neste trabalho por meio de duas das três variáveis investigadas, condições ambientais da escola e letramento em saúde dos professores. Ambas, juntamente com a terceira variável, autoeficácia do professor para promover uma escola saudável, serão apresentadas no próximo capítulo, de revisão de literatura.

2 REVISÃO DE LITERATURA

Neste capítulo trazemos os conceitos de cada uma das três variáveis investigadas no presente estudo, condições ambientais da escola, letramento em saúde de professores e crenças de autoeficácia para promoção de saúde na escola. Além disso, fazemos uma breve apresentação dos estudos encontrados na literatura acerca de cada uma delas e também, de estudos que relacionaram a autoeficácia ao letramento em saúde em contextos de saúde na escola.

2.1 - Condições ambientais da escola

A variável das condições ambientais escolares foi escolhida pela relevância que ela apresenta no referencial teórico adotado neste trabalho, Teoria Social Cognitiva (TSC) (BANDURA, 1986). Dessa forma, considerando que o ambiente é um dos fatores que compõem a tríade de reciprocidade, influenciando o indivíduo e o comportamento dele, faz-se importante identificar características das condições que permeiam o ambiente a ser investigado.

A partir da abordagem da Escola Promotora da Saúde (OMS, 1996), consideramos as condições ambientais da escola como aquelas que compõem sua estrutura física, como condições sanitárias, segurança dos prédios, iluminação, ventilação, entre outros e, aspectos de projetos e programas relacionados à saúde, como presença de projetos de saúde no Projeto Político Pedagógico da escola, contato com profissionais da saúde como médicos, dentistas, psicólogos, incentivo a boas relações interpessoais entre os membros da escola e, apoio da comunidade ao seu redor.

Os fatores de relacionamento entre os membros da comunidade escolar e as condições de trabalho, principalmente dos professores, também estão incluídos na variável de contexto e ambiente escolar desta pesquisa por considerarmos que podem se tornar fatores estressantes e

influenciar na saúde psíquica das pessoas que lá se encontram. Alguns dos fatores possivelmente estressantes no ambiente da escola, principalmente para os professores, são: falta de apoio administrativo, relação com alunos, relação com colegas, excesso de trabalho e, insegurança financeira (ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2009). Dessa forma, é interessante se atentar para todos os pontos que permeiam o ambiente escolar para que se possa investigar a relação deles com a promoção de saúde na escola.

A literatura aborda o ambiente escolar e sua estrutura física como fatores relevantes na abordagem da escola promotora da saúde, sendo pontos de desenvolvimento de escolas como na Colômbia, por exemplo. Nesse país, com áreas urbanas extremamente pobres, as escolas trabalharam criando melhores banheiros e prédios escolares e, melhorando a iluminação das salas de aula. Tais mudanças acarretaram um engajamento com líderes comunitários já que a escola contou com o apoio de voluntários de ONGs e membros da comunidade, proporcionando um ambiente escolar mais saudável e seguro (OMS, 2000).

Além disso, o mesmo documento traz também uma ferramenta para avaliar os problemas de saúde de comunidades escolares em diversos países, assim como suas políticas e recursos. No caso da lista dos problemas de saúde geralmente apresentados estão abuso de álcool e drogas, deficiência nutricional, problemas na saúde mental, diferentes doenças como HIV, malária, infecções respiratórias e problemas de visão. No que se trata de políticas e leis, é interessante observar se há leis que falem sobre requisito de presença nas aulas e de vacinação, acesso igualitário de meninos e meninas, licença maternidade para professores e funcionários, combate à assédio sexual e à diferentes tipos de violência, fiscalização de produção, propaganda e distribuição de álcool e drogas, entre outros. Já no caso dos recursos, trata-se da presença de clínicas e hospitais próximos, programas de saúde e nutrição infantil,

planejamento familiar e prevenção de doenças, projetos para educação da família e comunidade em geral e, apoio de ONGs (OMS, 2000).

Há alguns estudos que investigaram as influências do ambiente escolar sobre a saúde das pessoas que lá se encontram, principalmente relacionado ao uso de drogas (PERRA et al., 2012; EVANS-WHIPPLE et al., 2004; AVEYARD; MARKHAN; CHENG, 2004). Entretanto, a maioria deles não é capaz de determinar com certeza se as intervenções no ambiente são efetivas. Isso acontece porque geralmente eles têm dificuldade de distinguir os efeitos provenientes do ambiente e aqueles provenientes do currículo de educação em saúde (BONELL et al., 2013).

O ambiente escolar é composto de diversos fatores, como organização escolar, gestão, ensino, ambiente físico, entre outros. Em estudo de revisão, Bonell et al. (2013) encontraram três categorias advindas dos estudos de intervenção selecionados, sendo elas: possibilitar funcionários e alunos para desenvolverem um forte senso de comunidade e/ou melhor relação para reduzir agressão; possibilitar alunos para advogar por mudanças na restauração da escola e de rotinas de atividade física e, melhorias nos *playgrounds* escolares.

Considerando a primeira categoria, os estudos sugerem o potencial dessas intervenções para trazer benefícios particulares principalmente relacionados à violência e agressão. Já na segunda, os estudos avaliavam intervenções que combinaram mudanças na comida e ambientes de atividade física das escolas, juntamente com o empoderamento dos alunos para contribuir com as mudanças. Já na terceira categoria, os resultados mostraram que não há nenhuma forte evidência para as intervenções, apesar da consistente sugestão que elas têm potencial e podem ser mais efetivas em crianças menores (RIDGERS et al., 2007).

No contexto brasileiro, as questões ambientais estão muito ligadas à saúde dos professores e funcionários como mostra a revisão de literatura realizada por Gasparini,

Barreto e Assunção (2005). As autoras encontraram num levantamento documental que 92% dos mais de 16 mil atendimentos realizados em Belo Horizonte resultaram em afastamento dos profissionais da área da educação, sendo que sua maioria era de professores. Os diagnósticos mais recorrentes eram transtornos psíquicos, doenças respiratórias e no sistema osteomuscular, cujas principais causas, tanto no caso do estudo documental quanto nos demais estudos da revisão, foram relacionadas com ambiente intranquilo e estressante, desgaste na relação professor-aluno, falta de autonomia no planejamento de atividades e pressão por parte da direção da escola.

Além de conhecer melhor sobre o ambiente onde trabalham, é importante investigar o nível de letramento em saúde dos professores haja vista que suas habilidades cognitivas e sociais podem determinar sua motivação e capacidade para acessar, entender e utilizar as informações sobre a temática da saúde para que possam então promovê-la.

2.2- Letramento em saúde

O letramento em saúde é um conceito relativamente novo no que diz respeito à promoção de saúde. Entretanto, ele está presente na literatura da saúde há pelo menos 30 anos, sendo principalmente usado para designar o quanto um paciente consegue aplicar suas habilidades para questões relacionadas à saúde, como entender prescrições médicas e bulas de medicamentos, por exemplo (NUTBEAM, 2000).

Estudos mostraram que um letramento em saúde considerado pobre está ligado a maiores barreiras para educar pacientes com DCNT. Especificamente, um terço dos pacientes com letramento em saúde inadequado não sabiam que a perda de peso está relacionada com a diminuição da pressão arterial, mais de um terço não sabia que vegetais enlatados possuem muito sódio e, 60% afirmaram que não sabiam que a prática de exercícios auxilia na diminuição da pressão arterial (WILLIAMS et al, 1998). Considerando a relevância dessas

informações, letramento em saúde adequado permite que as pessoas tomem melhores decisões em relação ao cuidado com a saúde, prevenção de doenças e, promoção de saúde (SORENSEN et al., 2012).

Dessa forma, Nutbeam (2000) aponta o letramento em saúde como um objetivo da saúde pública, já que trata-se de um termo composto para descrever uma gama de resultados para atividades de educação e comunicação em saúde. Além disso, a definição de letramento em saúde trazida pela Organização Mundial da saúde diz que:

Letramento em saúde está ligado ao letramento e envolve o conhecimento, motivação e competências das pessoas em acessar, entender, avaliar e aplicar informações sobre saúde a fim de fazer julgamentos e tomar decisões diariamente à respeito do cuidado, prevenção e promoção de saúde para manter e melhorar a qualidade de vida durante o curso da vida (OMS, 2013)

Há estudos que acrescentam a ideia da necessidade de não se mudar apenas o estilo de vida, mas também as condições de vida, as quais são classificadas pelas condições do ambiente diário das pessoas. Dessa forma, o lugar onde moram, trabalham, convivem, além das circunstâncias sociais e econômicas, pode impactar a saúde delas. Além disso, tais condições também são muitas vezes consideradas como fora do controle imediato de cada pessoa (NUTBEAM, 1998).

O letramento em saúde é influenciado fortemente por dois fatores, sendo que o primeiro diz respeito aos fatores pessoais, como idade, apoio social, capacidade de avaliar informações de saúde e relacionamento com profissionais dessa área. O segundo é baseado no contexto, afirmando que o ambiente de cuidados à saúde tem como características o uso de linguagem simples, sinalização e boa habilidade de comunicação dos provedores do serviço de saúde. Além disso, o letramento em saúde é considerado dinâmico, podendo ter suas características e informações mudadas com o passar do tempo (NASH et al., 2018).

Em sua classificação, o letramento em saúde possui três níveis os quais são marcados por diferentes habilidades e estão relacionados a diferentes resultados de saúde. A base para essa classificação encontra-se nos termos utilizados para o letramento/alfabetização comum, sendo eles: letramento básico ou funcional, letramento comunicativo ou interativo e, letramento crítico (NUTBEAM, 2000).

Transferindo essa base para o letramento em saúde tem-se as seguintes classificações (NUTBEAM, 2000):

Letramento funcional de saúde: tem o objetivo de melhorar o conhecimento sobre os riscos e serviços de saúde de maneira geral, sem incentivar uma comunicação interativa ou desenvolver habilidades. Esse nível de letramento é marcado pela produção e distribuição de panfletos informativos e uma educação tradicional de pacientes no consultório.

Letramento interativo de saúde: tem o objetivo de melhorar a capacidade do indivíduo para agir a fim de aumentar a motivação e autoconfiança para seguir conselhos que lhe foram dados. Então, de maneira geral, esse nível foca no desenvolvimento das habilidades pessoais por meio de programas de saúde voltados para mudanças de comportamentos individualmente.

Letramento crítico de saúde: tem um objetivo mais complexo quando comparado com os níveis anteriores já visa melhorar as capacidades individuais e da comunidade para agir em determinantes sociais e econômicos da saúde. Para isso, o foco recai sobre a comunicação de informações e o desenvolvimento de habilidades que capacitam o indivíduo e a comunidade a investigar a viabilidade política e as possibilidades organizacionais para as várias ações que podem ser feitas em relação ao tema saúde.

Entre as décadas de 1960 e 1970, muitas das campanhas de prevenção de DCNT de países desenvolvidos focaram na transmissão de informações, pois acreditava-se no simples

entendimento de que havia relação entre a comunicação de informações e a mudança de comportamento de saúde. Entretanto, a maioria das campanhas não conseguiu atingir o resultado esperado. Em partes isso aconteceu porque elas não levaram em consideração as circunstâncias sociais e econômicas dos indivíduos (NUTBEAM, 2000). Nesse sentido, a EpS traz justamente a preocupação de se mudar comportamentos de saúde da comunidade escolar levando em conta não só o conhecimento de tópicos relacionados à essa temática, mas também o contexto social, econômico e cultural onde ela está inserida (OMS, 1996).

Leger (2001) traz que o ambiente escolar é considerado também como essencial para obter letramento em saúde, já que se trata de uma instituição fundamental para a construção de países ricos e saudáveis. A OMS (1996) aponta correlações muito fortes entre pobreza e saúde precária, dessa forma, é importante oferecer conhecimento e habilidades que irão possibilitar aos jovens serem ativos e participativos nas questões políticas que geram impactos na saúde de seu país, comunidade e também em sua própria saúde (LEGER, 2001).

Nutbeam (2000) traz que o letramento em saúde dos indivíduos é um dos resultados que podem ser medidos de diferentes formas a fim de se conhecer o impacto da intervenção realizada nos programas de promoção de saúde, incluindo: conhecimento relacionado à saúde, atitudes, motivação, comportamento, habilidades pessoais, intenções e, autoeficácia. Além disso, o mesmo estudo, ao relacionar a promoção de saúde e o letramento em saúde, fala que tais resultados estão geralmente relacionados a atividades de educação em saúde, sendo esta ideia complementada por Nash et al. (2018) ao afirmarem que para que haja a promoção de saúde de maneira significativa, é necessário que o letramento em saúde seja incluído.

A literatura sobre letramento em saúde na escola tem apresentado investigações realizadas com alunos (PARK et al. 2017; RAN et al. 2018) e professores, tanto focando no

letramento em saúde mental (WHITLEY; SMITH; VAILLANCOURT, 2012; JORM et al., 2010) quanto no geral (MOYNIHAN et al. 2015; DENUWARA; GUNAWARDENA, 2017).

Realizado nos Estados Unidos, um estudo objetivou avaliar o letramento em saúde de 250 alunos do ensino médio com três instrumentos diferentes e também, examinar associações entre seus níveis e a gama de comportamentos e resultados de saúde. Como resultados foi encontrado que baixos níveis de letramento em saúde estavam associados com má alimentação, maior peso corporal e, maior engajamento em problemas de comportamento. Além disso, o grupo de adolescentes com limitado letramento em saúde era composto por muitos repetentes, indicando uma relação entre letramento em saúde e o desempenho escolar (PARK et al., 2017).

Outro estudo envolvendo estudantes foi realizado na China a fim de investigar a associação entre letramento em saúde e qualidade de vida de 1774 alunos do ensino fundamental. Os participantes responderam a duas escalas do tipo likert de cinco ponto e, como resultados, foi encontrado que um quarto dos alunos apresentou baixo letramento em saúde, tendo também pontuação significativamente menor de qualidade de vida no geral. Além disso, baixo letramento em saúde estava associado a menores pontuações de áreas específicas como fisiológica, mental, social e de puberdade, verificando a hipótese de que aumentar o letramento em saúde dos alunos pode ser efetivo em modificar sua qualidade de vida (RAN et al. 2018)

Trazendo o foco para o docente, a literatura traz que o letramento em saúde do professor tem sido cada vez mais visto como uma importante parte dos programas de promoção de saúde na escola (PETERSON; COOPER; LAIRD, 2001). Alguns dos estudos têm focado no letramento em saúde mental dos professores (WHITLEY; SMITH; VAILLANCOURT, 2012; JORM et al., 2010) como ferramenta importante para que eles

possam gerar práticas eficazes na identificação, prevenção e intervenção de problemas de saúde mental de crianças e jovens.

Em sua revisão de literatura, Whitley, Smith e Vaillancourt (2012) encontraram como principais apontamentos dos estudos a necessidade de desenvolver o letramento em saúde mental de professores, principalmente no que diz respeito ao *bullying*. Uma das maneiras que isso pode ser feito é por meio de formação inicial e continuada desses profissionais, a qual precisa considerar as crenças e percepções docentes a respeito da questão dos problemas de saúde mental para poder ser implementada.

Ainda considerando a formação de professores relacionada ao tema do letramento em saúde mental, Jorm et al. (2010) testaram a hipótese em 16 escolas australianas de que o treinamento permitiria ao docente levar mais informação aos alunos e que, conseqüentemente, a saúde mental deles melhoraria. A hipótese não foi confirmada, porém, surgiu uma suposição de que o treinamento seria efetivo se os alunos vissem os professores como uma fonte de ajuda inicial para tais problemas, haja vista que apenas um quarto dos alunos afirmaram que procurariam ajuda de um professor enquanto 80% dos participantes iriam procurar auxílio de um membro próximo da família.

