

Análise das competências em promoção da saúde a partir do marco legal e dos discursos dos profissionais que implementam o Programa Saúde na Escola no Distrito Federal.¹

Analysis of the health promotion competencies from the official document and the speeches of the actors that implement the Health School Program in Federal District.

Análisis de las competencias en la promoción de la salud a partir del marco legal y de los discursos de los profesionales que implementan el Programa Salud en la Escuela en Distrito Federal.

Dalila TUSSET²

Julia APARECIDA DEVIDÉ NOGUEIRA³

Dais Gonçalves ROCHA⁴

Regiane REZENDE⁵

Autor Correspondente: Julia Aparecida Devidé Nogueira.

Endereço: Campus Universitário Darcy Ribeiro, CEP: 71000-000, Brasília-DF, Brasil.

RESUMO: A promoção da saúde (PS) destaca-se como eixo orientador das políticas, práticas em saúde pública e da reorientação da formação em saúde, mas sua efetiva operacionalização permanece um desafio. Diversos estudos apontam a relevância de se definir, desenvolver e utilizar as competências necessárias para aprimorar e efetivar o trabalho em PS. A presente pesquisa analisou presença de domínios de competências em PS (DCPS) nos discursos sobre práticas realizadas por profissionais que implementam o Programa Saúde na Escola (PSE) e na normativa que orienta a sua implementação no Distrito Federal (DF). Trata-se de uma pesquisa qualitativa com entrevistas individuais semiestruturadas (15 profissionais e dois gestores implementadores) e análise documental do marco legal do PSE/DF. O referencial metodológico adotado foi a análise de conteúdo, com auxílio do *software* NVivo 8. As categorias de análise foram definidas *a priori* a partir dos nove DCPS presentes no referencial teórico

1 Agradecimento à CAPES, pela concessão de bolsa estudo de mestrado à Dalila Tusset para a realização da presente pesquisa.

2 Estudante de doutorado em Saúde Coletiva da Universidade de Brasília; Analista Técnica de Políticas Sociais do Ministério da Saúde; Endereço: Campus universitário Darcy Ribeiro, CEP: 71000-000, Brasília-DF, Brasil. e-mail: dalilatusset@gmail.com

3 Doutora em Ciências da Saúde; Professor Adjunto da Faculdade de Educação Física, Universidade de Brasília. Endereço: Campus universitário Darcy Ribeiro, CEP: 71000-000, Brasília-DF, Brasil. e-mail: julianogueira@unb.br

4 Doutora em Saúde Pública, Professor Adjunto da Faculdade de Ciências da Saúde, Universidade de Brasília. Endereço: Campus universitário Darcy Ribeiro, CEP: 71000-000, Brasília-DF, Brasil. e-mail: daisirocha@yahoo.com.br

5 Mestre em Saúde Pública, Consultora Nacional da Organização Pan-americana de Saúde/Organização Mundial de Saúde. Setor de Embaixadas Norte, lote 19. CEP 70.000-400. Brasília/DF-Brasil. E-mail: rezenderegiane@yahoo.com.br

do Projeto “CompHP” (favorecimento de mudanças; advocacia; parceria; comunicação; liderança; diagnóstico; planejamento; implementação; e avaliação e pesquisa). As práticas relatadas pelos atores expressaram convergências, em diferentes magnitudes, com oito DCPS; o domínio “avaliação e pesquisa” não foi identificado. A normativa não continha os domínios “comunicação” e “advocacia”, e “avaliação” exibiu convergência parcial pois não abrangeu “pesquisa”. É interessante fortalecer os DCPS como referenciais nos documentos e nas práticas do PSE/DF. O “CompHP”, adaptado para os contextos e capacidades locais, pode ser usado para otimizar o desenvolvimento dessas competências; favorecer a construção de práticas com a visão ampliada de PS; e subsidiar o delineamento de instrumentos de avaliação do PSE.

Palavras-chaves: competências profissionais; promoção da saúde; escola.

ABSTRACT: Health promotion (HP) guides policies, practices in public health and redirect professional health education but its effective operationalization remains a challenge. Several studies point to the importance of defining, developing and utilizing the competences needed to improve and effectively work in HP. The present research evaluated the presence of the domains of competencies in HP (DCHP) in actors’ speeches about their practices and in the document that implement the Health School Program (PSE) in the Federal District (DF). It’s a qualitative research with individual semi-structured interviews (15 professionals and two implementing managers) and documental analyzes of the PSE/DF legal document. The reference methodology was the content analysis, using NVivo 8 software. The categories of analysis were defined *a priori* from the nine DCPS presented in the theoretical framework of the “CompHP” Project (favoring change, advocacy, partnership, communication, leadership, diagnosis, planning, implementation, and evaluation and research). The practices reported by actors expressed convergences, in different magnitudes, with eight DCPS; the domain “evaluation and research” was not identified. The document did not contain the domains “communication” and “advocacy”, and the “evaluation” exhibited partial convergence because it didn’t covered “research”. It is interesting to strengthen the DCPS as references in documents and practices of the PSE/DF. The “CompHP”, adapted to local contexts and capacities, can be used to optimize the development of these competences, to encourage building practices with the broader view of HP; and to support the design of assessment instruments for the PSE.

Keywords: professional competency; health promotion; school.

RESUME: La promoción de la salud (PS) destaca como eje orientador de las políticas, prácticas de salud pública y de la orientación de la formación en salud, aunque su operacionalización efectiva continúa siendo un desafío. Diversos estudios señalan la importancia de definir, desarrollar y utilizar las competencias necesarias para mejorar y hacer efectivo el trabajo en la PS. El presente estudio analizó la presencia de dominios de competencias en la PS (DCPS) en los discursos sobre prácticas realizadas por profesionales que implementan el Programa Salud en la Escuela (PSE) y en la normativa que orienta su implementación en Distrito Federal (DF). Se trata de un estudio cualitativo con entrevistas individuales semiestructuradas (quince profesionales y dos gestores implementadores) y análisis documental del marco legal del PSE/DF. El referencial metodológico adoptado fue el análisis de contenido, con ayuda de la *software* NVivo 8. Las categorías de análisis se definieron *a priori* a partir de los nueve DCPS presentes en el referencial teórico del Proyecto “CompHP” (favorecimiento de cambios; abogacía; asociación; comunicación; liderazgo; diagnóstico; planificación; implementación; y evaluación y estudio). Las prácticas relatadas por los actores expresaron convergencias, en diferentes

magnitudes, conocho DCPS; el dominio “evaluación y estudio” no fue identificado. La normativa no contenía los dominios “comunicación” y “abogacía”, y “evaluación” exhibió convergencia parcial pues no abarcó “estudio”. Es interesante fortalecer los DCPS como referencias en los documentos y en las prácticas del PSE/DF. El “CompHP” adaptado para los contextos y capacidades locales, se puede usar para optimizar el desarrollo de estas competencias; favorecer la construcción de prácticas con una visión más amplia de la PS; y subvencionar el delineamiento de instrumentos de evaluación del PSE.

