

UNIVERSIDADE
AUTÓNOMA
DE LISBOA



UNIVERSIDADE AUTÓNOMA DE LISBOA

DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

DOUTORAMENTO EM PSICOLOGIA

Escola Promotora de Saúde: O Sociodrama como método de Promoção de Saúde.

Tese apresentada para a obtenção do Grau de Doutor em Psicologia

Orientador: Professor Doutor Tito Rosa Laneiro

Co-Orientadora: Professora Doutora Tania Fator

Orientanda: Andréa Claudia de Souza

Lisboa

Junho de 2015

Dedicatória

Dedico este trabalho aos profissionais da educação brasileiros, que trabalham muitas vezes com paixão e muitas vezes com frustrações por não alcançarem o que almejam, mas que não desistem nunca.

À educadora mais importante da minha experiência de vida Aureolina Pinheiro Machado Moraes, minha avó.

Agradecimentos

Agradecer é um momento especial de conclusão de qualquer trabalho. Num período tão extenso como o de um doutoramento, inúmeras são as pessoas que passam em nosso caminho e contribuem com o nosso desenvolvimento.

Alguns nomes estão presentes em todas as etapas e se tornam imprescindíveis na construção acadêmica, outros no suporte emocional, alguns no suporte logístico e outros na participação como pesquisados. É importante lembrar nossa condição relacional humana, e que sozinho, ninguém chega a lugar algum.

A família como o eixo de tudo, o que inclui o marido Carlos Alberto Centurion, os pais Claudia Moraes de Souza e Washington Luiz de Souza e os filhos Gabriel e Henrique de Souza Centurion, assim todos os outros membros da família e agregados.

À Universidade que me recebeu com todo suporte e cuidados, aos meus orientadores Prof. Doutor Tito Laneiro e Prof^a Doutora Tania Fator, à Prof^a Doutora Luisa Ribeiro, ao Prof. Doutor João Hipólito, à Prof^a Doutora Odete Nunes, ao Prof. Doutor Marcos Bidart, aos Professores Doutores do programa que me acompanharam nas Jornadas de Investigação e aos Doutorandos que comigo compartilharam anseios e conquistas, em especial à Prof^a Doutora Joceli Drummond, parceira de toda a minha vida incluindo desafio dumo doutoramento.

Por fim, agradeço o suporte que tive no Brasil dos muitos amigos na coleta de dados e no apoio ao projeto representados pela Doutora Cecílie K. Kraemer, a estagiária de psicologia Isabela Cassane, a estatística Doutora Cecília Farhat e o Prof. Doutor Manoel Morgado Rezende que me inciou no mestrado com o tema que hoje desenvolvo nesta tese a “Escola Promotora de Saúde”.

Resumo

A presente tese refere-se o conceito de Escola Promotora de Saúde (EPS) no cenário atual brasileiro, suas dificuldades e suas aplicações práticas. Apresentado pela primeira vez em 1946 por Sigerest foi encampado pela OMS e tem sido discutido amplamente no cenário mundial por ser transformador da realidade escolar e seu entorno promovendo saúde para todos.

Neste trabalho realizaram-se dois estudos: a criação da Escala EPS e a pesquisa-ação com multi-métodos incluindo a escala e o Sociodrama.

O estudo 1 concentrou-se na criação da escala com uma amostra final de 264 participantes e 52 itens. Apresentou KMO= .879, O teste de esfericidade de Bartlett apresentou valor de $\chi^2_{(1378)} = 6103.85$, e alto grau de significância ($p = .000$). Alpha de Crombach: 0,921, Realizadas as análises quatro fatores se mostraram com força estatística: Projetos, Reconhecimento, Comunidade e o Conceito de Saúde.

O estudo 2 utilizou a escala para iniciar discussões com os grupos participantes, seguida de intervenções de Sociodrama e nova aplicação da escala. Decorrente ao levantamento de dados sobre o conceito de EPS com os grupos realizou-se um trabalho de relacionamento interpessoal, salientando-se o momento em que os profissionais da educação se colocaram no lugar dos profissionais da saúde e essa inversão de papéis promoveu a reflexão sobre os objetivos comuns e as dificuldades de implantação do programa EPS.

A escala e a pesquisa-ação possibilitaram colher dados variados e específicos de cada grupo. As escolas estudadas mostraram ainda desconhecerem o conceito de EPS, apesar de entenderem o conceito de saúde. Apresentaram também, dificuldades com trabalhos, inter e transdisciplinares; não se sentirem reconhecidos em seus papéis profissionais pela sociedade; e principalmente ainda não se perceberem promotores de saúde na comunidade escolar e em seu entorno.

A escala traz resultados racionais, mas quando incentivados com as técnicas do Sociodrama as pessoas pensam e expõem suas ideias e outras questões ficam mais claras, compreendendo-se o porquê das respostas da escala além de ampliar o entendimento por parte dos profissionais que passam por muitas transformações, facilitando a comunicação no grupo.

Comparando a aplicação das escalas pré e pós Sociodrama, evidencia-se que uma maior compreensão do conceito de EPS devido ao trabalho realizado resulta tanto positiva como negativamente nas respostas dadas na segunda aplicação da escala.

Foi concluído que o conceito EPS ainda não se mostra incorporado no cotidiano escolar. É papel do psicólogo da saúde e/ou escolar e educacional intervir na escola e na comunidade, facilitando assim a comunicação entre os grupos e o entendimento dos conceitos de saúde, de promoção de saúde e por fim EPS.

A aplicação deste trabalho em grupos de escolas pode ser ampliada por governos locais ou federais e impactar positivamente comunidades como um todo.

Palavras-chave: Escola Promotora de Saúde; Escala; Socionomia; Sociodrama.

Abstract

This thesis presents the concept of 'Health Promoting School' (HPS) in the actual Brazilian scenario, the difficulties and practical applications that it involves. Introduced for first time in 1964 by Sigerest was recognised by WHO and have been discussed widely in the global scenario through its capacity of transforming the reality of the school and everything that surrounds it by promoting health for everybody.

In this paper two studies been have made: the creation of the HPS Scale and the research-action of the multi-methods including the scale and the Sociodrama.

The Study 1 focused on the creation of the Scale with a final sample of 264 participants and 52 itens. The value of KMO = .879, The Bartlett's sphericity test has a value of $\chi^2(1378) = 6103.85$ and a high degree of significance ($p=.000$). The Alpha of Crombach results in 0,921. As a result from the analysis four factors was found with an strong statistic strength: Projects, Recognition, Community and Health Concept.

The Study 2 resort the scale to start up a discussions with the group participants, followed by interventions based on Sociodrama and a followed by the second application of the scale. Due to the data collection about the HSP concept with the group, the work was based on people relationship, linking the moment when school's employees put themselves on the working place of the healthy professionals resulting on reflection about objectives that may be mutual and difficulties on the HPS program implantation.

The Scale and the research-action method made it possible to gather specific and variety data about each group. The studied schools showed their lack of knowledge about the HPS concept, even though they understand the health concept itself. Also, difficulties with inter/transdisciplinary works, the feeling of not recognition by the society on their professional roles and mainly the not perception of themselves as health promoters in their communities appeared during the interventions.

The scale brings legitimate results, but when encouraged by the Sociodrama techniques the individuals of the group start thinking and exposing their thoughts leading to the clarity of ideas and a better understanding of the answers given previously on the scale.

Comparing the scale application pre and post Sociodrama, it gets evident that a better comprehension of the concept of HPS due to the interventions results as positive as negatively on the answers given on the second application of the scale.

It was concluded that the HPS concept still doesn't show much presence on the daily routine of the schools and their staff. It is an open space to the health and schoolar psychologist to fill in with the school community producing an easier path to the understanding of the concept of health, school promotion and then, Health Promoting School.

This work can be leaded to an governamental project as a local ou federal size, with the goal of impact positively the communit in which it operates.

Keywords: School Health Promotion; Scale; Socionomy; Sociodrama

Índice

Introdução.....	25
PARTE I – FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	33
Capítulo 1: Psicologia da Saúde.....	35
1.1. Aspectos gerais da Psicologia da Saúde.....	35
1.2. Conceito de Saúde.....	37
1.2.1 Saúde e Trabalho.....	40
1.2.2 Saúde e Educação.....	42
Capítulo 2: A Escola Promotora de Saúde.....	47
2.1. O histórico da Escola Promotora de Saúde.....	47
2.2. O histórico da Escola Promotora de Saúde no Brasil.....	51
2.3. O conceito de Escola Promotora de Saúde – EPS.....	53
2.4. Avaliações dos programas de EPS.....	60
2.5. Programas de desenvolvimento em Promoção de Saúde nas escolas.....	66
2.5.1. A visão dos profissionais a respeito do conhecimento do conceito de EPS.....	66
2.6. A intersectorialidade nas práticas educacionais.....	71
2.7. Projetos para uma Escola Promotora de Saúde.....	74
2.8. Levantamentos a respeito de promoção de saúde das escolas e projetos pontuais.....	78
2.9. Dimensões de uma EPS.....	81
2.10. Quanto às dificuldades encontradas.....	88
Capítulo 3: O Sociodrama.....	91
3.1. Contextualizando a teoria de Jacob Levy Moreno.....	91
3.2 Principais conceitos da teoria.....	94
3.2.1. Matriz de Identidade.....	95
3.2.2. Teoria de Papéis.....	97
3.2.3. Espontaneidade.....	99
3.2.4. Técnicas, instrumentos e contextos.....	101
3.3. O Sociodrama.....	103
3.4. O Sociodrama no cenário atual.....	108
PARTE II – ESTUDOS EMPÍRICOS.....	131
Capítulo 4: Estudo 1 A Escala Escola Promotora de Saúde.....	133
4.1 Estudo 1 - Metodologia.....	134
4.1.1. Delimitação do problema.....	135
4.1.2. Objetivo.....	135
4.1.3. Participantes.....	135