Além dos estudos cujo foco recai sobre o letramento em saúde mental de professores, há aqueles que o tratam de maneira geral. Como exemplo tem-se o estudo de Denuwara e Gunawardena (2017) e Yilmazel e Cetinkaya (2015), onde ambos objetivaram investigar os níveis de letramento em saúde de professores.

Realizado no Sri Lanka com 520 professores que responderam a uma versão culturalmente adaptada do “questionário de letramento em saúde da União Europeia”, Denuwara e Gunawardena (2017) também investigaram os fatores associados ao letramento em saúde entre professores. Quanto ao nível de letramento em saúde, apenas 6,4% alcançou

nível excelente enquanto 31,5% obteve nível inadequado e 61,2% foi considerado suficiente. Quanto aos fatores, pessoas com idade igual ou menor de 45 anos foram significativamente associadas com nível limitado de letramento em saúde, assim como aquelas que tinham menos de dez anos de profissão e/ou não eram membros do grupo de bem estar de sua comunidade.

Já o estudo de Yilmazel e Cetinkaya (2015), que foi realizado na Turquia, teve 500 professores que responderam a escala “Mais Novo Sinal Vital”. Quanto ao nível de letramento em saúde, os resultados encontraram 44% apresentou nível muito limitado, 29,8% limitado e apenas 26,2% nível adequado. Quanto aos fatores, níveis adequados de letramento em saúde foram significativamente maiores entre os sem doenças crônicas, não-fumantes, não usuários de bebidas alcoólicas e interessados em um estilo de vida saudável. Enquanto que o nível limitado foi significativamente relacionado aos mais velhos e homens. A partir de tais relações os autores indicam a necessidade de trabalhar o letramento em saúde de professores e futuros professores em cursos de pós-graduação.

Outro estudo também com esse público alvo objetivou identificar o grupo de competências que professores possuíam para apoiar o desenvolvimento do letramento em saúde de seus alunos. Isso foi feito a partir do método *Delphi*, que é composto por questionários quantitativo e qualitativo onde um grupo de especialistas na área busca obter um consenso relacionado a certo tema. Nesse caso foram vinte especialistas de diversos países que, após três fases do estudo, chegaram ao consenso de doze competências mais importantes como: habilidades de comunicação, professor pesquisador, conhecimento pedagógico, habilidades de pensamento ético, vontade de engajar a comunidade escolar inteira em atividades de promoção de saúde, entre outras. A partir desses achados, Moynihan et al. (2015) apontam que tais competências fornecem uma visão útil para se trabalhar com a

implementação de educação em saúde, seja através de disciplinas ensinando o tema ou da abordagem da escola promotora da saúde.

Além das condições ambientais da escola e do letramento em saúde dos professores, se faz importante investigar o quanto esses profissionais se sentem capazes de promover saúde em suas escolas. Dessa forma, a variável da autoeficácia foi utilizada para entender melhor esse fator.

2.3- Autoeficácia para promover saúde

O referencial escolhido como base teórica para o presente estudo é a teoria social cognitiva, a qual considera o ser humano não apenas como produto de seu meio, mas também como produtor, capaz de agir sobre ele. Dessa forma, a TSC leva em conta o modelo da reciprocidade triádica, o qual considera a relação recíproca entre o ambiente, o comportamento e o indivíduo, incluindo fatores biológicos, cognitivos e afetivos. As relações que ocorrem nesta tríade, mesmo sendo recíprocas, nem sempre apresentarão a mesma força, podendo haver variações conforme as circunstâncias (BANDURA, 1986).

Na TSC, Bandura (2008) fala sobre a capacidade que o indivíduo tem de influenciar seu comportamento a partir da perspectiva da agência, na qual

Ser agente significa influenciar o próprio funcionamento e as circunstâncias de vida de modo intencional. Segundo essa visão, as pessoas são auto-organizadas, proativas, autorreguladas e autorreflexivas, contribuindo para as circunstâncias de suas vidas, não sendo apenas produtos dessas condições (p. 15).

No caso dos professores, considera-se que eles podem ser agentes na transformação do conhecimento e das práticas de seus alunos.

Na TSC existe o construto da autoeficácia. A autoeficácia é definida por Bandura (1997, p.3) como “as crenças do indivíduo em sua capacidade em organizar e executar cursos

de ação requeridos para produzir certas realizações”. Acreditar na própria capacidade para realizar determinada ação é fator chave no sistema de formação de competências humanas e, além disso, o autor aponta que uma das implicações da autoeficácia no comportamento dos indivíduos é que aqueles com maiores níveis de autoeficácia percebida apresentam mais atitudes positivas frente às adversidades.

No que diz respeito à área da saúde, a autoeficácia é uma das principais bases para a ação que visa a transformação do conhecimento em práticas eficientes voltadas para a aquisição de hábitos saudáveis. Bandura (1995) afirma que esses conhecimentos e práticas, que tenderão a se tornar bons hábitos para um estilo de vida saudável, são formados nos períodos da infância e adolescência. Dessa forma, o autor endereça à família e à escola a responsabilidade de proporcionar um cenário adequado a esse desenvolvimento por meio do apoio social e de programas promotores de saúde respectivamente.

A autoeficácia é um construto de domínio específico. O presente trabalho investiga especificamente a autoeficácia do professor para promover saúde na escola, o qual pode ser definido como as crenças que o professor possui a respeito da sua capacidade de agir para promover práticas de saúde dos alunos (DERSCHEID et al., 2014). Este é um *design* pouco investigado na literatura quando comparado com os domínios de autoeficácia docente e parental, por exemplo, os quais podem auxiliar no processo de embasamento deste trabalho.

No campo da docência, uma das definições adotadas pelos pesquisadores dessa área traz que a autoeficácia docente é “um julgamento que o professor faz acerca de suas próprias capacidades para atingir resultados desejados de engajamento e aprendizagem dos alunos, mesmo entre aqueles que podem ser difíceis ou desmotivados”. (TSCHANNEN-MORAN; WOOLFOLK HOY, 2001, p. 783).

No domínio da docência, estudos têm reforçado empiricamente os resultados positivos para o processo de ensino-aprendizagem em diferentes áreas do conhecimento relacionado com a autoeficácia docente (KLASSEN et al. 2010; WOOLFOLK HOY; DAVIS, 2006). Professores com elevada autoeficácia docente usam diferentes estratégias para ensinar (OZDER, 2011), promovem um ensino contextualizado com a realidade dos alunos (ONOFRE; CARREIRO DA COSTA; GARCIA, 2001) e tendem a se esforçar mais frente aos desafios (MULHOLLAND; WALLACE, 2001; HONG, 2012).

Há estudos que mostram que as crenças de autoeficácia do professor exercem influências também sobre os alunos. Portanto, professores com bons níveis de autoeficácia podem ajudar os alunos a aumentar sua motivação de aprendizagem e desenvolverem habilidades de gerenciamento de fatores pessoais por exemplo (TSCHANNEN-MORAN; WOOLFOLK HOY, 2007).

O outro domínio que também tem sido investigado, da autoeficácia parental, é definido pela percepção que os pais têm para realizar diversas tarefas associadas a essa posição altamente desafiadora (COLEMAN; KARRAKER, 1997). Algumas dessas tarefas relacionam-se à área da saúde, como: acompanhamento da alimentação, atividade física e comportamento sedentário dos filhos (CAMPBELL, et al., 2010).

Dessa forma, tendo em vista que o professor desempenha papéis importantes na promoção de saúde na escola (LEGER, 2000) e, a relevância da autoeficácia docente para aumento da motivação de aprendizagem e aquisição de novas habilidades dos alunos (TSCHANNEN-MORAN; WOOLFOLK HOY, 2007) assim como para a promoção de saúde (BANDURA, 2004), justifica-se a necessidade de se investigar a autoeficácia do professor para promoção de saúde na escola.

Nesse sentido acredita-se que a autoeficácia do professor para promover saúde na escola, quando elevada, pode ter efeitos significativos na aprendizagem de conteúdos sobre saúde e na aquisição de comportamento saudáveis dos alunos.

As interações que o indivíduo tem com o ambiente geralmente resultam em informações e experiências as quais, a partir da maneira como são interpretadas e significadas por ele, constituem suas crenças de autoeficácia. Existem quatro fontes de constituição da autoeficácia: as experiências diretas, representadas pela realização de tarefas; as experiências vicárias, quando há a observação de modelos sociais; a persuasão social, expressas na forma de orientações, críticas, elogios e avaliações; e, os estados fisiológicos e afetivos, representados pelas ativações psicofisiológicas como medo, ansiedade, entre outras, as quais estão relacionadas ao momento de preparação e/ou realização de uma tarefa (BANDURA, 1997). A literatura tem mostrado que uma das fontes mais significativas para a construção da autoeficácia do professor é a experiência direta (TSCHANNEN-MORAN; WOOLFOLK HOY, 2007; SILVA; IAOCHITE; AZZI, 2010).

Bandura (1997) diz que ter conhecimento em um dado campo, bem como ter condições ambientais que promovam a realização de ações, pode não ser suficiente quando os atores principais na realização dessas ações não acreditam suficientemente nas próprias capacidades para fazê-las. Portanto, investigar o construto de autoeficácia de professores, especificamente no domínio da promoção de saúde na escola é fundamental para que haja uma coerência não apenas do ponto de vista teórico, mas também do ponto de vista da construção lógica dessa pesquisa.

A autoeficácia para promoção de saúde tem sido investigada em diversos contextos, com pessoas de diferentes faixas etárias e, em diferentes domínios. Há estudos que investigaram a relação da autoeficácia de adultos com a sua melhoria de performance

(YOKOKAWA; KAI, 2004; FISHER; KRIDLI, 2013) e com a manutenção das suas questões fisiológicas (WU et al., 2019).

Um estudo longitudinal feito no Japão com 457 participantes acima de 65 anos de idade, os quais responderam a um conjunto de instrumentos, dentre eles uma escala de autoeficácia para promoção de saúde, medindo a crença na performance de tarefas na saúde, encontrou como resultados que níveis baixos de autoeficácia para a promoção de saúde foram significativamente correlacionados com o declínio funcional dos participantes dentro do período de 12 meses. Dessa forma, a autoeficácia para promoção de saúde foi considerada um fator preditivo para habilidade funcional, a qual está associada com diversos resultados relacionados à saúde, como por exemplo mortalidade, deficiências físicas e doenças crônicas (YOKOKAWA; KAI, 2004).

Cerca de 140 mulheres entre 30 e 65 anos participaram de um estudo realizado nos Estados Unidos, onde 70 participantes estavam acima do peso e 70 estavam obesas. Com o objetivo de investigar a relação entre motivação, autoeficácia, variáveis demográficas e, possíveis efeitos dessas variáveis sobre a performance de comportamentos de promoção de saúde, as participantes responderam diversos instrumentos, entre eles uma escala de autoeficácia geral. Os principais resultados trouxeram que a autoeficácia mostrou-se um preditor significativo na performance de comportamentos promotores de saúde tanto em obesas quanto para as que estavam acima do peso, sugerindo futuros estudos que focassem em intervenções para melhorar os níveis de autoeficácia para a prática de comportamentos de promoção de saúde nessa população (FISHER; KRIDLI, 2013).

Outro estudo conduzido em Taiwan, enfermeiras realizaram um programa de intervenção de promoção da saúde a fim de aumentar a autoeficácia de pacientes em gerenciar sua hipertensão e dislipidemia. O grupo de intervenção, o qual recebeu a referida intervenção

apresentou melhora significativa em cinco índices fisiológicos após o *follow up* de seis meses, indicando que o aumento da autoeficácia influenciou diretamente na saúde dos participantes (WU et al., 2019).

Ao se pensar em crianças, existe uma relação entre a autoeficácia dos pais para promover alimentação saudável e atividade física e, a manutenção da saúde de seus filhos, principalmente falando da prevenção de obesidade. Na literatura há estudos que investigam tal relação em diversas faixas etárias de crianças, tanto das que estão na pré-escola (CAMPBELL et al., 2010) quanto no ensino fundamental (DE LEPELEERE et al., 2017), encontrando principalmente que a autoeficácia dos pais diminui conforme os filhos vão ficando mais velhos.

Realizado na Austrália, um estudo examinou as possíveis associações entre a autoeficácia parental e a alimentação e comportamentos sedentários de crianças com um e cinco anos de idade. Mães de 140 crianças de um ano e de cinco anos responderam um conjunto de instrumentos, dentre eles uma escala de autoeficácia com domínios relacionados à promoção de alimentação saudável, de atividade física e, limitação de comportamentos sedentários de seus filhos. Dentre os resultados, encontrou-se relações entre maiores níveis de autoeficácia para promover alimentação saudável e maior consumo de vegetais em ambas as idades. Além disso, houve uma relação inversa entre a autoeficácia para promover atividade física e o tempo de tela das crianças. (CAMPBELL et al., 2010).

Resultados parecidos foram encontrados em estudo realizado na Bélgica com 207 pais de crianças entre seis e 12 anos de idade. O grupo intervenção assistiu vários vídeos sobre ações paternas para saúde dos filhos durante quatro semanas e preencheu questionários curtos. Principais resultados mostraram que os pais do grupo de intervenção tiveram significativo aumento da autoeficácia para motivarem seus filhos a comerem vegetais quando comparado

ao grupo controle. Além disso, efeitos da intervenção sobre a autoeficácia parental relacionada a atividade física, alimentação saudável e tempo de tela aconteceram de maneira mais intensa com os pais de crianças mais novas, entre seis e nove anos de idade (DE LEPELEERE et al., 2017).

No contexto escolar, mais especificamente falando da autoeficácia de professores para promoção de saúde, a literatura é escassa. Há estudos investigando o impacto da formação continuada em saúde sobre a autoeficácia de professores (SHIRZAD et al., 2016; FAROKHZADIAN; SABZI; SHAHRBABAKI, 2018) enquanto outros buscaram as relações entre as crenças em saúde do professor com suas competências e a percepção do seu papel como promotor de saúde na escola (BRUNETTE, 2017).

Estudo quase experimental realizado com 120 professores no Irã objetivou avaliar o treinamento de comportamentos de promoção da saúde sobre a autoeficácia para práticas de saúde, assim como sobre a autoeficácia geral dos professores nas escolas. De maneira geral, os resultados encontrados para práticas de saúde e autoeficácia não foram significativamente diferentes entre o grupo intervenção e controle antes do workshop. Entretanto, os professores no grupo de intervenção obtiveram pontuações maiores em ambos, autoeficácia para práticas de saúde e autoeficácia geral quando comparado com o grupo controle um mês após a intervenção (FAROKHZADIAN; SABZI; SHAHRBABAKI, 2018).

Outro estudo realizado no Irã objetivou investigar os efeitos de uma intervenção baseada no modelo de EpS sobre os comportamentos de saúde dental de crianças, assim como a autoeficácia percebida, dentre outros fatores, dos pais e professores sobre tais comportamentos. Os resultados mostraram que a intervenção trouxe diversos benefícios não só para as crianças como para pais e professores. Houve um aumento da adoção de comportamentos de saúde dentária discente e, professores e pais no grupo intervenção

apresentaram maior autoeficácia, conhecimento e atitude quando comparado com o grupo controle (SHIRZAD et al., 2016).