Palabras clave: competencias profesionales; promoción de la salud; escuela.

INTRODUÇÃO

Mudanças paradigmáticas no contexto sócio-sanitário e nas formas de vivenciar e definir saúde vem se processando mais intensamente a partir do século XX, reforçando a necessidade de reflexão sobre novas maneiras de abordar e intervir em saúde. Nesse sentido, a promoção da saúde (PS) – compreendida como uma proposição complexa e abrangente que envolve a ação conjunta da população, sociedade civil e setores do Estado, visando a melhorar condições de vida e saúde por meio de iniciativas pautadas na intersectorialidade, empoderamento, participação social, equidade, sustentabilidade, entre outros – se destaca como um eixo orientador das políticas e práticas contemporâneas em saúde pública^{1,2}.

No entanto, apesar de representar um avanço político, a efetiva operacionalização da PS ainda é considerada um desafio principalmente por ser complexo, intersectorial e multidisciplinar³. Assim, professores, pesquisadores e consultores de órgãos governamentais e não governamentais, principalmente do cenário internacional, têm se empenhado em definir, desenvolver e utilizar as competências^{6*} necessárias para aprimorar o trabalho em PS. Diversos países e a União Europeia destacam – no debate e na construção de referenciais teóricos que estabelecem Competências Centrais em Promoção da Saúde (CPS)^{1,4}.

Os diversos documentos produzidos possuem algumas similaridades conceituais, mas também apresentam divergências no rol de CPS, as quais evidenciam diferenças socioculturais de cada país. Dentre esses documentos, o Projeto “CompHP” (*Developing Competencies and Professional Standards for Health Promotion Capacity Building in Europe*) destaca – por ter sido desenvolvido num contexto sociocultural plural e definido Domínios de CPS (DCPS) com bases CPS delineadas no Consenso de Galway^{1,5}.

No Brasil, apesar dos avanços políticos e institucionais da PS a partir da implantação de diversas iniciativas no campo da saúde pública, da publicação da Política Nacional de Promoção da Saúde² e da definição desta como referencial do Programa de Reorientação da Formação Profissional em Saúde – Pró Saúde, o debate sobre competências profissionais na perspectiva da PS e da saúde coletiva ainda é incipiente⁶. Assim sendo, é fundamental que se avance na reflexão sobre as CPS adaptadas ao contexto brasileiro de modo a ampliar as possibilidades de desenvolvimento de ações efetivas e sustentáveis de PS.

Além de estratégica, a discussão sobre CPS no Brasil se torna oportuna mediante as diversas políticas e programas que o governo federal vem orientando e incentivando a partir da concepção de PS. Um exemplo é o Programa Saúde na Escola (PSE), um programa intersectorial, que abarca os setores da

*O termo competência é entendido conforme definem Dempsey e colaboradores (2011): uma combinação sinérgica de conhecimentos, habilidades, atitudes e valores necessários para o engajamento profissional eficaz, e em consonância com os princípios da PS.

saúde, educação, desenvolvimento social e outros, concebido para contribuir com a formação integral de estudantes de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde⁷.

O PSE possui abrangência nacional e sua implementação deve ser orientada pelos eixos de ação: avaliação clínica e psicossocial; PS e prevenção de doenças e agravos; educação permanente e capacitação profissional e de jovens; monitoramento da saúde dos estudantes; e monitoramento e avaliação do PSE. Para sua implantação, os entes subfederais devem aderir formalmente ao PSE e, no nível municipal, deve haver a contratualização de resultados e a operacionalização das ações na comunidade escolar a partir da articulação entre escola e centro de saúde, preferencialmente a Estratégia Saúde da Família (ESF)⁷. De acordo com informações prestadas pela gestão federal do PSE, no primeiro semestre de 2014 houve adesão ao programa em 4.774 municípios, abrangendo 78.500 escolas e cerca de 19 milhões de escolares.

Diante do exposto, advoga-se que seja possível aprimorar o desenvolvimento do PSE mediante o conhecimento e o debate sobre as CPS à luz das normativas e das experiências concretas desenvolvidas pelo programa em território nacional. Já existem evidências na literatura internacional que estas contribuem para reorientação das práticas, delineamento de instrumentos de avaliação e certificação de trabalhadores e serviços^{4,8}. Nesse sentido, o presente estudo buscou avaliar a presença dos DCPS nos discursos sobre as práticas realizadas por atores que implementam o PSE bem como na normativa que orienta esse programa no Distrito Federal (DF).

METODOLOGIA

O presente estudo, de natureza qualitativa, descritiva e exploratória, faz parte de uma pesquisa maior, cujo objetivo foi analisar o processo de implementação do PSE/DF. A pesquisa completa utilizou como referencial teórico-metodológico os sete passos do Guia Rápido de Avaliação (GRA), que se baseia na triangulação de fontes e métodos de coleta para descrever e avaliar a efetividade de programas de PS, a partir de uma compreensão aprofundada do programa⁹. Como o primeiro passo do GRA prevê a caracterização do projeto e do cenário de pesquisa, as informações obtidas nessa etapa facilitaram a elaboração e nortearam a condução do roteiro de entrevista para obtenção das informações desejadas. O roteiro final da entrevista semiestruturada foi definido a partir da realidade local e, após passar pelo crivo de três pesquisadoras doutoras envolvidas na temática de PS, foi pré-testado, também, com três profissionais que implementavam PSE/DF. Todos esses passos atendem critérios de qualidade de pesquisa qualitativa¹⁰. As perguntas norteadoras buscaram levantar informações sobre a caracterização dos entrevistados; o que eles sabiam sobre PS; se utilizavam esses conhecimentos no cotidiano do PSE; e quais eram as atividades desenvolvidas no contexto do PSE/DF. A pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Faculdade de Ciências da Saúde da Universidade de Brasília (nº 032/11), e a etapa descrita neste artigo foi realizada entre agosto a dezembro de 2011.