4.1.4. Instrumento	143
4.1.5. Procedimentos	144
4.1.6. Escala Escola Promotora de Saúde (EPS) - A Análise Fatorial	145
4.1.7. Preparação dos dados	145
4.1.8. Sensibilidade da Escala	146
4.1.9. Análise Fatorial Exploratória da EPS	148
4.1.10. Análise Confirmatória da EPS	156
4.2 Discussão de resultados do Estudo 1 segundo a AFE	163
 Capítulo 5: Estudo 2 O Sociodrama na Promoção de Saúde Escolar	165
5.1. Estudo 2 - Metodologia	165
5.1.1. Justificativas	167
5.1.2. Objetivo	168
5.1.3. Hipóteses	169
5.1.4. Participantes	169
5.1.4.1 Descrição dos participantes do Estudo e pré-intervenção	172
5.1.4.2 Participantes pós-intervenção	175
5.1.5. Procedimentos	179
5.1.5.1. Primeiro Sociodrama – Mapeamento do Clima	180
5.1.5.2. Segundo Sociodrama – Plano de Ação - TREM®	181
5.1.5.3. Terceiro Sociodrama – Ministério da Saúde x Ministério da Educação	181
5.1.6 Análise dos dados	182
5.2 Resultados	183
5.2.1. Análise do Fator 1 – Projetos	183
5.2.2. Análise do Fator 2 – Realização e Reconhecimento	193
5.2.3. Análise do Fator 3 – Comunidade e Intersetorialidade	197
5.2.4. Análise do Fator 4 – Conceito de Saúde	199
5.3 Análise quantitativa	205
5.4 Resultados dos Sociodramas	216
5.4.1. Primeiro Sociodrama – Mapeamento do Clima	219
5.4.2. Segundo Sociodrama – Plano de Ação - TREM®	224
5.4.3. Terceiro Sociodrama – Ministério da Saúde x Ministério da Educação	228
5.4.4 O fechamento das atividades	233
5.4.5 Comentários finais dos sujeitos de pesquisa	234
5.5. Análise exploratória qualitativa segundo os quatro fatores	235
5.6. Escala 1 x Escala 2	238
5.7. Limitações do estudo	240
5.8. Futuras propostas de investigações	240
5.9. Aplicações práticas	241
 Capítulo 6: Discussão	243

Capítulo 7: Conclusão.....	259
Capítulo 8: Referências.....	269

Índice de Tabelas

Tabela 1 - Dimensões de uma EPS	82
Tabela 2 - Distribuição de participantes por escola.....	136
Tabela 3 - Distribuição dos participantes pelos Municípios	137
Tabela 4 - Distribuição dos participantes por Estados Brasileiros.....	137
Tabela 5 - Cargo ou função que ocupa na instituição e gênero	139
Tabela 6 - Formação dos Profissionais quanto ao nível de escolaridade	139
Tabela 7 - Distribuição dos participantes segundo as disciplinas lecionadas	140
Tabela 8 - Gênero por escolaridade.....	141
Tabela 9 - Cargo ou função que ocupa na instituição por gênero.....	141
Tabela 10 - Sua função na escola versus Já estudaram o conceito de Escola Promotora de Saúde?	142
Tabela 11 - A instituição conta com um departamento médico.....	142
Tabela 12 - Há pelo menos um psicólogo ligado à instituição?.....	143
Tabela 13 - Conhecimento dos participantes sobre o conceito EPS.....	143
Tabela 14 – Sensibilidade da Escala.....	147
Tabela 15 - Distribuição dos Itens em Fatores Após Rotação Oblíqua, Respetivos Pesos Fatoriais, Comunalidade (h^2), Variância Explicada por Fator e Respetivo α de Cronbach.....	149
Tabela 16 - Distribuição dos Itens em Fatores Após Rotação Oblíqua, Respetivos Pesos Fatoriais, Comunalidade (h^2), Variância Explicada por Fator e Respetivo α de Cronbach.....	153
Tabela 17 - Correlações entre as quatro dimensões da EPS.....	159
Tabela 18 - Correlações entre as quatro dimensões da EPS.....	162
Tabela 19 - Indicadores dos modelos para 10 dimensões e para quatro dimensões.....	163
Tabela 20 - Nomenclaturas dos níveis escolares em Portugal e Brasil	170
Tabela 21 - Número de participantes do Estudo 2.....	171
Tabela 22 - Médias e Medianas do Fator 1 por escolas.....	183
Tabela 23 - Penso que tenho competências para liderar um projeto.....	184
Tabela 24 - Proponho a criação de novos projetos.....	184
Tabela 25 - Sinto que quando inicio um projeto sou totalmente responsável por ele	185
Tabela 26 - Preocupo-me em adaptar meus projetos a cada idade escolar.....	185

Tabela 27 - Tento aproveitar os espaços da Instituição da melhor forma possível em benefício de todos.....	186
Tabela 28 - Realizo projetos de curta duração (até um ano)	186
Tabela 29 - Quando desenvolvo um bom projeto ele é mantido.....	187
Tabela 30 - Já participei de trabalhos em outras disciplinas ou funções diferentes da minha	187
Tabela 31 - Como profissional facilito o envolvimento de todos nos projetos da Instituição	187
Tabela 32 - Trabalho bem em projetos com outros profissionais na Instituição	188
Tabela 33 - Sinto-me a vontade para liderar trabalhos que envolvam temas de outras disciplinas e temas transversais.....	188
Tabela 34 - Realizo projetos junto a outros profissionais com funções diferentes das minhas	189
Tabela 35 - Preocupo-me com o aspecto psicológico dos profissionais e alunos.....	189
Tabela 36 - Participo e/ou promovo trabalhos de desenvolvimento do papel de cidadão dos alunos.....	190
Tabela 37 - Participo e/ou promovo trabalhos voltados para a promoção das relações interpessoais.....	190
Tabela 38 - Participo de programas culturais realizados na Instituição	190
Tabela 39 - Participo de campanhas e programas sociais da Instituição	191
Tabela 40 - Tenho o cuidado de escrever e divulgar os trabalhos que desenvolvo.....	191
Tabela 41 - Os profissionais da escola conhecem os projetos que realizo.....	191
Tabela 42 - Eu me interesso pelos projetos realizados por outros profissionais da Instituição	192
Tabela 43 - Acho importante escrever e divulgar o que realizo no meu dia-a-dia profissional	192
Tabela 44 - Medianas do Fator 2 por escola.....	193
Tabela 45 - Minhas relações pessoais na escola me fazem bem.....	194
Tabela 46 - Como profissional eu me sinto cuidado pela Instituição.....	194
Tabela 47 - Sinto-me realizado com o trabalho que desempenho.....	194
Tabela 48 - Sinto que meu bom desempenho é reconhecido pelos alunos.....	195
Tabela 49 - Considero que sou reconhecido pela comunidade no trabalho que desenvolvo	195

Tabela 50 - Considero que quando desenvolvo um bom trabalho este é reconhecido pela Direção.....	195
Tabela 51 - Considero-me estimulado pela missão e visão da Instituição.....	196
Tabela 52 - Encontro dificuldades financeiras para a realização de projetos	196
Tabela 53 - Medianas do Fator 3 por escola.....	197
Tabela 54 - Realizo projetos de longa duração (mais de um ano).....	198
Tabela 55 - A minha maior motivação no trabalho é a financeira.....	198
Tabela 56 - Realizo projetos junto a diferentes associações de moradores (ou semelhantes)	198
Tabela 57 - Já realizei projetos junto a diferentes secretarias públicas.....	199
Tabela 58 - Sinto-me estimulado a trabalhar com a comunidade escolar.....	199
Tabela 59 - Medianas do Fator 4 por escolas.....	200
Tabela 60 - Penso que como profissional promovo a saúde das pessoas na Instituição de Ensino.....	200
Tabela 61 - Realizo trabalhos voltados para a saúde dos alunos	201
Tabela 62 - A minha participação na Instituição favorece a saúde física.....	202
Tabela 63 - O meu trabalho promove a saúde mental de todos na Instituição	202
Tabela 64 - Meu trabalho considera a saúde espiritual de todos na Instituição.....	202
Tabela 65 - Meu trabalho promove a saúde social.....	203
Tabela 66 - Realizo Trabalhos Voltados Para a Saúde da Comunidade.....	203
Tabela 67- Tenho flexibilidade suficiente para adaptar os meus trabalhos à cultura e às condições de aprendizado dos alunos e dos profissionais.....	204
Tabela 68 - Preocupo-me com os hábitos alimentares e de sedentarismo de todos que frequentam o ambiente institucional.....	204
Tabela 69- O governo ou sociedade acadêmica conhece os projetos desenvolvidos na Instituição	204
Tabela 70 - Número de participantes de cada escola, em pré e pós-intervenção.....	206
Tabela 71 - Médias, diferenças, intervalos de confiança e resultados do teste t para as dimensões EPS na escola A, antes e depois dos Sociodramas.....	207
Tabela 72 - Médias, diferenças, intervalos de confiança e resultados do teste t para as dimensões EPS na escola B, antes e depois dos Sociodramas.....	208
Tabela 73 - Médias, diferenças, intervalos de confiança e resultados do teste t para as dimensões EPS na escola C, antes e depois dos Sociodramas.....	209

Tabela 74 - Médias, diferenças, intervalos de confiança e resultados do teste t para as dimensões EPS na escola D, antes e depois dos Sociodramas.....	210
Tabela 75 - Médias, diferenças, intervalos de confiança e resultados do teste t para as dimensões EPS na escola F, antes e depois dos Sociodramas.....	211
Tabela 76 - Médias, diferenças, intervalos de confiança e resultados do teste t para as dimensões EPS na escola G, antes e depois dos Sociodramas.....	212
Tabela 77 - Médias, diferenças, intervalos de confiança e resultados do teste t para as dimensões EPS na escola H, antes e depois dos Sociodramas.....	213
Tabela 78 - Médias, diferenças, intervalos de confiança e resultados do teste t para as dimensões EPS na escola I, antes e depois dos Sociodramas.....	214
Tabela 79 - Médias, diferenças, intervalos de confiança e resultados do teste t para as dimensões EPS na escola J, antes e depois dos Sociodramas.....	215
Tabela 80 - Médias e Medianas relativas aos quatro fatores.....	216
Tabela 81 - Médias, diferenças, intervalos de confiança e resultados do teste para as dimensões EPS nas 10 escolas, antes dos Sociodramas.....	239

Índice de Figuras

Figura 1 - Caracterização da amostra por género e por faixa etária.....	138
Figura 2 - Distribuição dos participantes por função do profissional.....	138
Figura 3 - <i>Scree Plot</i> diagrama de declividade.....	149
Figura 4 - Modelo de EPS com dez dimensões interdependentes.....	157
Figura 5 - Modelo de EPS com dez dimensões interdependentes com resultados padronizados	158
Figura 6 - Modelo de EPS com quatro fatores interrelacionados	160
Figura 7 - Modelo de EPS com quatro fatores interrelacionados com resultados padronizados	161
Figura 8 - Participação das escolas na primeira passagem do questionário (pré-intervenção)	172
Figura 9 - Participação por município na primeira passagem do questionário (pré- intervenção)	172
Figura 10 - Distribuição da amostra por género na primeira passagem do questionário (pré- intervenção)	173
Figura 11 - Distribuição da amostra por faixa etária na primeira passagem do questionário (pré-intervenção).....	173
Figura 12 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade na primeira passagem do questionário (pré-intervenção).....	174
Figura 13 - Distribuição da amostra por função na primeira passagem do questionário (pré- intervenção).....	174
Figura 14 - Distribuição da amostra por conhecimento do conceito EPS na primeira passagem do questionário (pré-intervenção).....	175
Figura 15 - Participação das escolas na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).	175
Figura 16 - Participação por município na segunda passagem do questionário (pós- intervenção).....	176
Figura 17 - Distribuição da amostra por género na segunda passagem do questionário (pós- intervenção).....	176
Figura 18 - Distribuição da amostra por faixa etária na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).....	177

Figura 19 - Distribuição da amostra por nível de escolaridade na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).....	177
Figura 20 - Distribuição da amostra por função na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).....	178
Figura 21 - Distribuição da amostra por conhecimento do conceito EPS na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).....	178

Índice de Anexos

Anexo A - Escala - EEPS.....	307
Anexo B - Sociodrama 1 - Mapeamento do Clima.....	311
Anexo C - Sociodrama 2 - Plano de Ação - TREM®	320
Anexo D - Sociodrama 3 - Ministérios.....	329

Escola Promotora de Saúde: O Sociodrama como método de Promoção de Saúde.