Realizado nos Estados Unidos, um estudo aplicou um questionário eletrônico de 107 itens a 423 professores de ensino fundamental com o intuito de saber tópicos como nível de saúde, interesses pessoais, competência, eficácia e seu papel percebido, todos relacionados ao tema da saúde. Como resultados encontrou-se principalmente uma evidência empírica que as crenças pessoais de saúde do professor são importantes para que ele se engaje na promoção de saúde dos seus alunos (BRUNETTE, 2017).

2.3- Relações entre o letramento em saúde e a autoeficácia

Ao se considerar duas das variáveis investigadas no presente estudo, autoeficácia e letramento em saúde, há várias publicações que mostram que ambas se relacionam e que muitas vezes influenciam fatores relacionados à saúde das pessoas (WOOD et al., 2010; BARSELL et al., 2018).

Um cenário que aparece bastante nessas investigações é o familiar, o qual é tratado em alguns estudos como letramento em saúde e autoeficácia parental de pais de recém nascidos (FONG et al., 2018), de controle de asma dos filhos (WOOD et al., 2010) e, de interação de mães com provedores de cuidados de saúde (FRY-BOWERS et al., 2014).

Para testar a hipótese de que pais com melhor letramento em saúde também teriam melhor autoeficácia parental Fong et al. (2018) conduziram um estudo com 253 pais que responderam instrumentos cujos resultados foram que a autoeficácia parental foi significativamente menor em pais com menos pessoas morando na mesma casa. Além disso, pais com baixo letramento em saúde tiveram níveis significativamente menores de autoeficácia parental.

Wood et al. (2010) examinaram a relação entre os níveis de letramento em saúde e a autoeficácia percebida dos pais para gerenciar a asma de seus filhos através de um questionário. Como resultado encontraram uma relação significativa entre os níveis de letramento em saúde e autoeficácia percebida para gerenciar a asma, no sentido que maior autoeficácia e sucesso para controlar a asma contribuem para o bem da criança. Desse modo, o autor aponta ser interessante que os pais aproveitem as visitas ao médico para aprender mais sobre as doenças e para aumentarem sua autoeficácia e letramento em saúde a fim de ajudarem seus filhos.

Fry-Bowers et al. (2014) não investigaram influências diretas da autoeficácia e letramento em saúde na saúde de crianças, mas sim exploraram as relações entre essas variáveis e, apoio social e percepção de interação com provedores da saúde. Esse estudo se deu por meio dos instrumentos respondidos por 124 mães latino-americanas residentes nos Estados Unidos. Como principais resultados encontrou-se que o apoio social informal influenciou significativamente a autoeficácia materna nas interações. Além disso, a autoeficácia predisse a percepção da habilidade dos provedores de saúde em responder suas questões. Portanto, intervenções para melhorar a autoeficácia de mães com pouco letramento em saúde pode afetar positivamente os resultados de saúde das crianças.

Já no contexto de hábitos saudáveis, há três estudos americanos que investigaram essas variáveis para: comportamentos de saúde de universitários com doenças crônicas (BARSELL et al., 2018), dieta de jovens adultos (CHA et al., 2014) e, comportamento sedentário de mulheres (DOMINICK et al., 2013).

Barsell et al. (2018) investigaram questionários de 147 estudantes universitários cujos resultados mostraram que asma foi a doença mais prevalente e que níveis mais altos de letramento em saúde e autoeficácia foram associados de maneira significativa com

comportamentos gerais de saúde e manutenção de bem estar, assim como menor comportamento de ingestão de substâncias. Concluindo então que os achados trazem essas variáveis como foco potencial para manter comportamentos saudáveis desse grupo de alunos.

Cha et al. (2014), em seu estudo, aplicaram questionários para 103 pessoas entre 18 e 29 anos que eram sedentários, acima do peso ou obesos, tendo como objetivo examinar as relações entre o letramento em saúde, autoeficácia, uso dos rótulos dos alimentos e qualidade de dieta. De maneira geral, pessoas com maior instrução apresentaram maior letramento em saúde, uso dos rótulos e melhor dieta. Além disso, pessoas com maiores níveis de autoeficácia liam frequentemente os rótulos e, conseqüentemente, tinham dieta de melhor qualidade. Entretanto, o nível de letramento em saúde não previu a autoeficácia do comportamento alimentar, sendo que cerca de 2% da variabilidade da autoeficácia foi explicada pelos grupos de letramento em saúde.

No quesito do comportamento sedentário, Dominick et al. (2013) investigaram a influência do letramento em saúde nas mudanças de autoeficácia para atividade física de 89 mulheres latino-americanas por meio de uma intervenção de seis meses. Os resultados mostraram que elas eram moderadamente autoeficazes para engajarem em atividade física moderada. Após o período de intervenção, encontraram como resultado que maiores pontuações de letramento em saúde previram uma mudança maior na média de autoeficácia.

No ambiente escolar essa relação foi feita entre letramento em saúde, autoeficácia percebida e performance de autocuidado de alunas do ensino médio de uma escola promotora da saúde no Irã (KHODABANDEH; MALEKI AVARASIN; NIKNIAZ, 2017). Nesse estudo, 320 estudantes responderam a três instrumentos os quais mostraram relação positiva e significativa entre letramento em saúde, autoeficácia percebida e performance de autocuidado.

Além disso, as duas primeiras variáveis foram consideradas como preditoras da performance de autocuidado.

A partir dos vários estudos citados, poucas são as publicações que investigaram as possíveis relações entre a autoeficácia e o letramento em saúde no âmbito da escola promotora da saúde ou, mais especificamente contando com professores como participantes. Dessa forma, o presente trabalho colabora com a literatura no sentido de investigar o comportamento dessas variáveis de professores para promoverem saúde no âmbito escolar.

3 OBJETIVOS DE PESQUISA

Considerando as seguintes questões de pesquisa: “em que medida os professores se percebem capazes de promover uma escola saudável?”; “qual é o nível de letramento em saúde dos professores?” e, “quais são as condições do ambiente escolar relacionadas à saúde (ambientes favoráveis à saúde, políticas públicas, projetos, ação comunitária)?”, o presente estudo propôs-se a descrever e analisar as relações entre: autoeficácia para promover uma escola saudável, letramento em saúde dos professores e, condições ambientais relacionadas à saúde na escola.

Para tanto, delimitou-se como objetivos específicos:

- Identificar as condições ambientais das escolas por meio das percepções dos professores a fim de conhecer as características físicas das instituições, projetos e programas cujos aspectos são ligados à saúde .
- Investigar o letramento em saúde dos professores para conhecer seu nível de capacidade em entender e usar informações que promovem e mantêm boa saúde.
- Mensurar os níveis de autoeficácia de professores para promoção de saúde na escola.
- Descrever e analisar possíveis relações entre as variáveis, níveis de autoeficácia dos professores, condições ambientais e, letramento em saúde apresentadas por esses profissionais.

4 MÉTODO

Trata-se de uma pesquisa de tipo exploratória de natureza quantitativa. A escolha pelo tipo de pesquisa exploratória pautou-se em Gil (2002), o qual a classifica como o tipo de pesquisa que busca familiarização com determinado problema de maneira a evidenciá-lo.

Outra justificativa encontra-se no fato da escassez de pesquisas que investigam a escola promotora de saúde a partir da lente do construto da autoeficácia como aliada ao entendimento dos fatores letramento em saúde e condições ambientais, os quais podem influenciar a implementação e o desenvolvimento dessa abordagem.

4.1 - Participantes

Participaram do estudo 151 professores da rede pública municipal paulista que atuam no Ensino Infantil e/ou Fundamental. Como critérios de inclusão para participação foram utilizados: a) ser professor da rede pública de educação municipal paulista; b) atuar no Ensino Infantil e/ou Fundamental, independente da disciplina escolar no momento da coleta de dados; c) aceitar participar do processo da pesquisa.

Dos 151 participantes, a maioria eram do sexo feminino (80,8%), com idades entre os 23 e os 72 anos, onde predominaram os professores das faixas etárias dos 30 aos 39 anos (38,9%) e dos 40 aos 49 anos (28,2%), sendo a média das idades de 39,2 anos. Dos professores da amostra, 42% fizeram sua graduação numa instituição pública, 54% numa instituição privada 4% em ambas, sendo que a maioria se formou há menos de 10 anos (44,6%) ou, entre 10 e 19 anos (39,2%). Além disso, a maior parte fez pós-graduação (80,4%), sendo que 79% fizeram especialização, 16% mestrado e 5% doutorado.

Quanto à atividade docente, 55,7% dos professores são PEB I ¹ e 44,3% são PEB II². Cerca de metade são unidocentes (49%), seguidos pelos que lecionam Educação Física (28,3%). Em média, os professores lecionam há 13,3 anos, onde a maioria leciona há menos de 10 anos (40,4%) ou, entre 10 e 19 anos (37,6%). A maioria dos professores lecionam no Ensino Fundamental apenas (77,5%) e, para turmas entre 20 e 34 alunos.

4.2 - Instrumentos

4.2.1 - Instrumento para avaliar condições ambientais

Esse instrumento tem por objetivo identificar características da escola em termos de infraestrutura, currículo e programas e/ou projetos desenvolvidos sobre a temática da promoção da saúde na escola a partir da visão dos professores. Trata-se de um questionário dividido em dois blocos, onde o primeiro contém 17 perguntas com três opções de escolha: “sim”, “não”, “não sei”. Alguns exemplos de perguntas do bloco um são: “Há trabalhos em equipe de alunos, professores e comunidade em prol da saúde na escola e/ou no bairro onde a escola se encontra?”; “O tema da saúde aparece no projeto político pedagógico da sua escola?” e; “Existe o contato regular com psicólogo em sua escola?”. O segundo bloco contém oito afirmativas com possibilidades de escolha entre uma escala de cinco pontos, variando de “totalmente inadequado” à “totalmente adequado”, além da opção “não se aplica”. Alguns das afirmativas deste bloco são: “A segurança dos espaços da escola é...”; “As relações interpessoais na escola, de maneira geral, são...” e; “A segurança da

¹ PEB I - Professor da Educação Básica I (atua nos anos iniciais do Ensino Fundamental)

² PEB II- Professor da Educação Básica II (atua nos anos finais do Ensino Fundamental e/ou Ensino Médio)

comunidade ao redor da escola é...”. Esse instrumento foi construído para essa pesquisa a partir da literatura da EpS (OMS, 2000).

4.2.2 - Questionário de caracterização do participante, da atividade docente e do contexto de ensino

Esse questionário é composto por 16 questões abertas e fechadas e tem por objetivo caracterizar aspectos sociodemográficos como idade e sexo e, aqueles relacionados à atividade docente como formação profissional, tempo de docência, nível de ensino que atua como professor, infraestrutura da escola onde atua, entre outros (IAOCHITE, 2007). Alguns dos itens são: “De maneira geral, o quanto você se sente preparado (a) para promover discussões sobre saúde na escola junto aos alunos e/ou colegas de trabalho?”; “Atualmente, o quanto você se sente satisfeito(a) como professor?”. Além disso, foram acrescentadas cinco questões relacionadas à saúde do professor, como por exemplo: “Atribua um valor para o seu estado de saúde atual (física, emocional, social, espiritual), entre 1 (muito pouco saudável) e 5 (totalmente saudável)” e; “Considerando a sua resposta anterior, o quanto você atribui esse valor ao ambiente escolar?”.

4.2.3 - Escala de letramento em saúde³

Essa escala foi traduzido de Sorensen et al. (2013). Trata-se de uma escala do tipo Likert de cinco pontos, variando as respostas de 1= “totalmente incapaz” a 5= “totalmente capaz”. Ela é composta por 47 itens divididos em três domínios: 1- Cuidado com a saúde (16 itens, do 1 ao 16); 2- Prevenção de doenças (15 itens, do 17 ao 31); 3- Promoção de saúde (16 itens, do 32 ao 47).

Alguns itens são: “encontrar informações em como prevenir ou gerenciar condições como sobrepeso, pressão alta e colesterol alto?”, “influenciar suas condições de vida que

³ A tradução da escala de letramento em saúde foi autorizada e a sua validação será apresentada posteriormente em estudos adicionais por não ser o objetivo da presente pesquisa.

afetam sua saúde e seu bem estar?” e; “entender informações nas embalagens de alimentos”, as quais deveriam ser respondidas considerando a afirmativa: “Em que medida eu acredito que sou capaz de...”.

Tanto a escala de letramento em saúde total, como os seus três domínios apresentaram níveis de confiabilidade excelentes, tendo o Alpha de Cronbach superior a 0,90. Além disso, os escores das escalas foram calculados através da média das pontuações dos seus itens, podendo variar do mínimo de 1 ao máximo de 5, sendo que pontuações elevadas representam melhores níveis de letramento em saúde.

4.2.4 - Escala de autoeficácia para promoção de escola saudável (EAPES)⁴

Trata-se de um instrumento do tipo Likert de cinco pontos que varia de 1= “Não posso de forma alguma” a 5= “Posso totalmente” que contém 18 itens que avaliaram a crença de autoeficácia do professor para promover diferentes aspectos ligados a uma escola saudável, como por exemplo: promoção de atividade física, alimentação saudável, gestão do ambiente, programa curricular, entre outros. O instrumento foi construído a partir das diretrizes propostas por Bandura (2006), inspirado no instrumento proposto por Derscheid, et al. (2014) e, baseado na literatura que trata especificamente das escolas promotoras de saúde (BRASIL, 2007).

A princípio utilizou-se a literatura de escolas promotoras da saúde (BRASIL, 2007) com o intuito de identificar os possíveis contextos onde o professor atua dentro dessa abordagem, mais especificamente no que se refere aos relacionamentos interpessoais, seja junto aos alunos, gestores, pais de alunos ou comunidade. Em seguida, foram construídos 45 itens a partir das diretrizes propostas por Bandura (2006) e inspiradas no instrumento de

⁴ A validação da escala de autoeficácia para promoção de escola saudável será apresentada posteriormente em estudos adicionais por não ser o objetivo da presente pesquisa.

Derscheid et al. (2014), os quais foram analisados pela autora e orientador do trabalho a fim de selecionar apenas aqueles que contemplavam de forma clara e concisa os contextos pré-selecionados.

Os itens seguiam o cabeçalho: “O quanto eu acredito que posso...”, sendo exemplos deles: “fazer com que os (as) alunos (as) acreditem que podem ser mais saudáveis?”, “ser um modelo adequado para promover comportamentos saudáveis na escola?” e, “envolver a comunidade ao entorno da escola para serem mais saudáveis?”.

A partir da análise dos itens foram designados três domínios da autoeficácia para a promoção de escola saudável que podem ser vistos no Quadro 3.

Quadro 3. Domínio e itens de cada fator da EAPES

Fator	Domínio / (Sigla)	Itens
1	“Envolvimento da Escola e Comunidade” / (EAEPS-EEC)	10, 11, 12, 14, 15, 18
2	“Planejamento, Ensino e Promoção de Ações” / (EAEPS - PEPA)	3, 5, 6, 7, 9, 16, 17
3	“Oferecimento de Apoio e Motivação” / (ESEPS - OAM)	1, 2, 4, 8, 13

Além disso, a escala de autoeficácia para promoção de saúde na escola obteve níveis de confiabilidade muito bons Alpha de Cronbach superior a 0,80, sendo que os maiores Alpha de Cronbach foram respectivamente da escala total (0,92), domínio de “planejamento, ensino e promoção de ações” (0,86) e “envolvimento da escola e comunidade” (0,85).