O DF foi escolhido por conveniência, sendo a unidade da federação onde as pesquisadoras residem e trabalham. O PSE instituiu-se no DF em 2009¹¹ e ao longo do tempo houve uma evolução significativa de participantes. No primeiro semestre de 2014, as 30 regiões administrativas (RA) que compõem o DF possuíam lócus de implementação, contemplando 162 escolas, 101.718 escolares e 128 equipes de saúde, segundo informações do grupo gestor do DF. A população do presente estudo foi constituída de profissionais atuantes em lócus de implementação (escola e/ou centro de saúde) que estivessem

efetivamente desenvolvendo ações do PSE. Para assegurar este critério de inclusão, recorreu-se às apresentações realizadas durante a I Mostra do PSE e Programa Saúde e Prevenção na Escola, em maio de 2011, onde foram divulgados resultados e experiências desses programas no DF. Foram identificados 12 lócus de implementação, distribuídos em 10 RA do DF, que desenvolviam ações do PSE e seus principais responsáveis pela implementação.

Esses responsáveis foram, então, contatados por telefone e convidados a participar do estudo, recebendo explicações sobre os objetivos e a metodologia da pesquisa. Para ser incluído na amostra, o profissional deveria ter disponibilidade para participar da entrevista e assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido. Procurou-se incluir um profissional da saúde e um da educação de cada lócus e também representantes do grupo gestor do PSE/DF. As entrevistas foram agendadas aleatoriamente, priorizando os atores-chaves dos lócus que desenvolviam o maior número de ações no eixo “PS e prevenção de doenças e agravos”, até obter saturação da informação. Essa ocorreu na 14ª entrevista, mas prosseguiu-se até a 17ª para sua confirmação.

As entrevistas foram realizadas individualmente em local e horário pré-agendado e foram gravadas, transcritas *verbatim* e submetidas à análise de conteúdo conforme metodologia descrita por Bardin¹², com auxílio do *software* Nvivo8. Na análise de conteúdo dos relatos das atividades realizadas pelos entrevistados, foram consideradas categorias *a priori* DCPS presentes no referencial teórico do Projeto “CompHP”. Com o intuito de contribuir com o caráter exploratório do estudo, atribuiu-se ainda uma magnitude de expressão para cada DCPS de acordo com o número de sujeitos que mencionaram a informação remetida às categorias analisadas: moderada (n=6 a 9); forte (n=10 a 13); e muito forte (n=14 a 17). Falas que expressavam o desejo de incorporar uma ação no programa e/ou ações que não apareceram de forma a saturar as categorias dos DCPS foram discutidas como limitações ao processo de implementação do PSE.

Além disso, a portaria que instituiu o PSE no DF¹¹ também teve seu conteúdo analisado a fim de identificar as convergências entre as atribuições contidas na normativa com os DCPS. Dados adicionais foram obtidos por meio da técnica de diário de campo onde foram registradas informações provenientes das reuniões do grupo gestor do PSE/DF e de comentários dos sujeitos pré e pós entrevista.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Foram entrevistados 17 profissionais que atuam no PSE/DF: dois coordenadores do grupo gestor (um representante da saúde e um da educação), oito profissionais lotados nas escolas e sete lotados nos centros de saúde. Os participantes representaram sete RA que compõem o DF (Guará, Ceilândia, Brasília, Sobradinho II, Taguatinga, Santa Maria e São Sebastião). Todos os participantes atuavam no PSE há mais de um ano e, quanto à formação, um era de nível técnico, três graduados e treze pós-graduados. Dos nove sujeitos entrevistados do setor educacional, seis eram graduados em pedagogia e dos oito entrevistados do setor saúde, cinco eram graduados em enfermagem.

Os resultados apontaram que a maioria dos DCPS expressos no “CompHP” estão presentes na normativa e nas falas sobre as práticas desenvolvidas no PSE/DF, apesar de apresentarem diferentes magnitudes de expressão nos discursos dos atores responsáveis por sua implementação (quadro 1).

Quadro 1 – Os domínios de competências em promoção da saúde (DCPS), sua magnitude de expressão nas falas dos entrevistados sobre as práticas realizadas e sua convergência com a normativa do Programa Saúde na Escola (PSE) no Distrito Federal (DF).

DCPS	Dimensões da análise	
	Expressão nas falas	Expressão na normativa
Parceria	Muito forte	Convergente
Planejamento	Muito forte	Convergente
Implementação	Muito forte	Convergente
Liderança	Forte	Convergente
Comunicação	Forte	Sem convergência
Diagnóstico	Moderada	Convergente
Favorecimento de mudanças	Moderada	Convergente
Advocacia em saúde	Moderada	Sem convergência
Avaliação e Pesquisa	Fraca	Converge parcialmente*

*A convergência é parcial porque só foi verificada a convergência com avaliação.

Para avançar nas considerações sobre a aplicabilidade dos DCPS como referenciais no desenvolvimento das ações em PS na realidade do PSE é importante compreender, além da magnitude de sua expressão, a abrangência e as particularidades de cada um desses domínios na percepção dos atores-chave. Essa compreensão só pode ser discutida a partir das falas sobre cada um desses domínios considerando tanto as mais representativas como também as que se destacam por sua singularidade.

No intuito de organizar o processo de discussão, a seguir, cada DCPS é apresentado em ordem decrescente de magnitude de expressão. No entanto, essa divisão em domínios decorre de um interesse analítico pois cada DCPS apresenta dimensões multifacetadas que abrangem várias competências e podem apresentar relação um com o outro.

Por exemplo, o domínio “parceria” apresenta relação com “advocacia em saúde”, haja vista que é oportuno que parcerias consolidadas participem de reivindicações para agregar força às interlocuções, especialmente em programas de saúde na escola¹³. Para que a “advocacia em saúde” seja efetiva é necessário criar alianças colaborativas e utilizar formas eficientes de “comunicação”. Já a “implementação” inclui competências para o trabalho colaborativo, em que se destaca a interface com a “liderança” e se aproxima do trabalho intersetorial. Por sua vez, a “avaliação e pesquisa” pode influenciar profundamente a sustentabilidade do programa e deve manter interface com a “comunicação”.

O domínio Parceria

Este DCPS se relaciona ao processo de trabalhar colaborativamente com diversas áreas de conhecimento, setores, entidades e atores sociais⁵, e está presente em documentos do PSE, especialmente na normativa analisada, onde está expresso que compete aos profissionais das secretarias de estado da saúde e da educação “estabelecer parcerias com entidades e associações relacionadas ao Programa”.