Introdução

Esta tese tem como tema central o conceito de Escola Promotora de Saúde, seu entendimento e prática atual nas escolas brasileiras. Diante de tantos acontecimentos relacionados com doenças e preocupações com a preservação da espécie humana e do Planeta Terra, pensar na educação parece ser de total relevância para a participação de toda a sociedade. É pertinente para a Psicologia da Saúde, em especial à Promoção de Saúde, desenvolver instrumentos, oferecendo suporte técnico e humano para quem se coloca na linha de frente dos projetos de melhoria da vida, como é o caso dos profissionais da educação e da saúde. Como demonstrado por Buss (2000), as influências entre saúde, qualidade de vida e condições de vida não são suficientes, é necessário discutir-se o tipo de intervenção a partir da saúde que atinja melhorias na qualidade de vida das comunidades, o que é crucial para o entendimento do conceito da Escola Promotora de Saúde.

A justificativa para esta tese encontra-se na possibilidade de que a ciência e a prática da Psicologia tenham muito a oferecer para a reflexão do conceito ‘Escola Promotora de Saúde’ (doravante referida apenas como EPS), pois nunca se falou tanto no ambiente escolar como elemento transformador da realidade e na promoção de saúde (Mont'Alverne & Fontenele, 2013). É primordial a participação da Psicologia num tema atual totalmente relevante tanto para a população acadêmica quanto para a população comum, que têm ou não, acesso à escola de qualidade.

Dentro desse pensamento, são considerados três níveis de atuação na Saúde: primário – tratamento de doenças; secundário – prevenção de doenças; terciário – promoção de saúde. O modelo mais próximo do que se chama hoje de ecológico, privilegia além da prevenção, a promoção da saúde (Ribeiro, 1998), o que significa portanto, levar conhecimento e possibilidades de melhoria a todos os espaços e para todo tipo de grupo. Num atual paradigma mais complexo, as estratégias tendem a serem englobadas por setores mais abrangentes que o de saúde (Ferraz, 2013), o que está demonstrado nos programas de EPS (Trickett & Rowe, 2012).

O conceito de EPS surgiu no cenário mundial pela necessidade de investimento em programas de saúde que atendessem um número maior de pessoas e que as encontrassem num ambiente propício para a realização de projetos. A Organização Mundial de Saúde, preocupada com questões individuais e grupais e com a visão de que o ser humano deve ser considerado em dimensões bio-psico-sociais, encoraja e exige de seus membros a integração

entre os vários saberes, estimulados nos espaços escolares para a Promoção da Saúde de todos. O Brasil participa da *Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud* e com ela se compromete a investir na implantação de Escolas Promotoras de Saúde (OPS, 2001).

Com a EPS se pretende o desenvolvimento do maior número de intervenções com um tempo programado antecipadamente, e que incluam, além da ideia de saúde para o estudante, o englobamento de toda a comunidade escolar e de profissionais envolvidos almejando resultados de mudanças objetivas. (St. Leger, 2004). A EPS incorpora ligações práticas e conceituais entre a educação, a saúde e os valores participativos, estando o conceito continuamente em mudança a partir da construção coletiva de sua comunidade (Clift & Jensen, 2005). Alguns autores estão se dedicando ao estudo da EPS e, entre eles, Mukoma e Flisher (2004) que revisaram as avaliações e levantaram uma série de lições de metodologia úteis para o estudo do conceito.

Para St. Leger (2004) falta aos administradores escolares e aos professores, informações sobre os benefícios da EPS, pois raramente estes profissionais procuram ou recebem informações sobre saúde escolar. Assim, representa um desafio para os profissionais da saúde interpretar essas informações e passarem-nas aos profissionais da educação, para que estes possam melhor programar e implementar os programas.

Nesse espírito de mudança colaborativa, este trabalho tem por objetivo facilitar o reconhecimento da condição de EPS dentro das próprias escolas, com o conceito já implantado ou não. A primeira fase do trabalho busca o reconhecimento do conceito por meio da própria revisão de literatura, possibilitando a identificação de dez requisitos necessários para a indicação sobre o nível de entendimento e implantação das condições de EPS: 1) compreensão do conceito; 2) envolvimento dos profissionais; 3) estrutura; 4) tempo; 5) envolvimento das diversas disciplinas; 6) envolvimento dos setores; 7) envolvimento da comunidade; 8) projetos; 9) motivações e gratificações dos profissionais; 10) registros realizados e por fim, independente das dimensões encontradas, a discussão sobre as dificuldades que se apresentaram.

As condições de uma EPS em sua totalidade contemplam a comunidade como um todo, e dentro dela, dois grupos têm destaque especial: o de profissionais que atuam diretamente na escola e o dos alunos que a frequentam. No entanto, é preciso esclarecer que a comunidade escolar também é composta por pessoas que vivem em seu entorno, ou seja, inclui os não alunos e os não profissionais da educação. Sendo assim, para se avaliar o grau de promoção de saúde de uma comunidade escolar é preciso estudar pelo menos três diferentes grupos de atores sociais: os profissionais que trabalham na escola; os alunos que a

frequentam e a comunidade que se situa no entorno da estrutura escolar. A escolha efetuada para a pesquisa foi de trabalhar com os profissionais, pois, existem vários artigos como os de Martinelli e Agüena (2013) que se referem à motivação dos alunos para a aprendizagem, mas é difícil encontrar trabalhos de pesquisa sobre a motivação dos profissionais para o desenvolvimento dos alunos e da comunidade. Apesar de uma escola partir da necessidade de uma comunidade e de se manter através dela e dos alunos, o grupo de profissionais pode através do conhecimento teórico e prático proporcionar as mudanças necessárias para a quebra de paradigmas. Isto é, os profissionais exercem influência sobre os alunos, que por sua vez, exercem influência sobre sua comunidade, tanto quanto o inverso.

Numa segunda fase, o objetivo refere-se à aferição das condições de uma EPS por meio de avaliações quantitativas. Para tanto, foi construída uma escala que permitisse aceder à aquisição e incorporação do conceito por parte destes profissionais. Com a existência desta escala, dimensões objetivas e subjetivas puderam ser trabalhadas, avaliadas e refletidas em conjunto com o grupo. Além disso, um plano de ação pode ser construído para promover os projetos necessários e, como consequência, alcançar a promoção geral das condições da saúde dos envolvidos. Do ponto de vista sistêmico, as mudanças conseguidas no grupo de profissionais poderão gerar mudanças no todo, desde que as questões sejam refletidas dando oportunidade a todos os envolvidos para esclarecerem valores, reverem comportamentos, encontrarem saídas mais saudáveis e praticarem novas atitudes em colaboração com os demais. Tudo isso visando melhorar a vida pessoal e escolar e promovendo a saúde dos atores sociais.

O terceiro momento tem como objetivo encontrar uma metodologia qualitativa capaz de promover as condições de uma EPS, e assim identificou-se o Sociodrama como metodologia de pesquisa-ação adequada a esta finalidade. Criado por Jacob Levy Moreno, o Sociodrama é parte da Socionomia, uma fundamentação teórica e metodológica que ficou conhecida como Psicodrama, embora este também seja o nome de uma de suas metodologias. O Psicodrama é considerado como a metodologia que trabalha em grupo questões individuais ou de pequenos grupos, enquanto o Sociodrama trabalha o grupo como um todo ou temas grupais (Howie, 2014). São encontradas muitas dificuldades para se estabelecerem distinções precisas entre trabalhos que utilizem uma ou outra metodologia, assim, para determinados autores, o teatro espontâneo e até mesmo o *playback theatre* são facilmente chamados de Psicodrama, ou até chamados de Sociopsicodrama, por outros autores como por exemplo, Zuretti (2010). Deste modo, ficou estabelecido usar-se, no desenvolvimento deste trabalho, a definição da Federação Brasileira de Psicodrama (FEBRAP) que preconiza o Sociodrama

sócio educacional como um trabalho de foco grupal, utilizado em grupos não clínicos, como o caso das escolas.

O Sociodrama também pode ser chamado de *role playing* ou dramatização por alguns teóricos, e encenar uma situação fictícia ou real com o objetivo de refletir situações problema, contradições e/ou conflitos (Willman, 2013). A principal técnica discutida nesta pesquisa, utilizando o Sociodrama, foi a inversão de papéis, onde um se coloca no lugar do outro para viver novas respostas aos temas e conflitos propostos, e assim, com o intuito de atingir o nível de *role creating*, o grupo é aquecido pelo *role playing* e desta forma, as dramatizações são escolhidas em função dos papéis e contrapapéis acertados com o grupo, procurando não se perder o foco destes papéis (Ramalho (2008). Neste trabalho, o contrato com o grupo foi ater-se ao papel profissional, seus contrapapéis, visando os alunos, gestores e as comunidades e não foram focados outros papéis, como por exemplo o papel de filho, pai, etc.

Moreno, assim como demais investigadores de suas obras e de sua prática, consideram o grupo como um sujeito a ser trabalhado (Bidart-Novaes, Brunstein, Gil, & Drummond, 2014; Brito, 2006; Bustos, 1997; Cossa, 2006a; Wechsler, 2007). Existe uma linguagem própria advinda do grupo e sua matriz social que o leva a determinada estrutura e inclui os níveis reais e simbólicos (Zuretti, 2010). No Sociodrama o sujeito constrói o significado a partir de sua própria experiência e aprendizagem prévios, num processo bidirecional que dá sentido ao conhecimento (Hamann, 1999).

Moreno (1997) afirma que durante o processo de socialização, a espontaneidade das crianças diminui e o Sociodrama pode ser então, uma importante ferramenta de recuperação da mesma e restituição da saúde individual e coletiva um universo mais amplo, quando tornar-se adulto. Portanto, o Sociodrama visa o desenvolvimento da capacidade espontânea de todo indivíduo que passa a responder às situações cotidianas de forma adequada, original e criativa, com as emoções e as razões equilibradas e saudáveis num determinado contexto e momento. A forma espontânea de se viver e conviver que tem sido bloqueada pela sociedade, precisa ser resgatada.