4.3 - Procedimentos de coleta

Primeiramente, 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 2.518.176. Após o aceite, foi enviado um convite à Secretaria Municipal de Educação de Rio Claro com um resumo do projeto a título de conhecimento, a fim de recebermos a devida autorização para a realização da pesquisa.

Após a aprovação nesta instância, foi feito o contato com os coordenadores das seguintes áreas: “Educação Física”, “Artes” e “Linguagens” para agendar uma das datas de reuniões mensais desses professores para que a coleta pudesse ser feita de maneira concentrada e, que contasse com a opinião docente de diferentes áreas. Foram feitas duas coletas com os professores de Educação Física, em novembro de 2018 e março de 2019 porque muitos professores faltaram na primeira. Além disso, a coleta com os professores da área de Linguagens, especificamente da disciplina de Inglês foi realizada em março de 2019. Não houve coleta na reunião dos professores de Artes por conta de um processo de formação continuada dos professores que consumia todo o tempo da reunião.

Além das coletas nas reuniões das áreas citadas, foram feitas coletas em seis escolas, as quais foram sugeridas pela Secretaria Municipal de Educação de Rio Claro. Entramos em contato por telefone, agendamos visitas para a coleta, sendo a sua maioria durante a realização do HTPC de cada escola e, em outros casos, durante HTPI e intervalos. Nesse processo, os professores que aceitaram participar da pesquisa assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e responderam aos instrumentos. As coletas demoraram aproximadamente 30 minutos e todas as dúvidas que surgiram durante o preenchimento dos instrumentos foram respondidas no mesmo momento. Em uma das escolas a coordenadora preferiu que as professoras levassem o questionário para casa e entregassem no dia seguinte, a fim de utilizar o tempo da reunião de HTPC para tratar de assuntos da escola. Entretanto, apenas metade dos questionários foram devolvidos considerando prováveis esquecimento e perda do questionário.

4.4 - Análise estatística

A análise estatística de dados foi realizada com o programa IBM SPSS, versão Windows (IBM Corp. Released 2016). Esse processo contou com o suporte de um profissional especializado.

A caracterização das variáveis em estudo foi feita através de frequências absolutas (n) e relativas (%) (variáveis qualitativas) e da média e do desvio-padrão (variáveis quantitativas).

A confiabilidade dos instrumentos de Condições Ambientais e de Letramento em Saúde foi avaliada através do Alpha de Cronbach. Para a Escala da Autoeficácia para a Promoção de Escola Saudável foi realizada uma análise fatorial exploratória e estudada a confiabilidade total e dos fatores obtidos através do Alpha de Cronbach.

Para dar resposta aos objetivos da pesquisa no que se refere ao estudo das associações entre variáveis foi assumido que não existem desvios à normalidade das variáveis haja vista que os valores dos coeficientes de assimetria (*Skewness*) e achatamento (*Kurtosis*) foram inferiores a 1 em valor absoluto para todas as variáveis como pode ser visto na Tabela 1 em seguida.

Tabela 1. Coeficientes de assimetria (*Skewness*) e achatamento (*Kurtosis*).

Condições Ambientais	<i>Skewness</i>	<i>Kurtosis</i>
Escore CA-1	-0.156	-0.331
Escore CA-2	-0.079	0.239
EAEPS		
EAEPS-EEC	-0.051	-0.667
EAEPS-PEPA	-0.378	-0.465
EAEPS-OAM	-0.352	-0.456
EAEPS TOTAL	-0.236	-0.414
ELS		
Healthcare	-0.392	-0.811
Disease Prevention	-0.656	-0.511
Health Promotion	-0.532	-0.846
ELS TOTAL	-0.589	-0.616

Conforme Morôco (2011), nesse caso é apropriada a utilização de testes paramétricos para encontrar as associações, sendo utilizados os seguintes testes estatísticos:

Teste T de Student – comparação das variáveis contínuas entre dois grupos independentes;

Análise da Variância (ANOVA) – comparação das variáveis contínuas entre três grupos independentes;

Coefficiente de Correlação de Pearson – correlação entre variáveis contínuas;

Coefficiente de Correlação de Spearman – correlação entre variáveis contínuas 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 ($p < 0.05$).

5 RESULTADOS

Dividiu-se a apresentação dos resultados da pesquisa em cinco blocos que contemplam os objetivos do trabalho. No primeiro bloco apresenta-se os resultados relativos às percepções dos participantes sobre as condições ambientais das escolas. O segundo bloco contém os resultados da escala de letramento em saúde, seguido pelo terceiro bloco, onde apresenta-se os resultados advindos da escala de autoeficácia para promover uma escola saudável. O quarto e quinto blocos de resultados apresentam respectivamente os fatores associados com o letramento em saúde e, os fatores associados com a autoeficácia para a promoção de uma escola saudável.

5.1 - Bloco 1: Condições ambientais das escolas

Os resultados desse primeiro bloco são referentes à percepção dos professores participantes do estudo em relação às condições ambientais das escolas. A primeira parte deles advém de duas sessões do questionário de caracterização dos participantes, as quais tratam da percepção dos professores sobre as relações interpessoais e, sobre a saúde deles. A segunda parte advém do questionário de condições ambientais, o qual aborda questões sobre estrutura física, participação da comunidade e presença de profissionais na escola.

5.1.1 - Características do ambiente escolar e satisfação como professor

A caracterização das variáveis relativas ao ambiente escolar, à preparação e à satisfação do professor é apresentada na Tabela 2. Mais da metade dos participantes considera a infraestrutura (espaço, material, equipamentos, etc.) destinada à sua atividade docente como adequada (56,4%) ou totalmente adequada (8,7%). Além disso, a porcentagem dos professores que responderam “muito” ou “totalmente” às questões

relacionadas ao apoio do corpo administrativo (74%), à liberdade para expressar ideias em reuniões da escola (64,8%) e ao apoio dos colegas (71,1%) foi também superior a 50%. Entretanto, apenas 27,4% consideram que estão muito (22,7%) ou totalmente (4,7%) preparados para promover discussões sobre saúde na escola junto aos alunos e/ou colegas de trabalho. Quanto à satisfação como professores, a maioria afirmou estar muito satisfeito (49,7%) ou totalmente satisfeito (19,2%).

Tabela 2. Perfil dos participantes quanto ao ambiente escolar e satisfação como professor

	Categorias	n	%
Infraestrutura (N = 149)	1 Totalmente inadequada	5	3.4%
	2 Pouco adequada	47	31.5%
	3 Adequada	84	56.4%
	4 Totalmente adequada	13	8.7%
Apoio do corpo administrativo (N = 150)	1 Muito pouco	4	2.7%
	2 Pouco	9	6.0%
	3 Nem muito e nem pouco	26	17.3%
	4 Muito	80	53.3%
	5 Totalmente	31	20.7%
Liberdade para expressar ideias em reuniões da escola (N = 148)	1 Muito pouco	0	0.0%
	2 Pouco	12	8.1%
	3 Nem muito e nem pouco	40	27.0%
	4 Muito	65	43.9%
	5 Totalmente	31	20.9%
Apoio dos colegas (N = 149)	1 Muito pouco	1	0.7%
	2 Pouco	11	7.4%
	3 Nem muito e nem pouco	31	20.8%
	4 Muito	85	57.0%
	5 Totalmente	21	14.1%
Preparado(a) para promover discussões sobre saúde na escola (N = 150)	1 Muito pouco	3	2.0%
	2 Pouco	30	20.0%
	3 Nem muito e nem pouco	76	50.7%
	4 Muito	34	22.7%
	5 Totalmente	7	4.7%
Satisfação como professor (N = 151)	1 Muito pouco	4	2.6%
	2 Pouco	7	4.6%
	3 Nem muito e nem pouco	36	23.8%
	4 Muito	75	49.7%
	5 Totalmente	29	19.2%

5.1.2 - Percepção da saúde dos professores

Considerando uma escala de respostas de 1= “muito pouco saudável” a 5= “totalmente saudável”, a maioria dos professores afirmou estar saudável (física, emocional, social e espiritualmente) sendo que 40% responderam que se sentiam muito saudáveis e 20,7% responderam que se sentiam totalmente saudáveis. Além disso, quase metade dos participantes afirmou que seu nível de saúde descrito acima não tinha “nem muito e nem pouco” de atribuição do ambiente escolar onde trabalham.

A porcentagem de professores que responderam “4” (muito) ou “5” (totalmente) à questão da prática de exercícios físicos regulares foi inferior a 30,1%. Quanto à alimentação diária, 33,3% a consideram muito saudável e 5,3% totalmente saudável como pode ser visto na Tabela 3.

Tabela 3. Perfil dos participantes quanto à percepção da saúde

	Categorias	n	%
Percepção do estado de saúde atual (física, emocional, social, espiritual) (N = 150)	1 Muito pouco saudável	2	1.3%
	2 Pouco saudável	4	2.7%
	3 Nem muito e nem pouco	53	35.3%
	4 Muito saudável	60	40.0%
	5 Totalmente saudável	31	20.7%
Considerando a sua resposta anterior, o quanto você atribui esse valor ao ambiente escolar? (N = 149)	1 Muito pouco	5	3.4%
	2 Pouco	19	12.8%
	3 Nem muito e nem pouco	69	46.3%
	4 Muito	46	30.9%
	5 Totalmente	10	6.7%
Prática exercícios físicos regulares (entre 3 a 7 vezes por semana) (N = 150)	1 Muito pouco	42	28.0%
	2 Pouco	32	21.3%
	3 Nem muito e nem pouco	30	20.0%
	4 Muito	25	16.7%
	5 Totalmente	21	14.0%
Como considera a sua alimentação diária (N = 150)	1 Muito pouco saudável	5	3.3%
	2 Pouco saudável	23	15.3%
	3 Nem muito e nem pouco	64	42.7%
	4 Muito saudável	50	33.3%
	5 Totalmente saudável	8	5.3%

Os próximos dados resultaram do instrumento de avaliação das condições ambientais das escolas, o qual é composto por duas partes devido à estrutura de perguntas que foram feitas.

5.1.3 - Condições ambientais - parte 1

A parte 1 inclui 17 questões com possibilidade de resposta “sim”, “não” e “não sei”. Na Tabela 4 são apresentadas as porcentagens de participantes que responderam “sim”, “não” e “não sei” a cada uma das questões. Este conjunto de questões apresentou um Alpha de Cronbach de 0,790, indicando um nível de confiabilidade bom.

Os dois primeiros itens mais referidos como existentes estavam relacionados ao projeto político pedagógico “[...] incentiva o respeito mútuo e as habilidades socioemocionais (empatia, prossociabilidade, etc) em sua escola” (84,8%) e, “[...] incentiva o conhecimento sobre hábitos saudáveis (lavar as mãos, praticar exercícios, alimentação saudável, etc.)” (78,1%). Além disso, os dois itens mais apontados como não existentes pelos professores estavam relacionados ao contato regular de profissionais da saúde na escola, sendo “médico” (71,8%) e “psicólogo” (63,1%). Por fim, os dois itens mais citados como “não sei” pelos professores estavam relacionados às ações que aconteciam no bairro onde a escola se encontra, sendo elas: “Há projetos ligados à saúde no bairro onde a escola se encontra (ex: exercício físico, alimentação saudável, combate às drogas, etc.)” (47,7%) e, “Há políticas públicas sobre o não uso de drogas implantadas na escola e/ou nos serviços de saúde no bairro onde a escola se encontra” (33,3%).

Tabela 4. Caracterização das condições ambientais das escolas - parte 1

Questões	Sim %	Não%	Não sei%
1. Há projetos ligados à saúde no bairro onde a escola se encontra (ex.: exercício físico, alimentação saudável, combate às drogas, etc.)?	37.0%	15.2%	47.6%
2. Há serviços públicos para a promoção de saúde no bairro onde a escola se encontra (ex.: unidade básica de saúde, etc.)?	59.9%	12.5%	30.4%
3. Há políticas públicas sobre o não uso de drogas implantadas na escola e/ou nos serviços de saúde no bairro onde a escola se encontra?	46.6%	20%	33.3%

4. Há o incentivo da escola para a participação dos pais em programas e projetos de saúde na escola e/ou no bairro onde a escola se encontra?	37.8%	32.4%	29.7%
5. Há o incentivo da escola para a participação da comunidade do entorno escolar em ações de promoção de saúde dentro e fora da escola?	36.9%	32.2%	30.8%
6. Há trabalhos em equipe de alunos, professores e comunidade em prol da saúde na escola e/ou no bairro onde a escola se encontra?	40.6%	34.6%	24.6%
7. Há ações de vacinação dos alunos promovidas pela escola e/ou postos de saúde no bairro onde a escola se encontra?	49.3%	23.3%	27.3%
8. Há cantina na sua escola?	63.3%	36.6%	0%
9. Há campanhas de coleta seletiva e/ou reciclagem na escola?	77.1%	18.1%	4.6%
10. O tema da saúde aparece no projeto político pedagógico da sua escola?	66.2%	1.9%	31.7%
11. O projeto político pedagógico incentiva o respeito mútuo e as habilidades socioemocionais (empatia, prossociabilidade, etc) em sua escola?	84.7%	0.6%	14.5%
12. O projeto político pedagógico da sua escola incentiva o conhecimento sobre hábitos saudáveis (lavar as mãos, praticar exercícios, alimentação saudável, etc.)?	78.1%	3.3%	18.5%
13. Há menção no projeto político pedagógico da sua escola sobre o desperdício de água, alimentos etc.?	65.3%	3.4%	31.2%
14. Existe o contato regular com psicólogo em sua escola?	14.0%	63.0%	22.8%
15. Existe o contato regular com dentista em sua escola?	50%	40.6%	9.3%
16. Existe o contato regular com nutricionista em sua escola?	33.3%	38%	28.6%
17. Existe o contato regular com médico em sua escola?	2.0%	71.8%	26.1%
Escore CA-1: mínimo = 0, máximo = 16, média = 8.34, desvio-padrão = 3.18			

5.1.4 - Condições ambientais - parte 2

A parte 2 incluiu oito questões com possibilidade de resposta em escala de tipo Likert de cinco pontos, variando de 1= “totalmente inadequado” a 5= “totalmente adequado”. Ela apresentou nível de confiabilidade muito bom (Alpha de Cronbach = 0,863), o que possibilitou calcular um escore com as pontuações das respostas às questões. O escore foi calculado através da média das pontuações das oito questões, podendo variar do mínimo de um ao máximo de cinco pontos e, foi denominado “Escore CA-2”.

Como pode ser visto na Tabela 5, são apresentadas as porcentagens de participantes que responderam “inadequado” (respostas 1 e 2), “nem inadequado nem adequado” (resposta 3) e “adequado” (respostas 4 e 5), assim como a média e o desvio-padrão das respostas de cada questão.

No que diz respeito às questões, a número “2. A segurança da comunidade ao redor da escola é...” e “7. Os produtos vendidos na cantina da escola” foram as que tiveram escore médio mais baixo, inferior a 3 e, menor percentagem de respostas “adequado”, inferior a 30%. Por outro lado, as questões “4. As relações interpessoais na escola, de maneira geral, são...”, “6. Os locais destinados à alimentação são...” e “8. O saneamento básico da escola é...” foram aquelas que apresentaram melhor média, próximo a 4 e que obtiveram mais de 70% de respostas “adequado”.