O domínio parceria também é nitidamente identificado pela maioria dos entrevistados, deixando claro a existência de parcerias pontuais, de acordo com as necessidades, como para executar ou auxiliar na realização de palestras, oficinas, avaliações clínicas e antropométricas, ou para resolver problemas

específicos que estão além da capacidade operativa dos atores. Situação também verificada em outros estudos sobre intersectorialidade no Brasil^{14,15,16} e no âmbito internacional^{17,18}. Entretanto, isso indica que no nível local a participação de parceiros na gestão, no planejamento, no monitoramento e na implementação não ocorre de forma significativa para que se caracterize a existência de alianças consolidadas, e enfatizam a necessidade de novas alianças intra e intersectorial, principalmente com instituições de ensino superior. Seguem alguns exemplos:

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

“[...] saio em busca dessas parcerias [UNIEURO, UnB]” (S4).

“[...] o PSE [...] faz parte das demandas de todos esses setores, e [devemos] inserir, o Sindicato dos Professores, que tem que estar nessa roda de discussão que aí é outra coisa, e não só ele, outros parceiros [...]” (S17).

Assim como relatado por S2, a experiência de PS na escola desenvolvida em Tocantins também apontou a participação do conselho tutelar em situações específicas de competência do órgão¹⁹. Além disso, o estabelecimento de parcerias foi verificado em estudo com 19 secretários estaduais de educação que utilizou as Escolas Promotoras de Saúde (EPS) como referencial teórico de análise²⁰.

As falas reiteram a relevância e o potencial de parcerias com instituições de ensino superior no planejamento, desenvolvimento, monitoramento e avaliação de ações de PS na escola, inclusive através de programas como o PET-Saúde²¹ e Pró-Saúde²², que contemplam os princípios de PS e propõem a aproximação dos estudantes de graduação com os serviços de atenção primária, podendo impulsionar o desenvolvimento das CPS, a começar pelo domínio “parceria”. Esta realidade é encontrada no presente estudo, onde professores e alunos da Universidade de Brasília participam como consultores do grupo gestor intersectorial do PSE/DF.

O domínio Planejamento

Planejar é elaborar metas e objetivos que podem ser medidos, baseados no diagnóstico das necessidades e potencialidades, auxiliando a definição de alternativas e direções para a ação⁵. O planejamento requer a participação de atores, parceiros e público-alvo, principalmente no contexto das políticas públicas. O processo de adesão dos municípios ao PSE requer a apresentação de um planejamento²³ assim, a normativa analisada também explicita a elaboração do plano de execução como uma das atribuições dos profissionais envolvidos.

Na maioria das falas, como a de S8, reconhece-se a tentativa de realizar o planejamento, mas se percebe incipiências e lacunas em relação ao referencial teórico da PS. Já em outras falas, como na de S6, os atores consideram que devem qualificar o planejamento, principalmente no sentido de associá-lo ao resultado do diagnóstico e à definição de metas, como preconizado em publicações do PSE²³.

“E aí a gente senta, discute o que pode fazer, que a gente pode trazer de forma mais eficaz. [...]. Em virtude da ficha do aluno, como a gente preencheu no final [...] eu propus algumas ações para gente poder desenvolver em 2011, vendo o que ali das categorias o que a gente pode então fazer [...]. Então o processo é esse, é isso que tá sendo avaliado então a gente tem que pensar também em ações que

estejam relacionadas a esse tipo de avaliação” (S8).

“[...] tem que ter alguma coisa escrita, tem que ter um objetivo. Esse programa tem que ter uma fundamentação e ser adequado para realidade da escola [...]. Definir metas e datas, tem que impor mesmo[...]” (S6).

Em consonância com o presente estudo, outras experiências mostram que o planejamento é um procedimento crítico em cenários de PS escolar. Um estudo buscou identificar barreiras para o desenvolvimento de programas de PS no ambiente escolar, a partir da percepção de profissionais de saúde e educação, e constatou que muitas vezes os atores apresentavam dificuldades para visualizar o real potencial dos programas e não demonstravam as capacidades apropriadas para realizar um planejamento estratégico²⁴, o qual deveria atender ao dinamismo das pessoas, situações e contextos sociais. Outro estudo desenvolvido no contexto das EPS no Rio de Janeiro teve como um dos resultados da avaliação piloto a necessidade de instrumentalizar os atores e realizar oficinas sobre planejamento, elaboração e execução de projetos, entre outros aspectos, para obter práticas contextualizadas e baseadas nas prioridades das escolas²⁵.

O domínio Implementação

Este DCPS prevê a execução das ações éticas, eficientes e culturalmente sensíveis no provimento e gerenciamento de recursos, na facilitação da sustentabilidade e no monitoramento do programa⁵. Vários destes aspectos constam na normativa, distribuídos em atribuições e descrições das atividades a serem realizadas pelos atores, por exemplo, uma das formas de garantir a sustentabilidade do PSE é a inclusão de suas ações nos projetos políticos pedagógicos das escolas¹¹.

A maioria das falas expressaram desenvolvimento de estratégias adequadas aos interesses dos escolares e com a participação deles. Oficinas, rodas de conversa, dinâmicas de grupo e palestras foram as estratégias mais citadas, como na fala de S12. Outro enfoque expresso, como destaca S11, esteve relacionado ao diálogo sobre o andamento do PSE em reuniões, que servem tanto para consultar, avaliar subjetivamente, identificar soluções e entraves, e traçar encaminhamentos. Normalmente, os programas de saúde escolar utilizam reuniões da equipe de trabalho para esses fins²⁶. Constatou-se, ainda, o engajamento de atores no desenvolvimento e gerenciamento de recursos materiais utilizados no PSE/DF, como expresso por S17 e S4. Por fim, a maioria dos entrevistados relatou que as ações do PSE estão no projeto político pedagógico, o que se relaciona positivamente à sustentabilidade do programa.

“A gente acabou fazendo uma roda de conversa.[...]. Me adaptei, eu tentei várias metodologias, e muitas não deram certo. Pensei assim, então tá bom, então vamos fazer roda de conversa, daí sentamos” (S12).

“Uma vez por mês, pelo menos, a gente, conversa e vai falar se funcionou, se teve retorno, se os professores gostaram, se os alunos gostaram [...]” (S11).