O Sociodrama é cada vez mais aplicado em todo tipo de grupo e com os mais diversos objetivos, (Blatner, 2006; Bronzeri & Capecchi, 2012; Canel & Pelicioni, 2007; Gonçalves, Dal-Farra & Silva, 2013; McLennan, 2007; Shimidt, 2010), e trabalhando-se com o grupo e para o grupo chega-se à construção coletiva de um conceito e à promoção da saúde do próprio grupo.

A justificação para o desenvolvimento deste trabalho foi o interesse na união das áreas da Saúde e da Educação, por meio da psicologia que é um conceito comum às duas, e para

isto mostrou-se interessante a utilização da metodologia sociodramática como fundamento para essa ponte. A pertinência está na contribuição para a melhoria da promoção da saúde dos profissionais da educação, dos alunos e da comunidade escolar. Os profissionais ganham com o entendimento do conceito, com a valorização do papel profissional e a melhoria nas relações interpessoais através do espaço criado para reflexão e acolhimento. Os alunos se favorecem com o desenvolvimento de seus professores e do ambiente escolar o que pode resultar na sua própria emancipação. A comunidade ganha quando por exemplo, o professor consegue inverter papel e entender melhor o que é esperado de seu papel profissional, contribuindo para um maior diálogo entre todos.

Esperando parcerias com a sociedade e as políticas públicas ao oferecer condições para o reconhecimento de uma EPS por meio de estudos acadêmicos, quantitativos e qualitativos, este trabalho pretende atender diferentes pontos de vista. Sendo assim, os capítulos a seguir apresentarão o desenvolvimento da Escola Promotora de Saúde, do Sociodrama e a combinação entre ambos.

A aplicação da pesquisa no primeiro estudo e as intervenções do segundo estudo são realizadas no Brasil e apresentadas em Portugal. Portanto é necessário o entendimento de algumas diferenças no âmbito das divisões e nomenclaturas dos níveis escolares de ambos os países. A diferença entre o sistema Brasileiro e o Português está apenas no 2º e 3º ciclo que para o Brasil se tornam apenas um, o Ensino Fundamental 2.

No capítulo 1 fica apresentado o conceito da Psicologia da Saúde e seu papel nas condições de saúde da população com contribuição para a saúde no trabalho e na educação, pois a escola é também um ambiente de trabalho, uma organização com fins educacionais.

No capítulo 2, o estudo se concentra na Escola Promotora de Saúde e no papel exercido pela psicologia na implantação e implementação de suas condições e como não foram encontrados estudos específicos da psicologia ligados ao conceito de EPS, este trabalho poderá ser considerado de relevante contribuição. Neste capítulo, uma revisão da literatura com o conceito específico da EPS se encerrou com um conjunto de dez dimensões capazes de facilitar o reconhecimento das condições de uma EPS. A falta de artigos específicos da psicologia diante deste conceito salienta o interesse na discussão. A palavra-chave utilizada para as buscas foi a Escola Promotora de Saúde e os principais autores referendados: St Leger (2004), Harada (2004), Figueiredo et al (2010), Viig, Fosse, Sandal e Wold (2012), Chi et al (2013), entre outros.

No capítulo 3 apresenta-se a proposta metodológica do Sociodrama, sua história, as diferenças entre países e grupos de trabalho e as especificidades do Sociodrama sócio

educacional a partir do referencial da Federação Brasileira de Psicodrama (Febrap, 2008), com sua utilização na função organizacional e educacional. Foram mencionados os principais estudos do tema nas áreas da saúde com foco psicoterápico e nas organizações e áreas da educação com foco sócio educacional, assim como os resultados encontrados por estes estudiosos. Entre os temas voltados para saúde são encontram-se trabalhos com pacientes individuais e em grupos, por exemplo: grupos de mulheres e crianças vitimizadas, diagnósticos de transtorno de identidade e disfunções sexuais, de Pulido, Estebanaranz e Cuadrado (2009) ou Koleva (2012), entre outros. Na educação, há trabalhos com alunos e profissionais em diversas fases com diferentes distúrbios, salientando-se os de aprendizagem ou comportamentais; além do Psicodrama utilizado diretamente para o ensino de conteúdos determinados, como os autores Canel e Pelicioni (2007) e Karatas (2009, 2011). Na linha organizacional, foram realizadas intervenções em distintas áreas profissionais, inclusive nas da saúde, com o objetivo de melhorar a qualidade de vida destes profissionais e culminaram em resultados positivos como no estudo de Valcarce (2012).

No capítulo 4, demonstram-se os detalhes do Estudo 1 desenvolvido no âmbito desta tese com a criação da Escala EPS e sua aplicação nos profissionais pesquisados. Os resultados apresentaram quatro fatores confirmando a pertinência da criação dos instrumento e as possibilidades de utilização. A se ver, estes fatores foram denominados: Projetos; Reconhecimento e Realização; Comunidade e Intersetorialidade; e Conceito de Saúde. Um modelo ideal de integração destes fatores e um modelo de investigação passou a ser pesquisado com a Escala Escola Promotora de Saúde (EEPS) se fez percorrer por estes quatro fatores. A amostra incluiu professores e profissionais que atuam em escolas de ensino infantil, fundamental e médio. Foi aplicada a escala, realizada análise fatorial e análise confirmatória concluindo pela validade da escala.

No capítulo 5 baseia-se no detalhamento do Estudo 2, com a descrição da pesquisa realizada através de Sociodramas em escolas dos Municípios de São Bernardo do Campo, e Barueri, ambos do Estado de São Paulo, no Brasil. Três diferentes encontros com os profissionais das escolas, especialmente professores e gestão, identificaram as questões que mais os afetam ao mesmo tempo em que se trabalhou o conceito e as dimensões que envolvem o Projeto de Escola Promotora de Saúde. Através destas discussões, o modelo de investigação da EPS pode ser refletido unindo a Escala e a pesquisa-ação. Diante dos resultados obtidos com o Estudo 2 após a segunda aplicação da escala, foi possível a identificação de mudanças que muito embora sejam de pequeno porte, reafirmaram a validação da escala.

Não foi possível referir-se a grandes mudanças encontradas, mas comparando a pontuação total, antes (T1) e depois do Sociodrama (T2), salienta-se, por exemplo, a pontuação de uma das escolas que apresentou todas as suas médias gerais alteradas. Comparando os quatro fatores (Projetos, Reconhecimento, Comunidade e Conceito de Saúde), quatro escolas obtiveram resultados significativos, tanto no aumento, como no declínio das médias, o que reforça a ideia de que o conceito ainda está pouco difundido e com as discussões pode vir a se alterar.

Ao final desses capítulos apresenta-se a discussão dos estudos e suas conclusões. O principal ponto de discussão mostrou o quanto as escolas são diferentes umas das outras, assim como os alunos que conforme a idade e o nível social possuem necessidades diversas e respostas diferentes, o que implica que, a mesma resposta para a mesma pergunta não será eficaz se as diversidades não forem levadas em consideração. Muitas vezes, querendo ajudar um determinado grupo, sem conhecer suas verdadeiras necessidades, o objetivo se perde. Ficou demonstrado que o levantamento dos dados junto aos grupos e a troca de papéis no processo sociodramático deixou mais fácil a percepção da realidade de um grupo, e a criação de projetos adequados para esta realidade.

As discussões suscitaram muitas reflexões e os grupos foram estimulados a pensarem de diferentes maneiras sobre o tema, sendo mobilizados para possíveis mudanças de paradigma. Ao mesmo tempo em que o pesquisador recolhe subsídios para suas discussões teóricas, o grupo reflete temas muitas vezes nunca antes pensados. Foi possível discutir a validade da escala, dos Sociodramas, da pesquisa-ação com recursos quanti e qualitativos, o conceito de EPS para os profissionais da educação e as possíveis intervenções necessárias para a implantação e implementação deste conceito.

Apesar das limitações do trabalho em virtude do tempo disponível e das resistências encontradas para a entrada da pesquisa nas escolas, é possível reconhecer a contribuição dos dados recolhidos para o entendimento do estado atual das escolas em relação ao seu conhecimento da proposta da Escola Promotora de Saúde.

Concluindo, entende-se que é o papel do psicólogo da saúde e/ou escolar e educacional, e/ou do trabalho, levar à reflexão e auxiliar na melhora da saúde psicológica dos envolvidos na escola e em sua comunidade, considerando a todos como seres integrais e integrados num ambiente saudável e promotor de saúde. Para as políticas públicas fica a sugestão da criação de trabalhos que auxiliem a integração entre os profissionais da área da Educação e da Saúde, contribuindo para a que a mudança de paradigma vigente sobre o conceito de saúde ocorra de forma mais rápida e efetiva.

PARTE I: FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Capítulo 1: Psicologia da Saúde

1.1 Aspectos gerais da Psicologia da Saúde

Para este início de trabalho, foi pensada a Psicologia da Saúde como base do desenvolvimento do conceito de “Escola Promotora de Saúde” e embora este estudo tenha como foco o conceito de Escola Promotora de Saúde, antes se faz necessária a clarificação do contexto em que este surgiu.

A Psicologia da Saúde ainda hoje enfrenta o próprio mal que combate. Como Witter (2008) pesquisou internacionalmente, os trabalhos publicados sobre o tema, não apresentam diferenças significativas entre estudos sobre saúde e sobre doença, e ainda, a doença no Brasil, continua sendo o foco dos estudos científicos, em detrimento a estudos que se voltem para o entendimento e a prática da promoção de saúde.

Mesmo nos atendimentos a pacientes com doenças, dificuldades, e/ou queixas na área da saúde mental, profissionais, principalmente médicos, atendem basicamente em busca de um diagnóstico e mesmo assim ignoram ou não possuem conhecimentos e habilidades suficientes para diagnosticar e tratar as patologias mentais. Muitos destes pacientes passam despercebidos retornando para suas casas sem atendimento adequado (Ribeiro, Alves, Silva, & Silva, 2008; Spink, & Matta, 2006), persistindo desta maneira, a preocupação com as doenças biológicas sem o olhar para a saúde mental do ponto de vista do sujeito autônomo bem ambientado consigo mesmo e com o mundo circundante. Apenas o sujeito que apresenta doenças na dimensão física/biológica é reconhecido como usuário (expressão usada no Brasil para designar quem utiliza os equipamentos do sistema de atendimento de saúde). Os autores apontam para a dificuldade em reconhecer-se o espaço das emoções nos corpos e nas relações por parte da prática tradicional de saúde pública.