Tabela 5. Caracterização das condições ambientais das escolas - parte 2

Questões	Inadequado	Nem inadequado nem adequado	Adequado	M (DP)
1. A segurança dos espaços da escola é...	19.0%	43.5%	37.4%	3.28 (0.99)
2. A segurança da comunidade ao redor da escola é...	37.4%	39.7%	22.9%	2.78 (0.99)
3. A qualidade do ambiente físico da escola, de maneira geral é...	10.8%	37.8%	51.4%	3.47 (0.98)
4. As relações interpessoais na escola, de maneira geral, são...	2.7%	23.3%	74.0%	3.90 (0.75)
5. Os locais destinados às práticas corporais são...	12.9%	39.5%	47.6%	3.41 (0.96)
6. Os locais destinados à alimentação são...	4.1%	24.3%	71.6%	3.91 (0.85)
7. Os produtos vendidos na cantina da escola	31.9%	38.5%	29.7%	2.92 (1.12)
8. O saneamento básico da escola é...	4.3%	23.6%	72.1%	3.97 (0.86)
Escore CA-2				3.50 (0.71)

5.2- Bloco 2: Letramento em saúde dos professores

Neste bloco serão apresentados os resultados sobre letramento em saúde. Essa variável refere-se ao que um indivíduo sabe sobre prevenção de doenças, cuidado e promoção de saúde e, como utiliza esse conhecimento para tomar boas decisões para adquirir e manter uma boa qualidade de vida (OMS, 2013).

Como pode ser visto na Tabela 6, os escores médios da escala de letramento em saúde total e dos seus três domínios foram próximos de quatro, indicando níveis elevados de letramento em saúde considerando o máximo de cinco. Dentre os domínios, o que teve maior média foi o de “prevenção de doenças” (M=4,17), enquanto que os domínios “cuidados de saúde” e “promoção de saúde” ficaram abaixo da média total, respectivamente (M=4,04) e (M=4,09).

Esses resultados mostram que os participantes de maneira geral possuem um bom nível de habilidades relacionadas a conhecimento sobre saúde, a ações para buscar e utilizar informações sobre prevenção de doenças, cuidado e promoção da saúde.

Tabela 6. Confiabilidade e caracterização da escala de letramento em saúde (ELS)

Domínios ELS	Mínimo - Máximo	Média (DP)	Alpha de Cronbach
Cuidados de saúde	1.94 - 5.00	4.04 (0.72)	0.964
Prevenção de doenças	1.60 - 5.00	4.17 (0.77)	0.971
Promoção de saúde	1.56 - 5.00	4.09 (0.79)	0.975
TOTAL	1.69 - 5.00	4.10 (0.73)	0.988

5.3 - Bloco 3: Autoeficácia para a promoção de escola saudável

Neste bloco serão apresentados os resultados sobre autoeficácia para promoção de escola saudável. Essa variável refere-se ao quanto um indivíduo se sente capaz de promover saúde no ambiente escolar onde trabalha.

Como pode ser visto na Tabela 7, o escore total (M=3,73) e dos domínios (EAEPS-PEPA) (M=3,98) e (EAEPS-OAM) (M=3,94) ficaram próximos de quatro, enquanto que o do domínio (EAEPS-EEC) (M=3,25) ficou mais próximo de três, indicando níveis moderados a elevados de autoeficácia.

Tais resultados indicam que os participantes de maneira geral afirmam se sentirem capazes para promover saúde na escola, entretanto, ao se comparar o escore total e os escores

dos domínios, o do “envolvimento da escola e comunidade” representa aquele que eles se sentem menos capazes.

Tabela 7. Caracterização da EAPES

Domínios EAPES	Mínimo - Máximo	Média (DP)
Envolvimento da Escola e Comunidade (EAEPS-EEC)	1.33 - 5.00	3.25 (0.84)
Planejamento, Ensino e Promoção de Ações (EAEPS-PEPA)	2.00 - 5.00	3.98 (0.68)
Oferecimento de Apoio e Motivação (EAEPS-OAM)	1.60 - 5.00	3.94 (0.72)
EAEPS TOTAL	1.89 - 5.00	3.73 (0.66)

5.4- Bloco 4: Fatores associados com o letramento em saúde

5.4.1 - Condições ambientais e autoeficácia para promoção de uma escola saudável

Os resultados da Tabela 8 revelam a inexistência da associação significativa entre o letramento em saúde e as condições ambientais que são explicadas pelos coeficientes de correlação próximos de zero e não significativos ($p > 0,05$). Já as correlações com a autoeficácia para promoção de uma escola saudável foram todas positivas, a maioria significativa, mas fracas, indicando uma ligeira tendência de associação entre maiores níveis de autoeficácia para promoção de uma escola saudável com maiores níveis de letramento em saúde.

Tabela 8. Fatores associados com o letramento em saúde: condições ambientais e autoeficácia para promoção de uma escola saudável

	Escala de Letramento em Saúde			
	ELS TOTAL	Cuidados com a Saúde	Prevenção de Doenças	Promoção de Saúde
Condições Ambientais				
Escore CA-1	R = 0.025 ^{NS}	R = 0.003 ^{NS}	R = 0.038 ^{NS}	R = 0.026 ^{NS}
Escore CA-2	R = 0.000 ^{NS}	R = -0.008 ^{NS}	R = 0.002 ^{NS}	R = 0.003 ^{NS}
EAEPS				
EAEPS-EEC	R = 0.151 ^{NS}	R = 0.132 ^{NS}	R = 0.101 ^{NS}	R = 0.200*
EAEPS-PEPA	R = 0.253**	R = 0.270**	R = 0.196*	R = 0.268**
EAEPS-OAM	R = 0.212**	R = 0.180*	R = 0.164*	R = 0.266**
EAEPS TOTAL	R = 0.231**	R = 0.220**	R = 0.172*	R = 0.275**

R – Coeficiente de Correlação de Pearson: ^{NS} Não significativo ($p > 0.05$), * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

5.4.2 - Características demográficas e de formação

Não foi registrada associação estatisticamente significativa dos níveis de letramento em saúde com nenhuma das variáveis demográficas e relacionadas com a formação dos professores participantes ($p > 0,05$) como pode ser visto na Tabela 9.

Tabela 9. Fatores associados com o letramento em saúde: variáveis demográficas e de formação

	Escala de Letramento em Saúde			
	ELS TOTAL	Cuidados com a Saúde	Prevenção de Doenças	Promoção de Saúde
Sexo				
Masculino – M±DP	4.20±0.59	4.15±0.58	4.26±0.63	4.18±0.67
Feminino – M±DP	4.07±0.76	4.01±0.75	4.15±0.80	4.07±0.82
<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.345$	$p = 0.355$	$p = 0.498$	$p = 0.484$
Idade				
<i>Correlação de Pearson</i>	$R = -0.104^{NS}$	$R = -0.133^{NS}$	$R = -0.093^{NS}$	$R = -0.081^{NS}$
Tipo instituição graduação				
Pública – M±DP	4.12±0.65	4.08±0.64	4.18±0.68	4.11±0.71
Privada – M±DP	4.10±0.79	4.03±0.77	4.18±0.83	4.08±0.86
<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.838$	$p = 0.654$	$p = 0.983$	$p = 0.842$
Tempo após a graduação				
<i>Correlação de Pearson</i>	$R = 0.100^{NS}$	$R = 0.097^{NS}$	$R = 0.086^{NS}$	$R = 0.104^{NS}$
Fez curso de pós-graduação				
Não – M±DP	4.09±0.67	4.01±0.61	4.19±0.70	4.07±0.78
Sim – M±DP	4.09±0.75	4.03±0.74	4.16±0.79	4.08±0.80
<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.998$	$p = 0.915$	$p = 0.845$	$p = 0.934$
Curso de pós-graduação				
Especialização – M±DP	4.07±0.77	4.02±0.77	4.14±0.82	4.07±0.82
Mestrado/ Doutorado – M±DP	4.14±0.66	4.07±0.66	4.22±0.67	4.15±0.75
<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.649$	$p = 0.774$	$p = 0.649$	$p = 0.667$

R – Coeficiente de Correlação de Pearson: ^{NS} Não significativo ($p > 0.05$), * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

5.4.3 - Atividade docente

Também não foram encontradas associações estatisticamente significativas dos níveis de letramento em saúde com nenhuma das variáveis relacionadas com a atividade docente ($p > 0,05$) como pode ser visto na Tabela 10.

Tabela 10. Fatores associados com o letramento em saúde - atividade docente

	Escala de Letramento em Saúde			
	ELS TOTAL	Cuidados com a saúde	Prevenção de Doenças	Promoção de Saúde
Disciplina(s) que ministra				
PEB I – M±DP	4.01±0.76	3.96±0.75	4.09±0.80	3.98±0.84
PEB II – M±DP	4.21±0.69	4.13±0.68	4.27±0.73	4.22±0.73
<i>Teste T de Student</i>	<i>p</i> = 0.095	<i>p</i> = 0.141	<i>p</i> = 0.140	<i>p</i> = 0.079
Tempo atuação como professor				
<i>Correlação de Pearson</i>	R = 0.137 ^{NS}	R = 0.125 ^{NS}	R = 0.132 ^{NS}	R = 0.136 ^{NS}
Jornada de trabalho				
<i>Correlação de Pearson</i>	R = 0.120 ^{NS}	R = 0.111 ^{NS}	R = 0.110 ^{NS}	R = 0.123 ^{NS}
Nível de ensino que atua				
Ensino Infantil – M±DP	3.93±0.74	3.98±0.76	3.97±0.71	3.83±0.81
Ensino Fundamental – M±DP	4.07±0.77	4.01±0.74	4.15±0.81	4.05±0.84
Ambos – M±DP	4.29±0.49	4.18±0.59	4.34±0.53	4.35±0.51
<i>ANOVA</i>	<i>p</i> = 0.308	<i>p</i> = 0.541	<i>p</i> = 0.365	<i>p</i> = 0.145
Número de alunos por turma				
<i>Correlação de Pearson</i>	R = -0.027 ^{NS}	R = 0.008 ^{NS}	R = -0.052 ^{NS}	R = -0.032 ^{NS}

R – Coeficiente de Correlação de Pearson: ^{NS} Não significativo ($p > 0.05$), * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

5.4.4 - Ambiente escolar, satisfação como professor e percepção da saúde

A análise entre essas variáveis encontrou associações estatisticamente significativas do escore total e do domínio de promoção de saúde com a preparação para promover discussões sobre saúde na escola, com a percepção do estado de saúde atual, com a prática de exercícios físicos regulares e com a alimentação saudável. Como pode ser visto na Tabela 11, a preparação para promover discussões sobre saúde na escola está positivamente correlacionada com todos os domínios da escala de letramento em saúde. Mesmo sendo positivas elas são fracas, mostrando uma leve tendência de que melhores níveis de letramento em saúde, tanto na escala total quanto no domínio de promoção de saúde, nos professores que se sentem mais preparados para promoverem discussões sobre saúde na escola, nos mais saudáveis, nos que

praticam exercício físico com mais frequência e nos que se alimentam de maneira mais saudável.

Tabela 11. Fatores associados com o letramento em saúde - ambiente escolar, satisfação como professor e percepção da saúde

	Escala de Letramento em Saúde			
	ELS TOTAL	Cuidados com a Saúde	Prevenção de Doenças	Promoção de Saúde
Infraestrutura	R = -0.011 ^{NS}	R = -0.050 ^{NS}	R = 0.009 ^{NS}	R = -0.008 ^{NS}
Apoio do corpo administrativo	R = 0.116 ^{NS}	R = 0.094 ^{NS}	R = 0.098 ^{NS}	R = 0.099 ^{NS}
Liberdade para expressar ideias em reuniões da escola	R = 0.162 ^{NS}	R = 0.115 ^{NS}	R = 0.148 ^{NS}	R = 0.154 ^{NS}
Apoio dos colegas	R = 0.124 ^{NS}	R = 0.079 ^{NS}	R = 0.120 ^{NS}	R = 0.145 ^{NS}
Preparado(a) para promover discussões sobre saúde na escola	R = 0.191*	R = 0.183*	R = 0.171*	R = 0.199*
Satisfação como professor	R = -0.019 ^{NS}	R = -0.031 ^{NS}	R = -0.037 ^{NS}	R = 0.007 ^{NS}
Percepção do estado de saúde atual (física, emocional, social, espiritual)	R = 0.071	R = -0.004 ^{NS}	R = 0.033 ^{NS}	R = 0.165*
Pratica exercícios físicos regulares (entre 3 a 7 vezes por semana)	R = 0.165*	R = 0.138 ^{NS}	R = 0.125 ^{NS}	R = 0.213**
Como considera a sua alimentação diária	R = 0.170*	R = 0.098 ^{NS}	R = 0.149 ^{NS}	R = 0.218**

R – Coeficiente de Correlação de Spearman: ^{NS} Não significativo ($p > 0.05$), * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

5.5 - Bloco 5: Fatores associados com a autoeficácia para promoção de uma escola saudável

5.5.1 - Condições ambientais e letramento em saúde

Os resultados apresentados na Tabela 12. revelaram a existência de correlações positivas e estatisticamente significativas entre a autoeficácia para promover um escola saudável e as condições ambientais. Dessa forma, quanto melhores são as condições ambientais da escola onde os professores trabalham, melhores são os níveis de autoeficácia deles para promoverem uma escola saudável.

No caso da associação com o letramento em saúde, as correlações foram positivas, a maioria significativas, entretanto, foram fracas. Isso indica uma ligeira tendência de

associação entre melhores níveis de autoeficácia para a promoção de uma escola saudável e melhores níveis de letramento em saúde.

Tabela 12. Fatores associados com a autoeficácia para a promoção de uma escola saudável - condições ambientais e letramento em saúde

	Autoeficácia para a Promoção de Escola Saudável			
	EAEPS TOTAL	EEC	PEPA	OAM
Condições Ambientais				
Escore CA-1	R = 0.347**	R = 0.332**	R = 0.268**	R = 0.320**
Escore CA-2	R = 0.295**	R = 0.333**	R = 0.199*	R = 0.240**
ELS				
Cuidados com a Saúde	R = 0.220**	R = 0.132 ^{NS}	R = 0.270**	R = 0.180*
Prevenção de Doenças	R = 0.172*	R = 0.101 ^{NS}	R = 0.196*	R = 0.164*
Promoção de Saúde	R = 0.275**	R = 0.200*	R = 0.268**	R = 0.266**
ELS TOTAL	R = 0.231**	R = 0.151 ^{NS}	R = 0.253**	R = 0.212**

R – Coeficiente de Correlação de Pearson: ^{NS} Não significativo ($p > 0.05$), * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

5.5.2 - Características demográficas e formação

Das associações entre a autoeficácia e as variáveis demográficas e as relacionadas com a formação dos professores, apenas se registraram correlações estatisticamente significativas do escore total (EAEPS TOTAL) e do primeiro fator (EAEPS - EEC) com a idade e com o tempo de graduação, indicando que os professores mais velhos e os graduados há mais tempo têm níveis mais elevados de autoeficácia para promoção de uma escola saudável como pode ser visto na Tabela 13.