“[...] a gente conseguiu comprar equipamentos para abastecer algumas unidades, que ficam na saúde porque o equipamento é comprado por aqui, mas sabendo que na Regional onde eu sou coordenadora, fica lá com a Fulana na unidade mista, mas ela sabe que se [...] as orientadoras [de 2 escolas] precisarem,

podem ir lá pegar”(S17).

“[...] eu e o professor estamos montando materiais sobre a questão do aborto, da puberdade, do namoro [...]” (S4).

Cabe destacar que, apesar do monitoramento ser contemplado na normativa do PSE/DF, apenas duas entrevistas se referiram ao monitoramento do programa como parte de sua implementação. No PSE/DF – diferentemente do que ocorre no âmbito estadual, onde a pactuação de metas ocorre por municípios – a pactuação é distrital e o registro das ações no sistema de monitoramento é responsabilidade dos coordenadores gerais, o que pode diminuir a importância deste procedimento na visão dos demais profissionais.

Outros estudos também apontam diversos desafios para a implementação de programas de PS no ambiente escolar. Estudo sobre a implementação das EPS na América Latina e Caribe cita a necessidade de instrumentalização técnica dos profissionais da educação e saúde para apoiar e fortalecer o monitoramento²⁷. Rowling e Jeffreys²⁸ chamam a atenção para o fato de que o monitoramento não deve se limitar ao número de alunos submetidos à avaliação clínica, vacinação ou participação de oficinas, mas devem extrapolar o padrão biomédico e buscar dados sobre as decisões tomadas pela equipe e sobre as mudanças decorrentes dessas decisões. Esses aspectos não foram considerados pelos entrevistados no presente estudo. Já a experiência de Tocantins com as EPS apresentou uma visão de monitoramento relacionada à força de trabalho, demonstrando que a partir da implantação do monitoramento da gestão foi possível auxiliar as “[...] equipes de gerenciamento integrado a traçarem planos conforme as necessidades, observando fatores objetivos e subjetivos, comuns e divergentes, que podem contribuir ou dificultar a operacionalização da estratégia”²⁹.

O domínio Liderança

Ter competência em liderança significa contribuir para uma visão compartilhada e estratégica, e se relaciona com habilidades para influenciar, motivar e trabalhar em rede, implicando na oferta de mediação e treinamento à equipe de trabalho⁵. Na normativa analisada há atribuições relacionadas à liderança, tais como viabilizar a realização de capacitações para os profissionais e estimular a formação de redes.

Parte dos sujeitos expressou aspectos relacionados à liderança, como S14 e S8, relatando que eles têm contribuído para o aprendizado da equipe e que suas ideias têm sido incorporadas para melhorar o desenvolvimento das ações do PSE/DF. Outro sentido abarcado pelos relatos, como o de S17, relaciona-se à necessidade da formação de rede.

“[...] ia vir especialista de cada área [dar treinamento para a equipe local]. Não veio especialista nenhum, então quem montou o programa e o treinamento com os professores fui eu e o doutor, [...] nós fizemos todas as palestras” (S14).

“A gente viu uma coisa muito legal [na Mostra PSE/SPE] [...] uma das escolas tem como disciplina de práticas diversificadas o próprio PSE. Eu achei incrível! [...] É algo que a gente já tá começando a discutir para direcionar com um projeto de forma bem amarrada [...]” (S8).

“[...] talvez formar uma rede. [...]. Acho que devia descentralizar, sabe, mas, assim, no sentido de cogestão” (S17).

Estas falas estão em consonância com outra experiência sobre EPS que indicou a necessidade de contar com atores capazes de compartilhar responsabilidades, tomar decisões e resolver problemas³⁰. Outro estudo aponta que para o trabalho em rede, colaborativo e intersetorial ocorrer são necessários atores com habilidades de negociação e motivação formando redes de atores e parceiros engajados e corresponsabilizados¹⁹. Ainda, é fundamental considerar a rotatividade de atores, o que reforça a relevância de que as responsabilidades e informações da equipe sejam compartilhadas a fim de garantir a sustentabilidade das ações e das mudanças alcançadas³⁰.

O domínio Comunicação

Este DCPS se refere à divulgação de ações e programas e à comunicação entre atores, parceiros e comunidades, através de meios e técnicas (intra e interpessoal, ferramentas tecnológicas) apropriadas para diferentes públicos⁵. Não há elementos suficientes na normativa para considerá-lo DCPS dentre as atribuições do PSE/DF. No entanto, diversas falas que contemplam este domínio indicaram que existe comunicação entre os profissionais, os estudantes e seus familiares, e os entrevistados preocuparam-se em qualificar a comunicação interpessoal e a divulgação das ações realizadas, como o uso de um *blog* para divulgar o trabalho realizado na fala de S13.

“[...] nas reuniões com os professores [...] a gente apresentou o PSE, falamos o que era, [...] o que tinha acontecido em 2009, e qual era a nossa proposta para 2011 [...]” (S12).

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

Não se analisou a qualidade da comunicação no presente estudo, mas a manutenção da comunicação apropriada é importante para conscientizar a comunidade escolar de que a contribuição de cada um, dentro de suas capacidades e limitações, pode agregar qualidade à implementação e viabilizar uma construção de saberes em prol de uma prática coletiva, colaborativa e transformadora^{13, 30, 31}.

A respeito do *blog*, é provável que o emprego de ferramentas tecnológicas seja um recurso viável para a comunicação na comunidade escolar, promovendo a participação juvenil e servindo como estratégia pedagógica por oportunizar espaço de acesso e disponibilização de informação, intercâmbio, colaboração e debate³².

Destaca-se ainda que os discursos analisados apontaram para a relação entre as competências de “comunicação” e “parceria”, indicando necessidade de sensibilizar e envolver parceiros dos setores ligados ao PSE através de habilidades de comunicação apropriadas e acessíveis para perfis e níveis profissionais diversos. Estudo realizado no Canadá, encontrou que o trabalho colaborativo, em consequência da boa comunicação e do diálogo estabelecido entre atores e parceiros, figurou entre os principais elementos no nível organizacional relacionados à efetividade da implementação da EPS¹³.

O domínio Diagnóstico

O domínio “diagnóstico” é entendido com um procedimento sistemático para determinar os atores e parceiros necessários para atuar nos programas de PS, as necessidades em saúde de uma população, e suas causas e fatores individuais, socioeconômicos e políticos³³. A normativa do PSE/DF contempla este domínio ao explicitar que o planejamento das ações deve considerar o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde e a capacidade operativa dos centros de saúde e das escolas.