A Psicologia da Saúde divide-se em três modelos teóricos: baseada em Teorias Ecológicas/Evolucionárias; em Teorias da Cultura; e em Teorias Políticas/Econômicas (Hahn, 2009). O interesse deste estudo encontra base nas teorias Ecológicas/Evolucionárias, que para Hahn (2009) consiste na ideia de que o ambiente físico e a adaptação humana são os principais determinantes da doença e da cura conjuntamente com a visão antropológica de pensar-se nos problemas de saúde pública através da interação entre a biologia humana, ecologia e cultura. Existe hoje uma maior conscientização dentro da saúde pública, sobre a

importância de uma política pública que inclua outros setores que não parecem diretamente ligados à saúde, mas que acabam por interferir (Stener, & Corrêa Filho, 2013).

Outra referência que serve de base é Ribeiro (1998), para quem a primeira revolução se realizou na divisão de três níveis de atuação na Saúde: primário – tratamento de doenças; secundário – prevenção de doenças; terciário – promoção de saúde. Um modelo mais próximo do que se chama hoje de ecológico, privilegia além da prevenção, a Promoção da Saúde. Entendendo que ainda hoje, “promover e proteger a saúde ainda é um raciocínio pouco valorizado entre nós” (Heleno, Vizzoto, & Bomfim, 2007, p.196). Para a ‘Promoção de Saúde’, a saúde deve ser um recurso utilizado pelo indivíduo em seu cotidiano e não um fim em si.

No passado deu-se a ênfase a uma visão biológica, reconhecendo, o visível, a doença que se mostrava através de seus sintomas. Depois veio o momento da “medicina social” que tentou explicar todos os determinantes da saúde e da doença explicando, por exemplo, epidemias de cólera, sem considerar o vibrião colérico como agente externo real, e apenas querendo explicar que as melhorias deveriam estar nas condições ambientais (Stener, & Corrêa Filho, 2013).

Segundo o Ministério da Saúde, não se pode permitir que a ciência reforce alguns paradigmas olhando apenas uma das vertentes, mas é preciso olhar para todos os lados para se atingir mudanças concretas e significativas (Ministério da Saúde, 2006). Pois, como levantam Pellegrini e Buss (2011) independente da valorização de uma abordagem ou outra, o século XX é marcado pela tensão destas duas: o enfoque médico biológico como campo científico; e os enfoques sociopolíticos e ambientais. Já nos anos 80, novamente se encontra uma concepção centrada na assistência médica individual, e nos anos 90 volta-se à ênfase nos determinantes sociais, que continua afirmando-se na entrada do século XXI. Com isto, Pellegrini (2011) expõe a preocupação com o foco na população mais exposta a doenças, na procura de uma difícil solução para diminuir na população, a incidência de certas doenças, que estão relacionadas a determinantes sociais e exigem intervenções populacionais por parte do governo. Pellegrini e Buss (2011) acreditam que os fatores individuais são importantes para identificar aqueles que dentro de um grupo correm maior risco, mas as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países apresentam-se principalmente quanto ao nível de igualdade de distribuição de rendimento. Quando são confundidos os níveis de análise, explicando a saúde das populações com estudos individuais, perdemos a importância de se trabalhar de forma ecológica e com visão do macro para cairmos numa visão micro e individualista.

Estudos interdisciplinares devem implicar variáveis individuais e coletivas na prática da construção da Psicologia da Saúde, percebendo as diferenças entre promoção e manutenção de saúde, e prevenção e tratamento de doenças (Jesus & Rezende, 2006).

São objetivos da Promoção de Saúde “(re)ativar potências, articular vivências, aprender, ensinar, gerar reflexões, sensações e (re)significações,” sem a pretensão de “resolução de dificuldades e de carências da comunidade, mas potencializar sujeitos e coletivos”, para tanto é necessária a construção de grupos e o envolvimento de usuários e profissionais (Silva, Pereira, Oliveira, & Kodato, 2013, p.1002). Ferraz (2013) analisa a transição do conceito de Promoção de Saúde e conclui que no atual paradigma mais complexo, a saúde não pode se fechar e as estratégias são englobadas por setores mais abrangentes do que a própria saúde, o que deve ser demonstrado nos programas de EPS.

Para Rovere (1994) muitos são os prismas do mundo do trabalho na área da saúde: a administração geral, a sociologia do trabalho, o desenvolvimento das diversas profissões e especialidades, o desenvolvimento tecnológico, a análise econômica, os processos de aprendizagem entre outros, aos quais se acrescenta em especial, a psicologia da saúde. Como propõe Silva (2006) as mudanças na gestão do trabalho em saúde implicam, mudanças nas pessoas, relações, processos, e nas próprias ações de saúde, assim como envolvem questões técnicas e políticas com a necessidade de articulação interna da saúde e externa envolvendo outros setores (Silva, 2006).

1.2 Conceito de Saúde

Minayo, Hartz, e Buss (2000) discutem o conceito de saúde e qualidade de vida como um conceito ainda a ser mais bem debatido e definido, pois muitas são as explicações e tentativas de definição. Incluem diversas dimensões que não apenas a visão biomédica, pois a qualidade de vida tem interferência da cultura e do padrão definindo por uma sociedade, consciente ou inconscientemente, assim como o conjunto das políticas públicas e sociais e as escolhas de estilos de vida.

Com o passar dos anos de estudos e definições sobre estes conceitos, é possível concordar com a discussão de Scliar (2007) em que o conceito de saúde difere de pessoa para pessoa, de época, de lugar e de classe social. Depende dos valores individuais, grupais e sociais, inclusive de concepções religiosas, filosóficas ou científicas. Kaur e Sinha (2013) em recente revisão sobre o conceito de saúde levantam as diversas dimensões deste conceito tão

amplo. De uma visão estritamente técnica a uma visão totalmente filosófica, passa pelo ponto de vista etimológico, biomédico, ecológico, cultural e organizacional entre outros. O que mais chama atenção dos autores do ponto de vista etimológico são as diversas palavras na língua inglesa para demonstrar os dois lados da palavra saúde; um lado negativo de ausência de doenças e um positivo de completo bem-estar do sujeito dada pela OMS, e concluem que para a maioria dos autores por eles pesquisados, a saúde significa ter um corpo que possibilite realizar o que se pretende, e em geral, incluem o corpo físico, psíquico, emocional e espiritual.

Desde 1948 a Organização Mundial de Saúde entende saúde como um “completo bem-estar físico, mental e de bem-estar social, não apenas ausência de doenças ou enfermidades” (WHO, 2014, p.1). Tal abrangência de conceito leva a supor que profissionais em geral, incluindo os da educação tenham dificuldades na obtenção de objetivos ligados a promoção da saúde, vista a complexidade que este conceito de saúde abrangente implica em ações educacionais como forma de emancipação da qualidade de vida.

De outra maneira o conceito de bem-estar social a que se refere a OMS tem incluído em sua compreensão um outro conceito que é o de bem-estar subjetivo, que segundo Galinha e Ribeiro (2005) representa uma dimensão positiva da Saúde, e inclui conceitos e domínios de estudo como Qualidade de Vida, Afeto Positivo e o Afeto Negativo (Galinha & Ribeiro, 2005).

O conceito de Qualidade de Vida, segundo Myers e Botkin (2013) inclui o julgamento pessoal e individual que cada um faz a respeito de sua própria vida e como a pessoa avalia sua performance diante das experiências, evoluções e expectativas. Esse conceito tem-se ampliado com o tempo, significando crescimento económico e desenvolvimento social (saúde, educação, moradia, transporte, lazer, trabalho, crescimento individual), nas condições de vida da população (Guimarães & Vizzoto, 2013). Schalock e Alonso (2013) acrescentam variações conforme a sensibilidade e a cultura, lembrando seu carácter multidimensional. Em especial discutem a qualidade de vida nas populações com disfunções intelectuais do desenvolvimento, e o quanto o conceito deve ser aplicado com equidade.

Fleck, Louzada, Xavier, Chachamovich, Vieira, Santos e Pinzon (1999) em suas pesquisas apresentam diversos domínios relacionados à avaliação do nível de qualidade de vida apresentado pelas pessoas. Schalock e Alonso (2013) ressaltam que estes domínios são os mesmos para todas pessoas, mas o que varia é seu âmbito individual, valor e importância dado a cada um deles. Por fim, Barofsky (2012) após citar diversos autores que discutem o conceito de Qualidade de Vida, sugere que a definição de um conceito complexo como este

será sempre mutável na medida em que, quanto mais se aprende sobre os fenômenos em estudo, mais estes se destacam ou se extinguem, o que pode incomodar os investigadores, mas é um fato a ser considerado.

Em 2014, a Revista Ciência e Saúde Coletiva, apresentando estudos atuais em relação à saúde do trabalhador ressalta que os pressupostos dos múltiplos autores que pesquisam o território brasileiro do século XXI estão intrinsecamente relacionados às questões ambientais (em todo tipo de empreendimentos), exigindo mudanças alinhadas com as propostas de sustentabilidade e que, visam o bem-estar de todos (Minayo & Gualhano, 2014).

Já os estudos de Qualidade de Vida na escola estão surgindo no cenário internacional, especialmente os que relacionam qualidade de vida e alimentação. Trabalhos como os de Dalton, Schetzina, Pfortmiller, Slawson e Frye (2010) realizados no sul da Apalachiaa, nos Estados Unidos da América, demonstram a importância da compreensão dos fatores que acompanham comportamentos de saúde como a própria imagem corporal e a percepção de excesso de peso, e que afinal percebem que o tempo que os jovens passam em frente a uma ecrã, e sem atividade física, influencia mais de forma negativa na qualidade de vida, do que a própria imagem corporal.

Estudos em relação à qualidade de vida de professores de educação infantil no ambiente de trabalho, como o de Emadzadeh, Khorasani, e Nematizadeh (2012) reforçam a importância de um ambiente favorável aos professores para o desenvolvimento da educação. Estes autores em particular afirmam que os profissionais incluídos no estudo apresentam qualidade de vida profissional pouco satisfatória. No entanto, apresentam alta motivação no trabalho, o que parece indicar que má qualidade de vida não afeta diretamente a motivação, o que também ocorre com a insatisfação salarial.

Os estudos anteriores levam a crer que todo profissional necessita ter sua saúde preservada, pois se um profissional não se apresentar saudável encontrará dificuldades em se motivar, estimular e trabalhar de forma saudável para desenvolver tanto as pessoas que o cercam quanto os processos dos quais participa. Muitos estudos destacam o alto índice de estresse nos profissionais da educação. Elvira e Cabrera (2004) reforçam a importância de estudos que auxiliem a fornecer instrumentos de avaliação e prevenção de estresse e *burnout* nos professores. Apesar de não ser o foco principal, este estudo pretende ressaltar a importância da Qualidade de Vida para a Escola Promotora de Saúde, portanto não é suficiente a qualidade de vida dos alunos, mas sim a de todos os atores sociais envolvidos, incluindo os profissionais que atuam na escola.