Tabela 13. Fatores associados com a autoeficácia para promoção de uma escola saudável - características demográficas e de formação

	Autoeficácia para a Promoção de Escola Saudável			
	EAEPS TOTAL	EEC	PEPA	OAM
Sexo				
Masculino – M±DP	3.69±0.51	3.16±0.78	4.01±0.51	3.87±0.61
Feminino – M±DP	3.74±0.69	3.27±0.86	3.98±0.72	3.96±0.74
<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.726$	$p = 0.525$	$p = 0.795$	$p = 0.538$
Idade				
<i>Correlação de Pearson</i>	R = 0.175*	R = 0.190*	R = 0.119 ^{NS}	R = 0.153 ^{NS}
Tipo instituição graduação				
Pública – M±DP	3.66±0.64	3.15±0.82	3.95±0.68	3.87±0.69
Privada – M±DP	3.81±0.68	3.34±0.86	4.05±0.70	4.03±0.75

<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.181$	$p = 0.171$	$p = 0.363$	$p = 0.199$
Tempo após a graduação				
<i>Correlação de Pearson</i>	R = 0.183*	R = 0.235**	R = 0.066 NS	R = 0.190*
Fez curso de pós-graduação				
Não – M±DP	3.63±0.55	3.12±0.79	3.88±0.58	3.89±0.53
Sim – M±DP	3.75±0.69	3.27±0.86	4.01±0.71	3.95±0.76
<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.395$	$p = 0.383$	$p = 0.382$	$p = 0.673$
Curso de pós-graduação				
Especialização – M±DP	3.79±0.72	3.33±0.87	4.04±0.74	4.00±0.79
Mestrado/ Doutorado – M±DP	3.58±0.57	3.08±0.84	3.87±0.59	3.78±0.62
<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.181$	$p = 0.200$	$p = 0.276$	$p = 0.213$

R – Coeficiente de Correlação de Pearson: NS Não significativo ($p > 0.05$), * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

5.5.3 - Atividade docente

Os resultados da Tabela 14 confirmam os dados apresentados na seção anterior (Tabela 14.): quanto maior é o tempo de atuação como professor, mais elevados são os níveis de autoeficácia para a promoção de uma escola saudável.

Por outro lado, não foram encontradas relações estatisticamente significativas da autoeficácia com nenhuma das outras variáveis relacionadas com a atividade docente como ser professor dos anos iniciais ou finais do Ensino Fundamental ou, número de alunos por turma.

Tabela 14. Fatores associados com a autoeficácia para a promoção de uma escola saudável - atividade docente.

	Autoeficácia para a Promoção de Escola Saudável			
	EAEPS TOTAL	EEC	PEPA	OAM
Disciplina(s) que ministra				
PEB I – M±DP	3.78±0.63	3.29±0.77	4.07±0.68	3.97±0.71
PEB II – M±DP	3.64±0.69	3.17±0.92	3.87±0.68	3.89±0.73
<i>Teste T de Student</i>	$p = 0.198$	$p = 0.419$	$p = 0.068$	$p = 0.500$
Tempo atuação como professor				
<i>Correlação de Pearson</i>	R = 0.229**	R = 0.302**	R = 0.114 NS	R = 0.181*
Jornada de trabalho				
<i>Correlação de Pearson</i>	R = 0.105 NS	R = 0.065 NS	R = 0.098 NS	R = 0.128 NS
Nível de ensino que atua				
Ensino Infantil – M±DP	3.55±0.50	3.06±0.58	3.75±0.73	3.85±0.49
Ensino Fundamental – M±DP	3.75±0.69	3.27±0.88	4.01±0.71	3.94±0.75

Ambos – M±DP	3.71±0.56	3.21±0.73	3.95±0.57	3.98±0.64
ANOVA	$p = 0.710$	$p = 0.769$	$p = 0.559$	$p = 0.909$
Número de alunos por turma				
Correlação de Pearson	R = -0.092 ^{NS}	R = -0.083 ^{NS}	R = -0.095 ^{NS}	R = -0.061 ^{NS}

R – Coeficiente de Correlação de Pearson: ^{NS} Não significativo ($p > 0.05$), * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

5.5.4 - Ambiente escolar, satisfação como professor e percepção da saúde

De uma forma geral, como mostra a Tabela 15, os níveis de autoeficácia para a promoção de uma escola saudável aumentam ou diminuem em seis dos nove itens desse bloco. Dessa forma, o apoio do corpo administrativo, a liberdade para expressar ideias em reuniões da escola, o apoio dos colegas, estar preparado para promover discussões sobre saúde na escola, estar satisfeito como professor e, o estado de saúde dos participantes tiveram correlações positivas com o escore total e com os seus domínios, sendo quase todas significativas.

Tabela 15. Fatores associados com a autoeficácia para a promoção de uma escola saudável - ambiente escolar, satisfação como professor e percepção da saúde

	Autoeficácia para a Promoção de Escola Saudável			
	EAEPS TOTAL	EEC	PEPA	OAM
Infraestrutura	R = 0.082 ^{NS}	R = 0.119 ^{NS}	R = 0.053 ^{NS}	R = 0.064 ^{NS}
Apoio do corpo administrativo	R = 0.247**	R = 0.267**	R = 0.172*	R = 0.213**
Liberdade para expressar ideias em reuniões da escola	R = 0.289**	R = 0.270**	R = 0.201*	R = 0.289**
Apoio dos colegas	R = 0.247**	R = 0.319**	R = 0.113 ^{NS}	R = 0.212**
Preparado(a) para promover discussões sobre saúde na escola	R = 0.354**	R = 0.361**	R = 0.274**	R = 0.311**
Satisfação como professor	R = 0.261**	R = 0.239**	R = 0.270**	R = 0.192*
Percepção do estado de saúde atual (física, emocional, social, espiritual)	R = 0.197*	R = 0.220**	R = 0.106 ^{NS}	R = 0.218**
Pratica exercícios físicos regulares (entre 3 a 7 vezes por semana)	R = 0.069 ^{NS}	R = 0.059 ^{NS}	R = 0.003 ^{NS}	R = 0.136 ^{NS}
Como considera a sua alimentação diária	R = 0.151 ^{NS}	R = 0.028 ^{NS}	R = 0.121 ^{NS}	R = 0.292**

R – Coeficiente de Correlação de Spearman: ^{NS} Não significativo ($p > 0.05$), * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$.

6 DISCUSSÃO

A discussão foi feita a partir da divisão dos três blocos principais de resultados, condições ambientais da escola, letramento em saúde dos professores e autoeficácia para promoção de escola saudável respectivamente. Além disso, o bloco do letramento em saúde do professor também contém as discussões relacionadas às associações entre essa variável e as condições ambientais, da mesma forma que no bloco de autoeficácia para promoção de escola saudável também são discutidas as relações entre ela, as condições ambientais e o letramento em saúde. Englobando as associações entre todas as três variáveis e procurando relacioná-las ao referencial teórico empregado assim como aos estudos presentes na literatura.

6.1 - Condições ambientais da escola

O presente estudo investigou as condições ambientais das escolas a partir da percepção dos professores que atuam nelas, considerando que eles atuam diretamente dentro e fora da sala de aula, participam da elaboração e execução dos projetos e, têm contato direto com alunos, gestão e demais funcionários da escola (LEGER, 2000).

No que diz respeito às características do ambiente escolar pode-se ressaltar da Tabela 2 os dados que mostram que mais de 60% dos professores relatam apoio do corpo administrativo e dos colegas, assim como a liberdade para expressar suas ideias. Mesmo que uma parcela dos participantes deste estudo afirme não receber esse apoio, mais da metade provavelmente trabalha em escolas com relações interpessoais mais adequadas. Além desse ser um fator importante para a abordagem da escola promotora da saúde (OPAS, 2001) é também um fator estressante a menos para os professores dentre os indicados por Assunção e Oliveira (2009), o que pode tornar seu trabalho mais prazeroso.

Ainda na Tabela 2, 65% dos professores considera adequada ou totalmente adequada a infraestrutura (espaço, material, equipamentos, etc) das escolas onde trabalham, indicando

que elas têm se importado em fornecer um ambiente saudável como pede uma das seis características chave das EpS (OMS, 1996). Entretanto, nesse mesmo conjunto de dados encontrou-se que apenas 27,4% dos professores se consideram muito ou totalmente preparados para discutir sobre saúde na escola junto aos alunos e/ou colegas de trabalho, o que corrobora com Costa et al. (2013). Nesse ponto, entende-se que apesar de importante, o ambiente adequado por si só não é suficiente para fazer com que os professores se sintam preparados para promover saúde, faz-se necessário considerar outros fatores do indivíduo e do seu comportamento como indica o princípio da reciprocidade triádica proposto por Bandura (1986).

É importante perceber que na Tabela 3, 60% dos professores participantes se percebem como muito saudáveis ou totalmente saudáveis. Porém, aproximadamente 30% apenas afirmaram praticar atividade física regularmente e ter alimentação muito saudável, indicando que os professores ainda podem aprimorar sua saúde no quesito físico principalmente, o que poderá refletir diretamente na saúde dos alunos como Brunette (2017) indica.

A Tabela 4 traz diversos dados a serem discutidos. O fato de mais de 80% dos professores reconhecer que o projeto político pedagógico da escola incentiva o respeito mútuo e habilidade socioemocionais como empatia e prossociabilidade pode se relacionar com os dados de que mais de 60% dos professores relatam apoio do corpo administrativo e dos colegas, assim como a liberdade para expressar suas ideias (Tabela 2). Mesmo não podendo afirmar com certeza, percebe-se que, pelo menos no cenário desta investigação, algumas escolas têm dado importância para as habilidades socioemocionais tanto na teoria quanto na prática, talvez influenciadas pelas diretrizes da BNCC (BRASIL, 2017).

Ao se considerar a parceria de profissionais da área da saúde com a escola como uma das seis características chave das EpS (OMS, 1996), o dado do presente estudo de que 71,8%

dos professores afirmaram não haver contato regular com médicos e 63,1% com psicólogos, indica um desafio que as escolas participantes neste contexto podem estar enfrentando, principalmente porque se trata de uma questão política do estado ou município dependendo da escola.

Um último ponto para ser discutido ainda na Tabela 4 recai sobre o fato de quase 50% dos professores afirmarem que não sabem se há projetos ligados à saúde no bairro onde a escola se encontra. Uma possível razão para esse dado é o fato de que muitos dos professores participantes trabalham em mais de uma escola na cidade para complementarem sua renda. Dessa forma, o excesso de trabalho dentro e fora da sala de aula pelas jornadas duplas e a insegurança financeira são fatores estressantes do ambiente desses profissionais (ASSUNÇÃO; OLIVEIRA, 2009) que dificultam o relacionamento com a comunidade ao redor da escola. Uma consequência para isso é o enfraquecimento de um dos pilares da abordagem da EpS, impossibilitando tanto as escolas como os pais e membros da comunidade de se beneficiarem dos impactos positivos que a abordagem da EpS pode trazer (OMS, 2000).

No que diz respeito ao segundo bloco do instrumento de condições ambientais, contido na Tabela 5, o primeiro ponto a ser ressaltado é que menos da metade dos professores afirmaram que a segurança dos espaços da escola (37,4%) e da comunidade ao redor dela (22,9%) é adequada. Isso indica que ainda há fatores a serem melhorados a respeito desta questão no contexto investigado, tendo em vista que a Organização Mundial da Saúde traz que toda a escola deve prover um ambiente seguro de aprendizagem e de trabalho para os alunos e funcionários da escola respectivamente, protegendo de discriminação, ameaças, abuso e violência e, proibindo o uso de drogas ilícitas além de álcool e tabaco (OMS, 1995).

Outro ponto a ser discutido recai sobre o fato de que 71,6% dos professores consideram adequados os locais destinados à alimentação enquanto apenas 29,7% afirmam

que os produtos vendidos na cantina são adequados. Esse dado traz uma incoerência, principalmente quando comparada ao que aponta a OMS (1995), onde a escola precisa ter o poder de não apenas ensinar os comportamentos saudáveis, mas também proporcionar o suporte necessário para eles. Dessa forma, uma escola que ensina sobre alimentação saudável, tem um local adequado para as refeições mas, que não serve alimentos nutritivos e saudáveis precisa rever os conceitos e buscar apoiar a criação e manutenção de hábitos saudáveis como no caso dos alimentares.

As associações entre as condições ambientais e as demais variáveis do presente estudo, letramento em saúde e autoeficácia para promoção de escola saudável serão discutidas respectivamente nas próximas subseções.

6.2 - Letramento em saúde dos professores

Nesta subseção serão discutidos os resultados relacionados ao letramento em saúde dos professores, variável importante para a abordagem da EpS pois trabalha com conhecimento, motivação e competência das pessoas para tomar boas decisões para prevenção, manutenção e promoção de saúde (OMS, 2013). Além disso, serão discutidas as associações do letramento em saúde com as condições ambientais.

Quanto ao nível de letramento em saúde dos professores, comparando os resultados deste estudo com os que foram apresentados por Denuwara e Gunawardena (2017), os quais também se utilizaram do mesmo instrumento de letramento em saúde com 520 professores do Sri Lanka, pode-se perceber que ambos estudos apresentaram meios diferentes de identificar os níveis de letramento. Adaptando-se as médias deste trabalho, apresentadas na Tabela 6, para a medida de porcentagem que é empregada em Denuwara e Gunawardena (2017), percebe-se que os resultados são semelhantes, haja vista que a maioria dos participantes em

ambos estudos obtiveram níveis de letramento em saúde adequado/suficiente, ou seja, entre 66% e 84%.

Entretanto, diferentemente deste trabalho e de Denuwara e Gunawardena (2017), Yilmazel e Cetinkaya (2015) encontraram que a maioria dos professores apresentaram nível de letramento em saúde muito limitado (44%) enquanto apenas uma pequena parcela deles apresentaram nível adequado (26,2%). Neste caso, vale ressaltar que foi usado um instrumento diferente para mensurar o letramento em saúde dos professores, “Novo Sinal Vital”, o qual apesar de ter uma boa consistência interna ($\text{Alpha de Cronbach} = 0,70$) é bastante distinto da Escala de Letramento em Saúde utilizada no presente trabalho. Continha apenas 6 itens perguntando sobre o conhecimento relacionado ao conteúdo nutricional da embalagem de um alimento.

Outro fator que podemos considerar sobre o nível de letramento em saúde dos professores é a diferença entre os níveis no fator de prevenção de doenças dentro da escala total. Denuwara e Gunawardena (2017) trazem que os professores apresentaram o menor nível de letramento em saúde no fator de prevenção da saúde, sendo 47,8% dentre aqueles que tiveram nível adequado de letramento em saúde geral. Já no presente estudo, o nível dos professores no fator de prevenção de saúde foi o mais alto, até mesmo quando comparado ao nível total de letramento em saúde, 83,4%. Uma possível explicação para essa divergência é o fato de que o histórico da saúde na educação brasileira teve início e permaneceu por muitos anos pautada na prevenção de doenças (SOUZA; JACOBINA, 2009).

A Tabela 9 mostra que não houve associação estatisticamente significativa dos níveis de letramento em saúde com nenhuma das variáveis como idade, sexo, tempo de formação e grau de educação. Entretanto, há estudos como Ishikawa e Kiuchi (2019) e Yilmazel e Cetinkaya (2015) que mostraram resultados divergentes em quesitos como grau de educação e

idade, por exemplo. Ademais, a não associação significativa dessas variáveis no presente estudo pode indicar a falta da discussão desse tema dentro dos cursos de formação inicial e também de pós-graduação, o que poderia ser uma boa estratégia para trabalhar direta e indiretamente com a saúde tanto dos professores quanto dos alunos (ISHIKAWA; KIUCHI, 2019).