Parte das entrevistas analisadas também aponta este DCPS, principalmente quanto à necessidade de diagnosticar as potencialidades relacionadas aos recursos humanos para ações em PS, como expresso por S1. Entretanto, quanto ao diagnóstico das necessidades em saúde, exemplificado pelo que disse S13, esta prática está restrita aos aspectos individuais e não consideram as dimensões socioambientais e o acesso aos serviços e às políticas públicas.

“[...] esquece dos recursos humanos, quem vai fazer isso aí lá? Têm pessoas suficientes pra fazer isso? Tenho médicos? Profissionais da saúde? Tenho profissionais da educação suficientes que possam fazer isso?” (S1).

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

Os resultados da triagem física são utilizados no planejamento e na elaboração do plano de ação, que também fica restrito aos aspectos biológicos. Embora haja lacunas na realização do diagnóstico, cerca da metade dos entrevistados reconhecem que seria necessário realizá-lo com foco nas condições de saúde e nos recursos disponíveis. Assim, reitera-se a relevância de se pensar o diagnóstico como um procedimento sistemático e abrangente no contexto do PSE/DF. Seria oportuno que os materiais instrutivos e as capacitações no âmbito do programa explorassem metodologias e materiais que guiassem os atores nesta direção para agregar informações socioeconômicas, demográficas, políticas e sanitárias no diagnóstico realizado no âmbito do PSE.

Por exemplo, na implementação das EPS no estado do Tocantins, a ficha A foi utilizada de forma sistemática, conjugando informações biológicas com aspectos demográficos, ambientais e sociais do território onde a escola estava inserida, além de contar com outros instrumentos que consideraram a percepção subjetiva dos estudantes sobre a realidade escolar, promovendo mudanças favoráveis no planejamento, monitoramento e avaliação das ações em PS¹⁹. A mesma proposta de EPS implementada na Escócia conseguiu fazer com que as escolas determinassem suas próprias necessidades através do diagnóstico dos problemas mais relevantes da escola e da comunidade local³⁰.

O domínio Favorecimento de mudanças

Este DCPS se relaciona com a reorientação dos serviços de saúde e a redução de iniquidades por meio da ação intersetorial e colaborativa, do desenvolvimento comunitário e do empoderamento⁵. A normativa do PSE/DF contempla este domínio ao apontar a intersetorialidade como um princípio básico para a sua implantação, ao induzir a criação de rotina específica nos centros de saúde para atendimentos às demandas do programa, além de priorizar os locais de maior vulnerabilidade social.

Os entrevistados relataram realizar atividades que contemplam este DCPS, ainda que de forma incipiente e fragmentada. No entanto, deixam claro que, apesar de lentas e graduais, estão ocorrendo

“mudanças” no contexto do PSE/DF. O aspecto de reorientação dos serviços de saúde esteve presente, como dito por S10, em referência ao desenvolvimento de uma visão holística do cuidado e da clínica ampliada. Outro aspecto, como exemplificado por S14, refere-se ao esforço intersetorial entre saúde e educação tanto no nível local quanto no grupo gestor do PSE/DF. Por fim, as falas revelaram o empoderamento dos escolares e o desenvolvimento de estratégias para ampliar o acesso deles aos serviços de saúde, contribuindo para a redução de iniquidades em saúde.

“Eles [estagiários do centro de saúde] me acompanham [no PSE] e trabalhamos numa abordagem chamada de clínica ampliada, [...] eu vejo você como um todo, seu ambiente socio-psico-cultural” (S10).

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

“A gente observa, desde 2008, eles [escolares] estão mais abertos a efetuarem as perguntas, a nos procurar, porque antes tinham receio porque não tinha um cantinho pra conversa e hoje eles estão mais tranquilos. [O adolescente pensa] ‘eu preciso ir no centro de saúde pra fazer uma consulta’, mas ele sabe que não precisa levar a mãe” (S7).

“[...] os alunos estão indo mais pro centro de saúde pra buscar anticoncepcional, preservativo [...]. A procura no centro pelos adolescentes é muito grande e não existia essa procura, porque não tinha porta aberta pra eles” (S16).

É fundamental que atores envolvidos em programas de PS no âmbito escolar compreendam o significado da concepção ampliada de saúde e que sejam capazes de atuar intersetorialmente sobre seus determinantes, reorientando os serviços e promovendo o empoderamento individual e comunitário⁵. A visão holística no âmbito escolar se constrói na ação conjunta do saber fazer de profissionais, docentes, gestores e usuários, na qual a concepção biomédica torna-se complementar³⁴.

Uma pesquisa que estudou a intersetorialidade no panorama de implementação da Iniciativa Regional das Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) demonstrou que 65% dos países que aderiram à *iniciativa* apresentavam características intersetoriais na gestão dos programas, entretanto, também foi observada a necessidade de fortalecer e consolidar a intersetorialidade no âmbito escolar³⁵. Outros estudos mostram que, apesar da legislação afirmar que o acesso aos serviços de saúde deve ser universal, os adolescentes brasileiros ainda têm acesso restrito e profissionais têm dificuldades em fazer seu acolhimento^{36,37}. Quanto ao empoderamento, uma vez que os sujeitos se empoderaram a relação de poder que os profissionais de saúde exercem tende a ser superada por meio da experiência de parceria entre profissionais, usuários e comunidade^{38,39}. Assim, programas de PS escolar apresentam enorme potencial para ampliar o acesso, reduzir iniquidades e promover o empoderamento³⁷.

O domínio Advocacia em saúde

Este domínio compreende a sensibilização de atores-chave e da opinião pública e a reivindicação por políticas e procedimentos em prol da PS⁵. Não há na normativa elementos suficientes para considerar que este DCPS seja contemplado dentre as ações e atribuições dos atores do PSE/DF. No entanto, esse domínio emergiu das entrevistas como uma categoria de força moderada no que tange à reivindicação e à sensibilização realizada pelos atores do PSE.

“Eu cobro quando eles não agem, ou demoram pra agir. [...] [Quando] a saúde não vem a cumprir o que promete né, então ai eu vou atrás” (S2).

“Porque lá no centro de saúde chega adolescentes [e os demais profissionais falam]: ‘é pessoal da Fulana do PSE’ [logo, não os atendem]. Eu acho que essa visão dos meus colegas tem que ser mudada. Então tem que fazer essa reunião, colocar todo mundo no auditório, ver o que é feito, como é feito, eu acho que falta essa coisa” (S13).