1.2.1 Saúde e Trabalho

A saúde no trabalho vem sendo discutida da mesma forma que na educação. O ambiente deve ser saudável e pensado de forma preventiva aceitando o trabalhador também de forma bio-psico-social. A Qualidade de Vida no ambiente de trabalho é fonte de diversificados estudos.

Para Siqueira (2014) são encontradas duas maneiras de conceber a Qualidade de Vida no Trabalho e que se apresentam totalmente distintas: como um estilo de eficiência organizacional, onde atribui ao sistema e aos seus dirigentes a responsabilidade de identificar, planejar e implementar as suas condições facilitadoras, ou a partir da percepção do indivíduo de suas condições de trabalho, com maior ênfase quanto à adequação e competência do sistema organizacional, e o quanto atende as necessidades individuais. A autora em seus estudos identifica como principais fatores determinantes de Qualidade de Vida no Trabalho: o próprio trabalhador, as relações interpessoais, os colegas, o chefe, o trabalho, a política de administração de recursos humanos e a empresa. Entende que o bem-estar físico e mental das pessoas que trabalham depende em grande parte do elemento humano e dos fatores citados acima. A Qualidade de Vida no Trabalho poderia finalmente ser definida como um conceito multidimensional envolvendo uma multiplicidade de fatores e de variáveis no complexo sistema empresarial que, ao assumirem determinados valores, determinariam consequências positivas ou negativas à organização e às pessoas nelas envolvidas.

Em Silva e Ramminger (2014) os autores discutem o papel do trabalho como operador de saúde, e destacam a importância do reconhecimento do trabalho realizado e a capacidade de criação pessoal e coletiva, quando o próprio trabalho funciona para a promoção da saúde, em detrimento de ideias mais antigas onde o trabalho serviria apenas para sobrevivência produzindo adoecimentos e alienação.

Um conceito atual defendido por Osatuke, Moore, Ward, Dyrenforth e Belton (2009) é o da civilidade no ambiente de trabalho em equipa, chamado de *Civility, Respect, and Engagement in the Workforce (CREW)*. Os autores pesquisam através de intervenções centradas no cliente, o que possa afetar estes ambientes de forma positiva para as equipas. Em seus estudos concluem que a cultura organizacional com boas interações interpessoais, nomeadamente as normas de civilidade, leva a relacionamentos mais estáveis com os resultados individuais de motivação no trabalho, menor absenteísmo e menor rotatividade, refletindo na saúde geral do trabalhador, e consequentemente a melhoria no desempenho organizacional. As intervenções para melhoria na civilidade, respeito e *engagement*, é para

estes autores uma possibilidade de melhoria nos resultados da organização, no desempenho dos funcionários e nos resultados financeiros da organização como uma estratégia para melhorar a qualidade dos processos e serviços. Leiter, Laschinger, Day e Oore (2011) também trabalham com estas intervenções e detiverm resultados significativos na melhoria da saúde global dos participantes. Em experiências seguintes, Leiter, Day, Oore, e Laschinger (2012) encontraram melhoras na civilidade e na saúde geral, pós intervenções, inclusive na análise após um ano do trabalho, que continuaram acontecendo e se ampliando; no entanto, nas atitudes de trabalho o resultado positivo se manteve sem novas alterações. A relevância deste estudo está exatamente na constatação da manutenção dos resultados positivos que podem auxiliar na saúde dos trabalhadores e na redução de gastos das organizações com tratamentos de saúde, por consequência das melhorias no ambiente de trabalho. Ainda sobre este tema Osatuke, Leiter, Belton, Dyrenforth e Ramsel (2013) reforçam a importância do trabalho de intervenção ser personalizado e adaptado a cada grupo de trabalho, embora tenham o modelo de Civilidade, Respeito, *Engagement* e Força de Trabalho (CREW) como referencial descrito e utilizado em diferentes grupos, entendem que estas diferenças precisam ser trabalhadas a medida que as intervenções ocorram e os grupos se manifestem. Segundo os autores, estudos comparativos continuam a ser necessários para o entendimento destas diferenças e obtenção de resultados positivos.

A civilidade já é destacada em estudos escolares, como de Rodrigues, Dias e Freitas (2010) onde o trabalho identifica as habilidades infantis e as aprimora visando a resolução de problemas interpessoais e levando a comportamentos adequados com assertividade, civilidade, responsabilidade e expressão de sentimentos.

Com os profissionais de saúde da família, as pesquisas fortificam a ideia de trabalho em equipa interdisciplinar para desenvolvimento do processo de trabalho e para alcançar esta interdisciplinaridade, com as relações interpessoais sendo trabalhadas em grupo (Cintra, 2013), incluindo este atual conceito de civilidade. É desta forma que relacionamentos interpessoais são trabalhados em todos os contextos para melhoria na saúde social, incluindo o trabalho e a escola.

Ganson (2011) estudando o conflito nas organizações discute os vários contextos dos conflitos e enfatiza as habilidades individuais, as capacidades organizacionais e os mecanismos inter-organizacionais. Três questões são orientadoras: avaliar o nível dos conflitos; melhorar os relacionamentos e como avaliar os resultados. Quanto mais enfoque se der às questões sociais, melhores são os frutos colhidos nas questões empresariais. Ou seja, a intersectorialidade dentro das empresas também é importante para a resolução de conflitos,

não podendo se restringir ao âmbito individual ou grupal e deve ampliar o foco para o contexto social, criando um ambiente de paz e pacificador. E como afirma Warr (2013), para compreender e melhorar a felicidade dos profissionais há de se atentar tanto para as características pessoais como as ambientais, fortalecendo a convivência e a resiliência dos indivíduos.

1.2.2 Saúde e Educação

“O ensino de saúde tem sido um desafio para a educação, no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida” (Secretaria de Educação Fundamental [SEF], 1997), e como é percebido pelos profissionais das mais diversas áreas, é o Governo que assume a responsabilidade de disseminar informações que se transformem em prática e estas informações não têm sido suficientes.

Para Spratt, Shucksmithb, Philip e McNaughtonb (2013) a saúde sempre foi vista na política e na prática, como inteiramente separada da educação. No entanto a escola é vista como espaço de trabalho nas duas áreas. As escolas tornaram-se um local propício para a vigilância em saúde e intervenções, mas não chegaram a formar-se parcerias no processo, sendo no entanto esta uma exigência da política atual.

Para Sawaia (1995) o termo saúde em sua complexidade não se restringe a ampliar o enfoque biológico abrangendo só o psicológico e o social, pois a autora entende saúde como uma questão predominantemente sócio histórica e, ética, num processo de convivência social e de vivência pessoal. Apesar desta visão ter sido desenvolvida pela Psicologia Social Comunitária, ela está relacionada com a Promoção de Saúde na escola, quando a aprendizagem histórica também pode ser significativa no processo de saúde dos alunos. A autora também reforça a importância do trabalho com os temas da ética e do cuidar para diminuir o sofrimento psicossocial.

Higiene e educação foram base para o início de uma visão de Promoção de Saúde, como lembram Larocca e Marques (2010) num estudo efetuado em escolas, a evidência de que saberes médicos e saberes pedagógicos se aproximam, mesmo apresentando aspectos contraditórios, pois ambos se iniciam com base na higienização da escola e da comunidade, na crença do que se acredita hoje: o ambiente circundante da escola como fator de melhoria da saúde coletiva.

A educação em saúde é qualquer combinação de experiências de aprendizagem destinada a auxiliar os indivíduos e as comunidades quanto a sua saúde, aumentando o seu conhecimento ou influenciando suas atitudes (WHO, 2014).

Carramillo-Going (2011) a partir de seus estudos diz ser possível emancipar e transformar pessoas por meio da educação; no entanto, reconhece a dificuldade encontrada pelos professores para colocarem em prática o que consideram uma educação ideal. Por melhor que trabalhem por uma prática educativa em que acreditam, deparam-se com as dificuldades na efetivação das políticas públicas existentes nos documentos, mas dominadas pelas relações de poder na macroestrutura e no micro espaço de trabalho.

Para Valadão (2004), é impressionante como apesar das críticas, o modelo hegemónico, tanto da educação como da saúde, prevaleceu por tanto tempo e ainda se faz presente no Brasil. “A instituição escolar vive uma crise em meio a qual é considerada, ao mesmo tempo responsável por muitos males da vida social e panaceia para a superação de desafios de todas as ordens” (Valadão, 2004, p. 113).

Delorme e Silva (2002) ressaltam a contribuição do processo de humanização dos serviços de saúde que acabam por fortalecer a promoção desta e chegam a intensificar a interação entre os setores da Educação e Saúde, facilitando a “inter-relação entre profissionais e usuários, também entre as unidades de saúde e de outros setores da sociedade, como as escolas e a comunidade”, o que é função da intersectorialidade, e que, através de todo tipo de organização pública ou privada, implementa a promoção da saúde na comunidade escolar, com ações complementares umas às outras.

O desenvolvimento do indivíduo como ser bio-psico-social, em especial nos primeiros anos de vida, pode ser facilitado através do lúdico e dos jogos criativos. No entanto, cada vez mais escolas, como por exemplo as americanas, tendem a trocar o trabalho criativo pelo trabalho curricular académico. Os profissionais da educação aos poucos foram transformando suas ações ou mudando a visão de criatividade para uma prática conteudista (Russo, 2013). Um exemplo entre muitos estudos desenvolvidos pela psicologia com crianças é o trabalho de desenvolvimento de habilidades interpessoais, que fortalece a integração entre alunos e a relação com os pais e com os professores (Rodrigues, Dias & Freitas, 2010).

Quando a psicologia se uniu à educação, surgiu o psicólogo escolar, que por muito tempo se concentrou em classificar e a ajustar os alunos com dificuldades no ambiente. Esta adaptação do aluno com problemas se dava predominantemente através de psicodiagnósticos e propostas de métodos especiais de educação. Com o tempo isto se modificou e a psicologia escolar passou a atuar mais preventivamente e também nas relações e cuidados com a saúde

psíquica não apenas do aluno, mas também do professor. Atualmente cada vez mais psicólogos entendem a dificuldade escolar inserida numa gama maior de determinantes, percebendo o indivíduo em contextos também sociais, familiares ou psicoafectivos, além da corresponsabilidade distribuída a todos quanto ao desenvolvimento do aluno e não apenas visando um diagnóstico psicológico (Oliveira & Marinho-Araújo, 2009). Além da preocupação com o reducionismo do papel do psicólogo escolar, Asbahr, Martins e Mazzolini (2011) reforçam a importância de compreensão sobre o que ocorre “na relação aluno-professor, aluno-disciplinas, aluno-escola” que se mostra com maior “relevância do que saber seu coeficiente de inteligência ou dados da anamnese”. Para as autoras, a entrada do psicólogo na escola deve ser baseada na interação das relações incluindo as institucionais e serve para a “identificação de fatores escolares e sociais, de modo a tornar possível uma intervenção que produza desenvolvimento humano” (Asbahr, Martins & Mazzolini, 2011, p.170). Pode-se defender a terminologia Psicologia Educacional e Escolar por representar a multiplicidade de papéis do psicólogo na sua atuação dentro da escola (Oliveira et al., 2006), no entanto, as pesquisas sobre as relações professores-alunos-conteúdo demonstram o excesso de preocupação, ora com o conteúdo, ora com a prática, o que finda por não estabelecer o equilíbrio entre ambas (Almeida, 2009).