Ishikawa e Kiuchi (2019) trouxeram em seu estudo que pessoas com níveis elevados de educação tendem a ter um nível de letramento em saúde mais elevado, comunicando com mais facilidade conhecimentos sobre saúde para os membros de sua família e, compartilhando com estas habilidades que podem melhorar comportamentos de saúde. Os resultados desses autores sugerem que para resolver problemas relacionados ao nível de letramento em saúde limitado de alguns participantes, deveriam ser feitas intervenções que possam focar tanto nos indivíduos quanto nas pessoas que fornecem apoio a eles, como pais, parentes e amigos. Dessa forma, pode-se considerar que conhecer o letramento em saúde dos professores é importante, pois eles que irão prover a informação relacionada à saúde para os alunos (PETERSON; COOPER; LAIRD, 2001).

Os programas e políticas de formação continuada representam caminhos interessantes para se trabalhar o conhecimento e habilidades referentes à saúde, principalmente dos professores, tratando-se de uma oportunidade para o treinamento que é proposto pelo OMS (2000). Considerando os dados de Ishikawa e Kiuchi (2019) e que os professores participantes tiveram o menor nível de autoeficácia para promoção de escola saudável no domínio “Envolvimento da Escola e Comunidade”, faz-se o seguinte questionamento, será que se os pais dos alunos e comunidade em geral tivessem maior letramento em saúde e entendessem que a escola é um ambiente bastante propício para a promoção de saúde, eles estariam mais abertos e trabalhariam juntamente com a escola por esse objetivo?

6.3 - Autoeficácia para a promoção de escola saudável

Os níveis de autoeficácia para promoção de escola saudável encontraram-se entre moderado e alto como pode ser visto na Tabela 7. Pode-se relacionar esses níveis com a autoeficácia docente, indicando a utilização de diferentes estratégias para para ensinar (OZDER, 2011), promoção de ensino contextualizado com a realidade discente (ONOFRE; CARREIRO DA COSTA; GARCIA, 2001) e, maior persistência diante dos desafios (MULHOLLAND; WALLACE, 2001; HONG, 2012). Próximos estudos podem investigar se essas variáveis se aplicam também para o contexto do ensino e promoção de saúde nas escolas.

Na Tabela 12, encontrou-se que quanto melhores as condições ambientais onde os professores trabalham, melhores são os níveis de autoeficácia. Wood e Oliver (2008) encontraram na coleta pré-intervenção que os problemas da comunidade impactaram severamente as situações na sala de aula, reduzindo a percepção de autoeficácia relacionada a fazer a diferença nas esferas relacionadas à saúde dos alunos e pais. Salva as devidas proporções, o problema de pobreza descrito nesse trabalho que foi realizado na África do Sul também está presente em muitas das escolas brasileiras. Esse é um dos exemplos onde as políticas públicas se fazem necessárias, visando proporcionar oportunidades para que até os mais carentes possam ter acesso à promoção de saúde de qualidade dentro e fora das escolas (OMS, 1996).

No que diz respeito à associação entre a autoeficácia e o letramento em saúde, o presente estudo encontrou a leve tendência de que professores com maiores níveis de letramento em saúde também possuíam maiores níveis de autoeficácia para promoção de escola saudável como pode ser visto na Tabela 12. Barsell et al. (2018) também encontraram resultados parecidos, onde o letramento em saúde e a autoeficácia estavam relacionados,

porém, com universitários e não professores, o que pode indicar um padrão que pode ser investigado mais à fundo futuramente em diferentes grupos etários.

Os dados referentes à Tabela 15, os quais trazem que professores com maiores níveis de autoeficácia possuem maior percepção de saúde, maior satisfação como professor, maior liberdade para expressar suas ideias em reuniões e também, afirmam estarem mais preparados para promover discussões sobre saúde na escola, podem ser relacionados com Wood e Oliver (2008). Mesmo tendo uma abordagem qualitativa, Wood e Oliver (2008) encontraram que após a intervenção houve um aumento da autoeficácia percebida dos professores e isso refletiu no aumento das habilidades de vida, de autoconfiança e de emoções positivas e motivantes. De maneira geral eles também experimentaram um aumento no locus de controle, na habilidade de lidar com os alunos e pais e, na capacidade de intervir nas situações problemáticas.

Barsell et al. (2018) também relacionam a autoeficácia com a manutenção do bem estar e da saúde, relatando que o grupo mais autoeficaz utilizava-se menos do uso de medicamentos contra asma e se sentiam mais saudáveis, corroborando com os achados do presente trabalho. Na Tabela 15 pode ser vista uma correlação entre autoeficácia e a percepção do estado de saúde dos professores, sendo que aqueles com maiores níveis de autoeficácia apresentavam também maior percepção de saúde. Considerando essas associações e que, os professores que cultivam interesse pela sua própria saúde têm a tendência de se interessar pela saúde dos alunos e serem mais efetivos como promotores de saúde (BRUNETTE, 2017) e, a escassez de estudos nessa área no cenário nacional, percebe-se a importância de se trabalhar com a autoeficácia e comportamentos saudáveis dos professores, além de aumentar a chance deles se tornarem modelos para a comunidade escolar.

Em síntese, o presente estudo encontrou condições ambientais adequadas baseando-se no que é proposto pela abordagem da EpS, altos níveis de letramento em saúde e níveis moderado a elevado de autoeficácia para promoção de saúde na escola. Além disso, encontrou-se uma ligeira tendência de associação entre maiores níveis de autoeficácia com maiores níveis de letramento em saúde e, de maiores níveis de letramento em saúde com maior percepção de saúde docente e preparação para discutir sobre saúde na escola. Por fim, quanto melhores as condições ambientais escolares melhores são os níveis de autoeficácia. Dessa forma, pode-se afirmar que os objetivos do presente trabalho foram alcançados.

Parece ser evidente que a percepção de autoeficácia e letramento em saúde estão associadas com o contexto da EpS. Pensar nisso é importante pois pode refletir na saúde dos alunos, ajudar nos processos formativos dos professores, tanto na formação inicial para preparar com as demandas, e em específico com contextos de saúde.

No que tange formação continuada, esses achados podem ajuda a identificar o que é necessário para que os professores consigam enxergar as facilidades em maior escala do que impedimentos para promover saúde em seu ambiente de trabalho.

Além disso, há também as questões políticas e de gestões educacionais, para que se possa olhar nesses aspectos de promoção de saúde voltada para a perspectiva de escola uma mais justa, igualitária e de formação humana integral, levando em conta o conhecimento e bem estar físico, mental e social.

O presente estudo não teve a pretensão de encontrar soluções para os problemas de saúde que estão nas escolas, entretanto, ele aponta direções que podem ser seguidas para futuros estudos com a intenção de aprimorar a literatura nessa área e também auxiliar na realidade escolar.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo teve por objetivo descrever e analisar as relações entre: a autoeficácia dos professores para promover escola saudável, o letramento em saúde dos professores e, as condições ambientais. Para tanto, delimitou-se como objetivos específicos: mensurar os níveis de autoeficácia do professor para promover escola saudável, investigar o nível de letramento em saúde dos professores, identificar as condições ambientais das escolas e, descrever e analisar as relações entre as essas três variáveis. Considera-se que de maneira geral o estudo atendeu a todos os objetivos estabelecidos.

Há a necessidade de considerar que parte desta pesquisa foi realizada por meio da autoeficácia, um construto da Teoria Social Cognitiva, e que dessa forma seus resultados devem ser considerados a partir dessa lente. A respeito da autoeficácia de professores para promover escola saudável, encontrou-se que os professores participantes possuem níveis de moderado a alto de autoeficácia nesse domínio, o que é um bom indicio de que poderão promover mais espaços de saúde na escola, desenvolver métodos criativos e eficientes para atingir esse objetivo e, se sentirão mais confiantes para envolver os pais. Contudo, bons níveis de autoeficácia não é o único fator que garante o professor como um bom promotor da saúde na escola, sendo necessários mais estudos sobre essa variável no contexto da EpS.

Entende-se que o presente trabalho traz contribuições à literatura tanto no quesito de métodos quanto no de resultados. Considerando que o trabalho abrange três variáveis importantes para o cenário escolar, ambiente escolar, letramento em saúde e autoeficácia de professores para promover escola saudável, foi possibilitado realizar um mapeamento sobre o tema de promoção de saúde no cenário das escolas que aceitaram participar. Tais informações podem apontar direções de como estruturar processos de formação continuada de professores,

especialmente voltada para promoção de saúde. Esse tópico é uma das cinco tarefas presentes no plano de ação proposto pela OMS (2000), descrito como “[...] treinamento e auxílio técnico.”

No que se refere ao método, utilizou-se instrumentos de coleta de dados que apresentaram ótimos níveis de confiabilidade, sendo um deles traduzido para a língua portuguesa (SORENSEN et al., 2013) e os outros dois construídos para os propósitos deste trabalho, os quais poderão ainda ser utilizados por outros pesquisadores futuramente. Cabe ressaltar aqui que os autores estão em processo para realizar a validação da “Escala de autoeficácia para promover escola saudável”.

Além das contribuições também encontrou-se limitações ao se considerar que a coleta de dados foi realizada em apenas algumas escolas e com professores de um município do interior de São Paulo, não podendo então generalizar os resultados para demais cenários. Além disso, não foi utilizado nenhum método de pesquisa qualitativa, o que restringe nesse sentido a obtenção de dados mais subjetivos e que poderiam revelar mais detalhes sobre a realidade de cada escola. Dessa forma, seria interessante que futuras investigações pudessem ser realizadas em mais regiões, aumentando a sua representatividade e, incluir métodos de análise qualitativa a fim de se obter detalhes que poderiam revelar outros pontos importantes para embasar estudos futuros e até mesmo processos de intervenção como cursos de formação continuada para professores.

A partir dos achados no presente trabalho encontrou-se algumas questões que poderão ser melhor investigadas em estudos futuros. Uma delas recai sobre a formação inicial e continuada de professores, independente de sua disciplina. Dessa forma, é importante se pensar como os professores têm sido formado nas instituições de ensino superior. Sabe-se que essa ideia de incluir a promoção de saúde de uma maneira mais abrangente dentro da escola é

recente, principalmente aqui no Brasil. Entretanto, é necessário começar a dar os primeiros passos em direção ao objetivo de proporcionar a abordagem da Escola Promotora da Saúde para todas as escolas.

Um possível caminho é iniciar com o professor de educação física, uma vez que sua disciplina escolar trabalha diretamente com o corpo e saúde dos alunos. É importante ressaltar que na abordagem da Escola Promotora da Saúde, a promoção de saúde é desenvolvida por todos e incluída de maneira integral nos eventos, projetos e demais atividades, entretanto, o professor de educação física pode atuar como irradiador no sentido de incentivar os demais a trabalharem juntos para esse objetivo maior de promoção da saúde, exercendo a princípio o papel de elaboração, execução e avaliação de programas interdisciplinares dentro da escola.

Cabe também questionamentos a respeito de como os cursos de Educação Física têm abordado a saúde na formação dos futuros profissionais. Em que medida os currículos abordam o tema e de que forma promovem a reflexão sobre a relevância da temática junto aos futuros professores de maneira a desenvolver as habilidades e capacidades nesse sentido? Futuros estudos podem explorar essa área voltada para a formação do professor de Educação Física atuando como mediador no contexto escolar.

Outro aspecto a se considerar é a relevância de se tratar a saúde de maneira mais integral e para todos dentro e fora da escola, considerando fatores que influenciam diretamente como as condições ambientais, o letramento em saúde dos professores e a autoeficácia deles para promover escola saudável. Trata-se de um tópico complexo que envolve diversos fatores que, quando discutidos de maneira integrada com outros fatores e com o apoio da comunidade escolar, aumentam as chances de se obter sucesso na implementação da abordagem das escolas promotoras da saúde no contexto educacional.

REFERÊNCIAS

- ALVES, J. G. B. et al. Prática de esportes durante a adolescência e atividade física de lazer na vida adulta. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 11, n. 5, p. 291-294. 2005.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA PARA O ESTUDO DA OBESIDADE E DA SÍNDROME METABÓLICA. **Diretrizes brasileiras de obesidade 2016** / ABESO - Associação Brasileira para o Estudo da Obesidade e da Síndrome Metabólica. – 4.ed. - São Paulo, SP. 2016.
- ASSUNÇÃO, A. A.; OLIVEIRA, D. A. Intensificação do trabalho e saúde dos professores. **Educação e Sociedade**, v.30, n.107, p.349-372. 2009.
- AVEYARD, P.; MARKHAM, W. A.; CHENG, K. K. A methodological and substantive review of the evidence that schools cause pupils to smoke. **Social Science and Medicine**, v.58, p.2253-2265. 2004.
- BAHIA, L.R.; ARAÚJO, D.V. Impacto econômico da obesidade no Brasil. **Revista HUPE**, v.13, n.1, p.13-17, 2014.
- BANDURA, A. A teoria social cognitiva na perspectiva da agência. In: BANDURA, A.; AZZI, R. G.; POLYDORO, S. **Teoria social cognitiva: conceitos básicos**. Tradução de Ronaldo Cataldo Costa. Porto Alegre: Artmed, 2008. p. 69-96.
- _____. Exercise of personal and collective efficacy in changing societies. In: BANDURA, A. (Ed.). **Self-efficacy in changing societies**. Cambridge: Cambridge University Press, 1995. p. 1-45.
- _____. Guide for creating self-efficacy scales. In: PAJARES, F.; URDAN, T. (Ed.) **Self-efficacy beliefs of adolescents**. IAP- Information age publishing: Greenwich, Connecticut. p. 307-337. 2006.
- _____. Health promotion by social cognitive means. **Health Education & Behavior**, v.31, n.2, p.143-164. 2004.
- _____. **Self-efficacy: The exercise of control**. New York: Freeman, 1997.
- _____. **Social foundations of thought and action: A social cognitive theory**. Englewood Clis, NJ: Prentice-Hall, 1986.
- BARSELL, D. J. et al. Examining health behaviors, health literacy, and self-efficacy in college students with chronic conditions. **American Journal of Health Education**, v.49, n.4, p.305-311. 2018.

- BOHMAN, B. et al. Validity and reliability of a parental self-efficacy instrument in the healthy school start prevention trial of childhood obesity. **Health Education & Behavior**, v.41 n.4 p.392–396. 2014.
- BONELL, C. et al. The effects on student health of interventions modifying the school environment: systematic review. **Journal of Epidemiology and Community Health**, v.67, p.677-681. 2013.
- BRASIL. Departamento de atenção básica. Saúde na escola. **Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde** - Brasília: Ministério da Saúde, 96p. 2009.
- _____. Lei n. 5.692, de 11 de agosto de 1971. **Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2º graus, e dá outras providências**. Brasília, DF, ago. 1971.
- _____. Ministério da Educação. **Base Nacional Comum Curricular**. Terceira Versão. Brasília: Secretaria da Educação Básica, 2017.
- _____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2002.
- _____. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras da saúde: experiências do Brasil**. Ministério da saúde, Organização Pan-Americana da Saúde - Brasília: Ministério da Saúde, 2007.
- BRUNETTE, C. Feeling healthy: how teacher personal health beliefs influence roles for promoting student health. **International Journal of Health Promotion and Education**, v.55, n.5-6, p.243-258. 2017.
- BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.5, n.1. p.163-177. 2000.
- CAMPBELL, K. et al. Maternal self-efficacy regarding children's eating and sedentary behaviours in the early years: associations with children's food intake and sedentary behaviours. **International Journal of Pediatric Obesity**, v.5, p.501-508. 2010.
- CARDOSO, V.; REIS, A. P.; IERVOLINO, S. A. Health promoting schools. **Rev. Bras. Crescimento Desenv. Hum**, v.18 n.2, p.107–115. 2008.
- CHA, E. et al. Health literacy, self-efficacy, food label use, and diet in young adults. **American Journal of Health Behavior**, v.38, n.3, p.331-339. 2014.
- COLEMAN, P. K.; KARRAKER, K. H. Self-efficacy and parenting quality: findings and

future applications. **Developmental Review**, v.18, p.47-85. 1997.