Um aspecto nestas falas converge com a visão de que a advocacia se ocupa de reivindicações para solucionar um problema coletivo específico visando à concretização do direito à saúde em um contexto também específico⁴⁰, neste caso o PSE/DF. Entretanto, observa-se que um dos desafios é sensibilizar os demais membros da equipe para participar do PSE, visando à reconstrução de suas funções diante das demandas que chegam aos serviços. Para tanto, os atores precisam influenciar a opinião de colegas de trabalho e parceiros em potencial e o apoio político de gestores.

Embora a literatura sobre este domínio em programas de PS escolar seja escassa, a IREPS destaca que se deve advogar para fortalecer a opinião de líderes e políticos sobre a importância dos programas de saúde escolar³⁵. Uma pesquisa sobre a efetividade de um modelo de EPS implantado em 22 escolas de Alberta, Canadá, identificou que a advocacia favoreceu a efetividade do programa através do estímulo e desenvolvimento de políticas e procedimentos para o programa¹³.

O domínio Avaliação e pesquisa

Este DCPS se refere a utilizar métodos apropriados, definidos conjuntamente entre atores e parceiros, para determinar o alcance, o impacto e a efetividade das ações. O CompHP aborda “avaliação e pesquisa” conjuntamente e aponta competências a serem utilizadas em ambas, mas na normativa essas atribuições foram encontradas de forma superficial: “monitorar e avaliar o programa”. Já nas entrevistas, a avaliação não apareceu de forma a saturar esta categoria e quando surgiu expressava o desejo de que esta prática fosse incorporada às ações do programa.

O uso deste DCPS é reconhecido nos cenários de prática das EPS como procedimento a ser efetuado ao implementar uma iniciativa e para avaliar o seu impacto, ao cruzar dados de monitoramento do comportamento individual, do ambiente e da condição de saúde individual/comunitária a fim de obter resultados iniciais, intermediários e a longo prazo⁴¹. Um ponto de partida para institucionalizar a avaliação como procedimento factível e viável no PSE/DF seria o estabelecimento de critérios comuns a todos os lócus de implementação e a obtenção de apoio de especialistas na elaboração do desenho e na realização da avaliação, como propõe a Organização Mundial da Saúde⁴¹.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A PS surge no contexto nacional contemporâneo como uma estratégia complexa e abrangente que, via a articulação de políticas e ações, tais como o PSE, busca melhorar as condições de vida e saúde das populações. Embora muitos avanços tenham sido conquistados nessa direção, foi possível identificar, através dos documentos e relatos analisados no presente estudo, limitações e dificuldades para desenvolver práticas que contemplem os princípios e as competências numa perspectiva ampliada de PS.

Apesar da maioria dos DCPS terem sido verificados nas falas sobre as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde e educação responsáveis pela implementação do PSE/DF, foi possível identificar a necessidade de ampliar a compreensão sobre esses domínios e sobre a própria PS. Além disso, a análise da normativa revelou que o documento, embora contemplasse a maioria dos DCPS, apenas registra essas atribuições, considerando que os atores já tem condições e competências para executar as ações previstas a partir dos princípios em PS, o que, na prática, não foi observado. Outro aspecto que merece destaque é a ausência dos domínios de “advocacia”, “comunicação” e “avaliação e pesquisa” nos documentos do PSE/DF, sendo esse último domínio ausente também nos relatos dos atores.

Assim sendo, para o PSE/DF continuar avançando na direção de efetivamente promover a saúde, modificando as práticas e a complexa realidade dos sistemas e dos determinantes sociais da saúde, sugere-se que os DCPS, adaptados para os contextos e capacidades locais, sejam utilizados, institucionalizados e fortalecidos no cotidiano e nos documentos do programa. Além disso, podem ser necessárias capacitações específicas em PS com metodologias educativas de caráter participativo e multidisciplinar de forma a propiciar e estimular que os profissionais consigam, através do desenvolvimento das CPS, modificar suas práticas e, em última instância, transformar o modelo assistencial hegemônico na área da saúde, inclusive em programas desenvolvidos no âmbito escolar.

Por fim, sinaliza-se que a parceria ensino-serviço-comunidade, implementada a partir dos programas nacionais de reorientação da formação citados anteriormente, podem contribuir para o processo de educação permanente dos gestores e trabalhadores dos setores envolvidos com o PSE, favorecer o monitoramento e avaliação deste e, ainda, possibilitar que a futura geração de profissionais tenha as competências requeridas para um agir intersetorial e promotor da saúde a partir do território escolar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. BARRY, MM et al. The Galway Consensus Conference: international collaboration on the development of core competencies for health promotion and health education. *Global Health Promotion*, 2009; 16 (2):05-11.
2. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Política Nacional de Promoção da Saúde. Série B. Textos Básicos de Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a.
3. FERREIRA, I et al. Diplomas Normativos do Programa Saúde na Escola: análise de conteúdo associada à ferramenta ATLAS TI. *Ciência & Saúde Coletiva*, 2012;17(12): 3385-3398.
4. DEMPSEY C; BARRY M; BATTEL-KIRK B. Literature Review Developing Competencies for Health Promotion Deliverable 3B. Executive Agency for Health Promotion and Consumers and National University of Ireland Galway. 2010. Disponível em: http://www.iuhpe.org/uploaded/Activities/Cap_building/CompHP/CompHP_LiteratureReviewPart1.pdf. Acesso em 20 jan. 2011.
5. DEMPSEY C; BARRY M; BATTEL-KIRK B. The CompHP Core Competencies Framework for Health Promotion Handbook, Work package 4. Executive Agency for Health Promotion and Consumers and National University of Ireland Galway. 2011. Disponível em: http://www.iuhpe.org/uploaded/CompHP_Competencies_Handbook.pdf. Acesso em 02 fev. 2011.
6. FRAGELLI TBO; SHIMIZU HE. Prospecções para desenvolvimento de políticas públicas de formação de profissionais de saúde a partir da análise do cenário brasileiro de competências. *Physis* 2013; 3(1):197-208.
7. BRASIL. Presidência da República. Decreto n. 6.286 de 5 de dezembro de 2007 que institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, DF, p.2, 5 dez. 2007.