No Brasil é encontrado o maior número de estudos em Psicologia Escolar na Educação Superior e na Educação Fundamental, com poucos artigos das fases do Ensino Infantil e Médio (Oliveira et al., 2006). Os níveis da educação estabelecidos pela lei brasileira são: Educação Básica, formada pela Educação Infantil, Ensino Fundamental e Ensino Médio, e posteriormente a Educação Superior. Dentro destes níveis encontram-se as seguintes modalidades: - A Educação Infantil que é oferecida em creches para crianças de zero a três anos de idade, e em pré-escolas, para crianças de quatro a seis anos. - O Ensino Fundamental, com o ensino regular a partir dos seis anos de idade. - O Ensino Médio também nas modalidades de educação de jovens e adultos, e educação profissional. No Ensino Básico também encontra-se a educação especial (crianças portadoras de necessidades especiais – denominada inclusão) . Já a Educação Superior assegura a educação profissional dos que já passaram pelos níveis anteriores.

O psicólogo escolar e/ou educacional pode atuar em qualquer um destes níveis da educação e está de acordo com a visão da EPS que entende o corpo, a mente e o ambiente, influenciando e sendo influenciado pelas relações, pois o reconhecimento de valores pessoais e relacionais interferem nas práticas.

Este trabalho defende o uso de métodos de ação que efetivem a implantação do conceito de Escola Promotora de Saúde desenvolvendo projetos mais eficientes e eficazes no nível terciário, Ribeiro (1998), isto é, a promoção da saúde, em todos os níveis de educação acima citados. No entanto, para se alcançar o nível de promoção desejado, em muitos aspectos haverá a necessidade de se diagnosticar e encaminhar pessoas a tratamento de doenças ou trabalhar a prevenção antes de se pensar em melhoria na qualidade de vida e na intervenção grupal. Pensar o nível primário dentro da escola, além das emergências, é preparar os profissionais para o reconhecimento de possíveis processos de adoecimento dos participantes da comunidade escolar.

Ao analisar indicadores físicos e mentais de qualidade de vida dos professores de ciências de uma escola pública, Brum et al. (2012) encontraram “diversas queixas em relação à saúde e à qualidade de vida dos professores, como nervosismo, rouquidão, dor nas costas, braços e pernas, formigamento e inchaço nas pernas” e concluem que identificar e ajudar estes profissionais a se reorganizarem cuidando diretamente de sua qualidade de vida pode gerar melhor desempenho na atividade de educar e até reduzir as grandes desigualdades observáveis na educação no Brasil (a partir do desenvolvimento dos professores em nível educacional e social). Também salientam a importância da busca por alternativas, promovendo mudanças na esfera do trabalho e de suas relações interpessoais, como por exemplo nas horas de lazer e descanso, dedicando tempo para cuidar de sua saúde, além de outros fatores que determinem aspectos constituintes da qualidade de vida e que interferem no desenvolvimento do papel profissional.

Portanto, a escola está envolvida e é corresponsável pela prevenção de doenças e pela promoção de saúde. Em relação às doenças, a escola não pode ser responsabilizada pelo seu tratamento, e sim deve dar suporte para o encaminhamento deste, como por exemplo, no caso de emergências com pequenos acidentes, procurando também ter contato direto com as Unidades Básicas de Saúde (UBS) para agilizar os atendimentos.

O caminho da saúde e da escola sempre estiveram entrelaçados, mas de maneiras diferentes. A escola foi criada para cuidar da criança enquanto os pais estivessem no trabalho, e com o tempo se tornou espaço para o aprendizado de diversas disciplinas. A medicina e os cuidados com a saúde física sempre se fizeram presentes na escola de alguma maneira, de modo que nos dias de hoje denomina-se projeto. Os projetos tiveram grande ênfase na prevenção e aos poucos os cuidados estão se aprimorando com o desenvolvimento da Promoção de Saúde. Algumas destas formas de evolução do conceito se chamaram “escolas eficazes”, “escolas saudáveis”, “escolas comunitárias” e “escolas de serviço completo”. Com

a Escola Promotora de Saúde se pretende o envolvimento do maior número de intervenções com um tempo programado e que incluam, além da ideia de saúde para o estudante, o envolvimento de toda a comunidade escolar e de todos os profissionais envolvidos, buscando alcançar resultados com mudanças objetivas. (St. Leger, 2004).

Assim, a Promoção de Saúde almeja uma visão interdisciplinar e com diálogo democrático e participativo, ultrapassando a área da saúde. “Não se trata de propor conceitos e modelos científicos mais inclusivos e complexos, mas de construir discursos e práticas que estabeleçam uma nova relação com qualquer conhecimento científico” (Czeresnia, 2003, p.44).

Com estas mudanças na visão geral da saúde é possível repensar o contexto escolar, pois, apesar destes conceitos constarem na documentação brasileira, ainda se mostram pouco conhecidos pelos profissionais da educação que deveriam ser os principais utilizadores do conceito (Souza, 2008). O professor é visto como agente transformador e precisa ser capacitado para entender a saúde como é preconizada nas Políticas Públicas e nos Parâmetros Curriculares Nacionais (Mont’Alverne & Catrib, 2013).

Capítulo 2: A Escola Promotora de Saúde

2.1. O Histórico da Escola Promotora de Saúde

Em 1946 Sigerist utilizou pela primeira vez o conceito Escola Promotora de Saúde, baseado naquela época num guia conhecido como sistema Frank e publicado na Alemanha por Johann Peter Frank (Buss, 2003). Este guia foi considerado como precursor da saúde escolar, e mais tarde, ao discutir-se múltiplos aspetos da saúde pública e individual tornou-se base para um pensamento mais amplo a que Sigerist chamou de “Escola Promotora de Saúde” (Figueiredo, Machado, & Abreu, 2010). Segundo estes mesmos autores, outro documento importante no histórico da saúde escolar, foi um código de saúde dando ênfase a educação, elaborado por Franz Anton Mai no século XVIII.

Assim como nas instituições formais de tratamento da saúde, a saúde escolar iniciou-se com o sanitarismo, focando a salubridade do ambiente escolar. Com o desenvolvimento técnico-científico a mudança de paradigma vem sendo incorporada aos poucos, passando a focar a Promoção de Saúde como pensada desde a Carta de Ottawa (PAHO, 1986, 2007), que reforça ideias como melhoria na qualidade de vida e a saúde do ser bio-psico-social.

O caráter multidisciplinar e a incessante busca de uma perspectiva transdisciplinar aparecem em documentos como: a Carta de Ottawa de 1986, Declaração de Adelaide de 1988, Declaração de Sundsvall de 1991, Declaração de Bogotá de 1992, Conferência do Caribe de 1993, Declaração de Jacarta de 1997 e Declaração do México de 2000, que abordam a Promoção de Saúde (Moura, Lourinho, Valdês, Frota, & Catrib, 2007). Em todos os documentos a ênfase surge na relação educação-saúde formando a base para o trabalho em todos os setores, independentemente de ocorrer dentro de uma escola ou de um hospital, pois valoriza a educação para a saúde também em ambientes como os organizacionais e sociais, visando a Promoção de Saúde, trabalhando o desenvolvimento humano e por consequência, a sociedade.

St Leger (2001) é um dos primeiros a publicar o tema de EPS e defender que a escola seja o espaço ideal e fomentador da educação em saúde nos três níveis levantados por Nutbean (2000): Conhecimento funcional de saúde; desenvolvimento de habilidades em saúde e, crítica do conhecimento em saúde. Para o autor, estes três níveis são também o foco da EPS pois entende que o objetivo da saúde e da educação são os mesmos: autonomia e

empoderamento pessoal; e que atinge tanto os alunos como o restante da comunidade que a cerca.

Em 2006, foi realizado no Brasil o I Seminário sobre a Política Nacional da Promoção de Saúde e as discussões aconteceram em relação aos seguintes temas: a Promoção da Saúde no pacto pela vida; atenção básica e práticas integrativas; práticas intersetoriais; (incluindo as Escolas Promotoras de Saúde); participação social e empoderamento; promoção de equidade e qualidade de vida; vulnerabilidade, saúde e ambiente; promoção da saúde e participação social; violências, saúde pública e intersetorialidade; a relação público-privada para a promoção de saúde; ação integrada no controle do tabagismo no Brasil e medidas de promoção da saúde relativas ao uso de substâncias psicoativas; a promoção de alimentação; a promoção de saúde nas escolas; perspectivas de formação e educação permanente no desenvolvimento de ações de promoção de saúde; articulação de instituições de ensino e pesquisa, serviços de saúde e/ou comunidade em ações de promoção de saúde; pesquisa e avaliação em promoção de saúde; os desafios na implementação de políticas locais de promoção de saúde e ações de promoção da saúde do trabalhador, cultura organizacional e gestão no Sistema Único de Saúde (Ministério da Saúde, 2007), mostrando a complexidade que envolve a questão da saúde.

Em 1988 a nova constituição brasileira consagrou os princípios da Reforma Sanitária, entre eles, o da participação da comunidade no Sistema Único de Saúde (SUS). O SUS representa uma verdadeira reforma do Estado, pois incorpora novos atores sociais ao cenário da saúde, garantindo a prática da democracia participativa, da descentralização e do controle social (Conselho Estadual de Saúde de São Paulo, 2007). Está descrito na Constituição da República Federativa do Brasil (Brasil, 2007), que todos têm o direito a receber dos órgãos públicos informações para benefício particular, de utilidade coletiva ou benefício geral; desta forma é obrigação do Estado fornecer informações básicas a todo indivíduo, e a escola pode ser o meio para que isto ocorra. Permanece a questão de como garantir estes conhecimentos num país tão extenso como o Brasil e com tantas diferenças sociais, culturais, políticas e mesmo físicas.