COSTA FILHO, R. A.; IAOCHITE, R. T. Formação inicial de professores e crenças de autoeficácia para ensinar educação física na escola. In: IAOCHITE, R. T. (org.); AZZI, R. G. (org). **Autoeficácia em contextos de saúde, educação e política**. Porto Alegre: Letra 1, 2017. (Coleção TSC em Debate;1) 142 p.

COSTA, G. M. C. et al. Promoção de saúde nas escolas na perspectiva de professores do ensino fundamental. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 15, n.2, p. 506-515, 2013

DE LEPELEERE, S. et al. The effect of an online video intervention ‘Movie Models’ on specific parenting practices and parental self-efficacy related to children’s physical activity, screen-time and healthy diet: a quasi experimental study. **BioMed Central Public Health**, v.17, n.336, p. 1-15. 2017.

DENMAN, S. et al. **The health promoting school in action: policy, research and practice**. Londres e Nova York: Routledge/Falmer - Taylor & Francis Group. 2004.

DENUWARA, H. M. B. H., GUNAWARDENA, N. S. Level of health literacy and factors associated with it among school teachers in an education zone in Colombo, Sri Lanka. **BMC Public Health**, v.17, n.631, p. 1-10. 2017.

DERSCHEID, L. E. et al. Teachers' self-efficacy and knowledge of health nutrition and physical activity practices for preschoolers: instrument development and validation. **Journal of Research in Childhood Education**, v.28, n.2, p.261-276. 2014.

DOMINICK, G. M. et al. Health literacy predicts change in physical activity self-efficacy among sedentary latinas. **Journal of Immigrant Minority Health**, v. 15, p. 533, 539. 2013.

EVANS-WHIPPI, T. et al. A review of school drug policies and their impact on youth substance use. **Health Promotion International**, v.19, n.2, p.227-234. 2004.

FAROKHZADIAN, J.; SABZI, A.; SHAHRBABAKI, P. M. Improving the self-efficacy of teachers in schools: results of health promotion program. **International Journal of Adolescent Medicine and Health**, 2018.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Revista Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, 2010.

FISHER, K.; KRIDLI, S. A. The hole of motivation and self-efficacy on the practice of health promotion behaviours in the overweight and obese middle-aged American women. **International Journal of Nursing Practice**, 2013. DOI:10.1111/ijn.12155

- FONG, H. et al. Association between health literacy and parental self-efficacy among parents of newborn children. **The Journal of Pediatrics**, v. 202, p.265-274. 2018.
- FRY-BOWERS, E. K. et al. The association of health literacy, social support, self-efficacy and interpersonal interactions with health care providers in low-income latina mothers. **Journal of Pediatric Nursing**, v.29, p.309-320. 2014.
- GASPARINI, S. M.; BARRETO, S. M.; ASSUNÇÃO, A. D. O professor, as condições de trabalho e os efeitos sobre sua saúde. **Educação e Pesquisa**, v.31, n.2, p.189-199. 2005.
- GIL, A. C. **Como elaborar projetos de pesquisa**. Atlas - São Paulo. 2002.
- GROSS, M. **Mapeamento de estudos brasileiros sobre hábitos saudáveis na escola: um recorte dos estudos sobre atividade física e hábitos alimentares**. 2015. 47 f. Trabalho de Conclusão de Curso (Graduação)-Universidade Estadual Paulista. Rio Claro. 2009.
- GUEDES, D. P.; GRONDIN, L. M. V. Percepção de hábitos saudáveis por adolescentes: associação com indicadores alimentares, prática de atividade física e controle de peso corporal. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, v. 24, n. 1, p. 23–45, 2002.
- HALLAL, P.C. et al. Prática de atividade física em adolescentes brasileiros. **Ciência e Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.3035-3042. 2010.
- HILL, J. et al. Promoting healthy lifestyle behaviour through the Life-Orientation curriculum : Teachers ' perceptions of the HealthKick intervention. **South African Journal of Education**, v. 35, n. 1, p. 1–9, 2015.
- HONG, J. Y. Why do some beginning teachers leave the school, and others stay? Understanding teacher resilience through psychological lenses. **Teachers and teaching: theory and practice**. v. 18, n. 4, p. 417-440, ago. 2012.
- IAOCHITE, R. T. Auto-eficácia de docentes de educação física. 2007. 175f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas. 2007.
- IAOCHITE, R. T. et al. Autoeficácia docente, satisfação e disposição para continuar na docência por professores de educação física. **Revista Brasileira de Ciências do Esporte**, Florianópolis, v. 33, n. 4, p. 825-839, out./dez. 2011.
- IERVOLINO, S. A. **Escola Promotora da Saúde** - um projeto de qualidade de vida. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo – São Paulo. 2000.
- ILHA, P. V. et al. Intervenções no ambiente escolar utilizando a promoção de saúde como ferramenta para a melhoria do ensino. **Revista Ensaio**, v.16, n.3, p.35–53. 2014.

- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). **Pesquisa nacional de saúde** – Percepção do estado de saúde, estilos de vida e doenças crônicas, 2013.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**: 2015. Rio de Janeiro: IBGE, 2016.
- INSTITUTO DE PESQUISA ECONÔMICA APLICADA. **ODS - metas nacionais dos objetivos de desenvolvimento sustentável**. Governo Federal, Ministério do Planejamento, Desenvolvimento e Gestão. 2018.
- IPPOLITO-SHEPHERD, J. **Escolas Promotoras de Saúde** - Fortalecimento da iniciativa regional, estratégias e linhas de ação 2003-2012. Washington, DC: OPAS. 2006.
- ISHIKAWA, H.; KIUCHI, T. Association of health literacy levels between family members. **Frontiers in Public Health**, v.7, p.1-7. 2019.
- JORM, A. F. et al. Mental health first aid training for high school teachers: a cluster randomized trial. **BMC Psychiatry**, v.10, n.50, p. 1-12. 2010.
- KHODABANDEH, M.; MALEKI AVARASIN, S.; NIKNIAZ, L. The relationship between health literacy, perceived self-efficacy and self-care performance of female senior high school students in health promoting schools of miyaneh, 2016-2017. **Journal of Health Literacy**. v.2 n.3 p.164-176. 2017.
- KLASSEN, R.M. et al. Teacher efficacy research 1998–2009: signs of progress or unfulfilled promise? **Educational Psychology Review**, 23(1), 21-43. 2010.
- LEGER, L. S. Reducing the barriers to the expansion of health-promoting schools by focusing on teachers. **Health Education**, v. 100 n. 2, p.81-87. 2000.
- LEGER, L. S. Schools, health literacy and public health: possibilities and challenges. **Health Promotion International**, v.16, n.2, p.197-205. 2001.
- MORÔCO, J. **Análise estatística com o SPSS statistics** - 5ª edição. Editora Report Number, Pêro Pinheiro, Portugal, 2011.
- MOYNIHAN, S. et al. Teacher competencies in health education: results of a Delphi study. **PLOS ONE**, v.10, n.12, p.1-17. 2015.
- MULHOLLAND, J.; WALLACE, J. Teacher induction and elementary science teaching: enhancing self-efficacy. **Teaching and Teacher Education**. 17, p. 243-261, 2001.
- NASH, R. et al. HealthLit4Kids study protocol; crossing boundaries for positive health literacy outcomes. **BMC Public Health**, v.18, n. 690, p.1-13. 2018.

NUTBEAM, D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. **Health Promotion International**, v.15, n.3, p.259-267. 2000.

NUTBEAM, D. Health promotion glossary. **Health Promotion International**, v.13, n.4, p. 349-364. 1998.

OLIVEIRA, T. C. et al. Atividade física e sedentarismo em escolares da rede pública e privada de ensino em São Luís. **Revista de Saúde Pública**, v. 44, n. 6, p. 996-1004, 2010.

OMS. **Carta de Ottawa**. Primeira conferência internacional sobre promoção de saúde. 1986. Disponível em: bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/carta_ottawa.pdf. Acesso em: 08 dez. 2019.

OMS. **Health Literacy**: solid facts. Regional office for Europe. p. 73. 2013.

OMS. **Promoting health through schools**. The world health organization's global school health initiative. Geneva: World Health Organization. 1995

OMS. **Local action**: creating health promoting schools. The world health organization's information series on school health. 2000.

OMS a. **Draft Shanghai declaration on health promotion in the 2030 agenda for sustainable development**: ensuring sustainable health and well-being for all. Health World Organization Discussion Paper. Shanghai, 2016.

OMS. **Global school health initiative**. Geneva, p. 16. 1996.

OMS. **Relatório da conferência internacional sobre cuidados primários com a saúde**; 1978; Alma-Ata (URSS). Brasília: Unicef. 1979.

OMS. **Relatório Mundial da Saúde**: saúde mental: nova concepção, nova esperança. Ministério da Saúde, Direção-Geral da saúde. p.207. 2002.

OMS b. **Shanghai declaration on promoting health in the 2030 agenda for Sustainable development**. 9th Global Conference on Health Promotion, Shanghai, 21-24 november, 2016.

ONOFRE, M.; CARREIRO DA COSTA; F.; GARCIA, C. M. Practical knowledge, self-efficacy and quality of teaching: a multicase study in PE teachers. **Paper presented at AIESEP International Congress**, Madeira, 2001.

OPAS. **Por una juventud sin tabaco**: adquisición de habilidades para una vida saludable. Publicación Científica y Técnica no. 579. Oficina Sanitaria Panamericana. Oficina Regional de la OMS, 2001.

OPAS. **La salud en las Américas**. Volumen I. Publicación Científica y Técnica No. 587. Washington, DC: OPAS/OMS. 2002.

OZDER, H. Self-efficacy beliefs of novice teachers and their performance in the classroom. **Australian Journal of Teacher Education**, v. 36, n. 5, 2011.

PARK, A. et al. Associations between health literacy and health behaviors among urban high school students. **Journal of School Health**, v.87, n.12. p.885-893. 2017.

PERRA, O. et al. School-related predictors of smoking, drinking and drug use: evidence from the belfast youth development study. **Journal of Adolescence**, v.35, p.315-324. 2012.

PETERSON, F. L.; COOPER. R. J.; LAIRD, J. M. Enhancing teacher health literacy in school health promotion: a vision for the new millennium. **Journal of School Health**, v.71, n.4, p. 138-144. 2001.

RAN, M., et al. The association between quality of life (QOL) and health literacy among junior middle school students: a cross-sectional study. **BMC Public Health**, v.18, n. 1183, p. 1-10. 2018.

RIDGERS, N. D. et al. Long-term effects of a playground markings and physical structures on children's recess physical activity levels. **Preventive Medicine**, v.44, p.393-397. 2007.

SANTOS, L.R.; TONIOSSO, J. P. A importância da relação escola-família. **Cadernos de Educação: Ensino e Sociedade**, v.1, n.1, p.122-134. 2014.

SHIRZAD, M. et al. Oral health education program among pre-school children: an application of health-promoting schools approach. **Health Promotion Perspective**, v.6, n.3, p. 164-170. 2016.

SILVA, A. J.; IAOCHITE, R. T.; AZZI, R. G. Crenças de autoeficácia de licenciandos em educação física. *Motriz*, Rio Claro, v.16, n.4, p. 942-949, out./dez. 2010.

SILVA, M. R. I. et al. Processo de acreditação das escolas promotoras da saúde em âmbito mundial: revisão sistemática. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 24, n.2, p.275-286. 2019.

SOARES, G. L. et al., A formação do cidadão no ambiente escolar: da conscientização à intervenção na própria realidade. **Monografias Ambientais - REMOA/UFSM**, v.8, n.8, p.1858-69. 2012.

SOUZA, A. N.; LEITE, M. P. Condições de trabalho e suas repercussões na saúde dos professores da educação básica no brasil. **Educação e Sociedade**, v.32, n.117, p.1105-1121. 2011.

- SOUZA, I. P. M. A. de; JACOBINAB, R. R.. Educação em saúde e suas versões na história brasileira. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v.33, n.4, p.618-627. 2009.
- SORENSEN, K. et al. Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions models. **BMC Public Health**, v.12, n.80. p.1-13. 2012.
- SORENSEN, K. et al. Measuring health literacy in populations: illuminating the design and development process of the European Health Literacy Survey Questionnaire (HLS-EU-Q). **BMC Public Health**, v.13, n.948. 2013.
- TSCHANNEN-MORAN, M.; WOOLFOLK HOY, A. Teacher efficacy: Capturing an elusive construct. **Teaching and Teacher Education**. v.17, p. 783-805, 2001.
- TSCHANNEN-MORAN, M.; WOOLFOLK HOY, A. The differential antecedents of self-efficacy beliefs of novice and experienced teachers. **Teaching and Teacher Education**, v. 23, p. 944-956, 2007.
- VIIG, N. G.; WOLD, B. Facilitating teachers' participation in school-based health promotion - a qualitative study. **Scandinavian Journal of Educational Research**, v.49, n.1, p.83-109. 2005.
- WHITLEY, J.; SMITH, D.; VAILLANCOURT, T. Promoting mental health literacy among educators: critical in school-based prevention and intervention. **Canadian Journal of School Psychology**, v.28, n.1, p.57-70. 2012.
- WILLIAMS, M. V. et al. Relationship of functional health literacy to patients' knowledge of their chronic disease: a study of patients with hypertension and diabetes. **Archives of Internal Medicine**, v.158, n.2, p.166-172. 1998.
- WOOD, L.; OLIVER, T. Addressing the needs of teachers in disadvantaged environments through strategies to enhance self-efficacy. **Teacher Development: An international journal of teachers' professional development**, v.12, n.2, p.151-164. 2008.
- WOOD, M. R. et al. African american parents'/guardians' health literacy and self-efficacy and their child's level of asthma control. **Journal of Pediatric Nursing**, v.25, p.418-427. 2010.
- WOOLFOLK HOY, A.; DAVIS, H. A. Teacher self-efficacy and its influence on the achievement of adolescents. In: PAJARES, F.; URDAN, T. (Orgs), **Self-efficacy beliefs of adolescents** p. 117-137, 2006.

- WU, M. et al. Health-promotion interventions enhance and maintain self-efficacy for adults at cardiometabolic risk: a randomized controlled trial. **Archives of Gerontology and Geriatrics**, v.82, p.61-66. 2019.
- YILMAZEL, G.; CETINKAYA, F. Health literacy among schoolteachers in Çorum, Turkey. **Eastern Mediterranean Health Journal**, v,21, n.8. p.598-605. 2015.
- YOKOKAWA, Y.; KAI, I. Influence of self efficacy for health promotion on functional decline of elderly living in a rural community in Japan. **Japanese Journal of Public Health**, v.51, n.11, p.945-950. 2004.
- YOKOTA, R. T. de C. et al. Projeto “a escola promovendo hábitos alimentares saudáveis”: comparação de duas estratégias de educação nutricional no Distrito Federal, Brasil. **Revista de Nutrição**, v.23, n.1, p.37-47.