8. HYNDMAN B. Towards the Development of Competencies for Health Promotion in Canada: A Discussion Paper. Health Promotion Ontario. 2007. Disponível em:
<http://www.cancercare.on.ca/escoop/includes/HPOcompetenciespaper_Apr07_finalg_pdf.pdf>. Acessado em: 06 jun. 2011.
9. SALAZAR L. Evaluación de Efectividad en Promoción de la Salud: Guía de Evaluación Rápida. Centro para el Desarrollo y Evaluación de Políticas y Tecnología en Salud Pública. Colombia, 2004.
10. TONG A; SAINSBURY P; CRAIG J. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. *International Journal for Quality in Health Care* 2007;19(6):349–357.
11. DISTRITO FEDERAL. Portaria conjunta n.º 04 de 21 de maio de 2009. O Secretário de Estado de Educação e o Secretário de Estado de Saúde do Distrito Federal resolvem instituir no âmbito das Secretarias de Estado de Educação e de Saúde do Distrito Federal o Programa Saúde na Escola e definir as atribuições de cada Secretaria para a execução do Programa. *Diário Oficial do Distrito Federal, Brasília, DF*, 15 jun. 2009. Seção 1, p. 4.
12. BARDIN, L. *Análise de Conteúdo*. 4.ed. Lisboa: Edições 70, 2009.
13. GLEDDIE, D. A journey into school health promotion: district implementation of the health promoting schools approach. *Health Promotion International*, 2012; 27(1): 82-89.
14. ELIA PC; NASCIMENTO MC. A construção do plano local como atribuição das equipes de Saúde da Família: a experiência de três áreas programáticas do município do Rio de Janeiro. *Physis Rev. de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, 2011; 21(2): 745-765.
15. ESCOREL S. et al. O PSF e a construção de um novo modelo para a atenção básica no Brasil. *Rev Panam Salud Publica / Pam Am J. Public Health*, 2007; 21(2):164-176.
16. COSTA AM; PONTES ACR; ROCHA DG. Intersetorialidade na produção e promoção da saúde. In: CASTRO, A.; MALO, M. (Org.). *SUS: ressignificando a promoção da saúde*. 1 ed. São Paulo: HUCITEC/OPAS, 2006, p. 96-115.
17. SALAZAR, L. Abordaje de la equidade en intervenciones en promoción de la salud en los países de la UNASUR. Tipo, alcance y impacto de intervenciones sobre los determinantes sociales de la salud (DSS) y equidade en salud. Cali: CEDETS/Ministerio de la Salud y Protección Social república de Colombia, 2012.
18. PUBLIC HEALTH AGENCY CANADA-WORLD HEALTH ORGANIZATION. Health Equity through intersectoral action: an analysis of 18 country cases studies. Geneve: PHAC-WHO, 2008.
19. BRASIL. Estado Promotor da Saúde. Escolas Promotoras da Saúde e Estratégia Saúde da Família Ação Intersetorial Exitosa. *Revista Brasileira de Saúde da Família, Brasília*, 2006;11:7-13.
20. IPPOLITO-SHEPERD, J. Escolas Promotoras de Saúde. Fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Série Promoção da Saúde n. 4. Washington: OPAS, 2006.
21. BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Portaria Interministerial n.º 421, de 03 de março de 2010. Institui o Programa de Educação pelo Trabalho para a Saúde (PET Saúde) e dá outras providências. MS, MEC, 2010.
22. BRASIL. Pró-saúde: Programa Nacional de Reorientação da Formação Profissional em Saúde. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2005. Disponível em: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/pro_saude_cgtes.pdf. Acesso em 05 dez. 2011.
23. BRASIL. Passo a passo: Programa Saúde na Escola - tecendo caminhos da intersetorialidade. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.
24. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Improving School Health Programmes: Barriers and Strategies. Health Education and Health Promotion Unite Division of Health Promotion, Education, and Communication. World Health Organization: Geneva, 1996. Disponível em: http://www.who.int/school_youth_health/media/en/84.pdf. Acesso em 12 mar. 2012.
25. SILVA CS. et al. Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Município do Rio de Janeiro: um

desafio à formulação de políticas saudáveis a cidade. In: BRASIL. Ministério da Saúde; Organização Pan-Americana da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde, 2006, p. 53-67.

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

27. CERQUEIRA MT. A Construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde. In: Brasil. Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde. Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil. Brasília: Ministério da Saúde; 2006. p.33-39.

28. ROWLING L; JEFFREYS V. Challenges in the development and monitoring of Health Promoting Schools. Health Education, 2000; 100(3):117-123.

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

30. INCHLEY J; MULDOON J; CURRIE C. Becoming a health promoting school: evaluating the process of effective implementation in Scotland. Health Promotion International, 2006; 22(1):65-71.

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

32. GOMES MJ. Blogs: um recurso e uma estratégia pedagógica. In: Simpósio Internacional de Informática Educativa. 7, 2005. Leiria: Portugal, Escola Superior de Leiria, 2005. Disponível em: <http://stoa.usp.br/cid/files/-1/3104/Blogs-final-nome.pdf>. Acesso em 04 abr. 2012.

33. SMITH BJ; KWOK C; NUTBEAM D. World Health Organization. Health Promotion Glossary: new terms. Health Promotion International, 2006; 21(4): 340-345.

34. MACHADO MS. et al. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. Ciência e Saúde Coletiva, 2007; 12(2):335-342.

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

36. MACHADO K. Cuidado integral do adolescente começa pela boca. Radis Comunicação e Saúde, Rio de Janeiro, 2012; 116(10).

37. GOMES CM; HORTA NC. Promoção de saúde do adolescente em âmbito escolar. Revista de Atenção Primária à Saúde, Juiz de Fora, 2010; 13(4):486-499.

38. CARVALHO SR; GASTALDO D. Promoção à saúde e empoderamento: uma reflexão a partir das perspectivas crítico-social pós-estruturalista. Ciência e Saúde Coletiva, 2008; 13(2supl):2029-2408.

39. CARVALHO SR. Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde. Cadernos de Saúde Pública, 2004; 20(4):1088-1095.

40. DALLARI SG. et al. Advocacia em saúde no Brasil contemporâneo. Revista de Saúde Pública, 1996; 30(6):592-600.

41. WHO. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Local Action: Creating health promoting schools. 2000. Disponível em: www.who.int/school_youth_health/.../en/88.pdf. Acesso em 09 nov. 2011.

Artigo apresentado em 27-07-15

Artigo aprovado em 02-08-15

Artigo publicado no sistema em 29-08-15