Ainda como exemplo de marco histórico, no ano de 2014 ocorreu em Havana, Cuba, o I Congresso Internacional de Escuelas Promotoras de la Salud e com este a V Reunión de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud demonstrando a força do conceito e as grandes dificuldades enfrentadas por todos os países na concretização desta rede Promotora de Saúde (Ferreiro, 2014). Também o Brasil se apresentou com trabalhos de grande relevância com um grande esforço interdisciplinar para a Promoção da Saúde

brasileira, empenhado em demonstrar a produção da saúde “como um mecanismo de fortalecimento e implantação de uma política transversal, integrada e setorial, construindo redes de compromisso e corresponsabilidade empenhadas na melhoria da qualidade de vida da população”. (Ministério da Saúde, 2007, p.16)

Alguns autores vêm se debruçando sobre o conceito: Pelicioni e Torres, (1999); Rocha, Marcelo e Pereira (2002); Harada (2004); Santos e Bógus, (2007); Moura, Lourinho, Valdês, Frota, e Catrib, (2007); Cordeiro (2008); Barreto (2008); Cardoso, Reis, e Iervolino (2008); Gomes (2009); Guimarães (2009); Figueiredo et al. (2010); Mello, Moysés e Moysés, (2010); Carvalho e Santana (2010); em Portugal Faria e Carvalho (2004); Viana, (2007); Assis (2011), em Taiwan Chi, Chang, Lin, Huang, Chang, Yeh e Kang (2013); na Noruega Viig, Fosse, Samdal, e Wold, (2012), Tjomsland, Iversen e Wold (2009); na Finlândia Turunen, Tossavainen, Jakonen, Salomaki e Vertio (1999), entre outros que estão apresentando resultados parciais de projetos, pesquisas, e cujos estudos de caso de propostas de EPS serão discutidos mais adiante.

Os temas desenvolvidos pelo I Congresso Internacional de EPS, em Cuba, 2014, com a presença de 18 países incluindo diversos trabalhos brasileiros focalizaram o aprender a fazer, através do conhecimento de boas práticas educativas e de Promoção de Saúde relacionadas com os determinantes sociais; aprender a transformar socializando informações relacionadas à Promoção da Saúde com ênfase nas iniciativas de escolas e universidades promotoras de saúde; melhorar a convivência através de propostas de estratégias intersectoriais que fomentam estilo de vida mais saudáveis; e promover o intercâmbio por meio de propostas de colaboração entre instituições, organizações e outros interessados nas propostas das Escolas Promotoras de Saúde (Congreso Internacional de Promocion de Salud, 2014), o que pode ser entendido como estado atual da arte.

Além disso, para se contextualizar o cenário da EPS no mundo pode-se citar o exemplo dos pesquisadores Bruce, Klein e Keleher (2012), que consideram que apesar dos setores de saúde e educação terem objetivos diferentes, possuem interesses em comum requerendo uma visão compartilhada e uma cooperação intersectorial entre eles.

Como no Brasil ou na Inglaterra, a Austrália também não implantou a EPS em todas as escolas, além de faltarem evidências dos resultados nos trabalhos já realizados (St. Leger, 2008), fato que se repete na Tailândia (Phaitrakoon, Powwattana, Lagampan, & Klaewkla, 2014).

Nos EUA e no Canadá o programa das escolas de saúde foi introduzido na década de 80 por Kolbe e Allensworth e atualmente tem mais força através das atividades da

Comprehensive School Health Program (CSHP). O que chama atenção neste programa são os oito componentes destacados: programar de uma maneira sequencial a implantação da saúde na educação no currículo; serviços de saúde baseados na escola; ambiente escolar; educação física nas escolas; serviços de alimentação; serviço de aconselhamento; promoção de saúde entre os funcionários; envolvimento da escola e da comunidade nos serviços de promoção de saúde (Deschesnes, Martin, & Hill, 2003).

Para Casemiro, Fonseca e Secco (2014) em toda a América Latina é importante que se trabalhe o conceito de saúde com os diversos atores sociais envolvidos na escola, assim como com os profissionais da saúde, que também apresentam diferentes formas de entender o conceito. Ainda se encontra o foco do conceito de saúde no tratamento e na prevenção de doenças com pouca ênfase na Promoção de Saúde. Apesar das melhoras nos indicadores sociais e de saúde apresentados nos últimos anos, os desafios continuam tendo grandes proporções. Castro (2008) insiste que o baixo investimento dos governos, as condições inadequadas de trabalho e de salário para os professores prejudicam a qualidade dos trabalhos desenvolvidos. Na revisão de literatura sobre este tema, Bicudo-Pereira, Penteado, Bidlowski, Elmor e Grazzelli (2003) discutem a centralização dos programas no aluno, pois não encontraram nenhum projeto ou pesquisa relacionados com os profissionais das escolas. Os profissionais da educação deveriam aparecer como alvo de interesse pelos profissionais da saúde tanto quanto os alunos ou a comunidade.

Para alinharmos as desigualdades e assimetrias dos sistemas latino-americanos será necessário recuperar e explicitar uma visão mais social e cultural da educação, sendo essencial um compromisso ético-político que reflita junto aos países, suas concepções e a criação de um “horizonte normativo” que favoreça a democracia e a igualdade de direitos. No entanto, é impossível pensar em toda comunidade escolar como um grupo homogêneo, é preciso entender a heterogeneidade e enfrentá-la. A América Latina atual não está cumprindo seu compromisso de enfrentamento das dificuldades para aumentar a inclusão e diminuir estas diferenças por falta de um consenso ético-político da educação (Salvat, Román & García-Huidobro, 2012).

Rodriguez (2014) reforça o conceito de que a Saúde está relacionada com a capacidade do indivíduo de desenvolver o seu próprio potencial e responder positivamente aos desafios do meio ambiente, como um recurso para a vida diária e não como objetivo da vida. Para a autora o equilíbrio entre o físico, psíquico e social é um resultado de processos sociais políticos alcançados com a participação de todos os setores e governo. O conceito de saúde transcende o âmbito do setor da saúde, o que significa que todos os setores partilham

responsabilidades e decisões em todas as fases do processo de melhoria da qualidade de vida de uma comunidade.

Promover saúde significa ser tirar do estado de impotência todo indivíduo e pensá-lo como um ator social que interfere em todo seu entorno. Quanto maior sua consciência, maior seu empoderamento diante das situações adversas externas ou das suas próprias questões internas que o fragilizam diante das doenças. Assumindo suas potencialidades, passam a ser abertas possibilidades de autocuidado e busca de cuidados externos, obrigações de um Estado responsável por todos os cidadãos. Mais especificamente: a criação de ambientes saudáveis de trabalho; o oferecimento de ambientes de suporte social e cuidados primários em saúde; as facilidades para o desenvolvimento pessoal e social; o encorajamento da ampliação do interesse acadêmico por Promoção de Saúde, e o desenvolvimento de parceria com a comunidade.

Para aprofundar nesses estudos é importante perceber a Escola Promotora de Saúde em sua visão ampliada de espaço facilitador na integração dos atores sociais que nela vivem ou por ela passam e que carregam para além da escola, conhecimento, valores e práticas mais saudáveis.

2.2. O Histórico da Escola Promotora de Saúde no Brasil

As propostas inovadoras e centradas na Promoção da Saúde chegaram ao Brasil nas décadas de 1980 e 1990, tornando-se desta forma um dos pilares mais importantes da agenda internacional, criando políticas saudáveis e ambientes sustentáveis, denominadas “Cidades Saudáveis” e “Escolas Promotoras de Saúde” (Cordeiro, 2008). Segundo este autor o projeto das “Cidades Saudáveis” na Europa teve início em 1986 com a OMS, e estendeu-se pela América, chegando a América Latina com os “Municípios Saudáveis” no início dos anos 90.

Em 1997, o Brasil atualizou a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional com a preocupação de redesenhar o ensino brasileiro de forma a promovê-lo e firmá-lo com o fortalecimento de seus cidadãos. Mudanças como a incorporação das creches como parte do sistema educacional e a inclusão de diretrizes para o ensino à distância, são exemplos da busca constante dessa atualização. No artigo 1º, parágrafo 2º lê-se que: “A educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social” (MEC, 1997, p.1), o que leva a entender esta necessidade de integração, que pode ser a grande dificuldade a ser superada. Ou

seja, como inserir a escola no meio social e do trabalho promovendo o indivíduo como um ser saudável em todos os seus contextos.

Até a Constituição Federal de 1988 foram dissociados os setores da assistência social e da educação e a partir dessa Constituição, uma das modalidades da Educação Básica foi a Educação Infantil que passou a integrar as dimensões do cuidar e do educar (Barbosa, Duarte, & Duarte, 2012).

Já em 2007, o Decreto Presidencial nº. 6286 criou o Programa Saúde na Escola (PSE), visando uma integração intersetorial da área da saúde e da área da educação na tentativa de unir suas políticas e com o objetivo de promovê-las integralmente. Inicia-se com este movimento um questionamento sobre a articulação intersetorial das redes públicas de saúde e de educação e as demais redes sociais onde diferentes equipes e serviços deveriam seguir o mesmo modelo de gestão.

No entanto, as áreas enfrentaram dificuldades para alcançar este objetivo (Brasil, 2007), pois, o modelo de atenção à saúde necessitava de mudanças, as quais só poderiam acontecer a partir do aumento do grau de responsabilidade da gestão e mudanças no processo de trabalho (Fundação de apoio à pesquisa, 2006).

Em 2002, no Município de Embu, Estado de São Paulo, as Secretarias Municipais de Saúde e Educação aprovaram “o Programa Escola Promotora de Saúde, com três princípios básicos: educação para a saúde com enfoque integral; criação de entornos saudáveis e provisão de serviços de saúde” (Harada, Pedroso, Matos & Machado, 2004, p.73). É fato que este movimento não iniciou-se na educação, mas nos estudos da medicina, e na constatação pela Sociedade Brasileira de Pediatria sobre a importância da educação na saúde coletiva; partindo de conceitos e práticas higienistas e assistencialistas para uma visão integral e interdisciplinar do indivíduo, e que em seu trabalho, salienta a importância do contexto comunitário, social e político (Harada, Pedroso, Matos & Machado, 2007).

Ainda em 1997 com a Lei das Diretrizes e Bases da Educação – LDB foram implantados os Parâmetros Curriculares Nacionais (a partir deste momento nomeado como PCN). Dentro dessa documentação, os PCN, fornecem aos educadores diretrizes para o desenvolvimento de seus trabalhos (Brasil, 1996), e dentro desses encontram-se além das disciplinas comuns, os temas transversais a serem ampliados em salas de aulas (SEF/MEC, 1997). Estes temas sugerem trabalhos inter e multidisciplinares envolvendo assuntos diversos e de interesse de toda a população: Saúde, Ética, Pluralidade Cultural, Cidadania, Sexualidade, Substâncias Psicoativas, Meio Ambiente e Temas Locais, para serem desenvolvidos de forma transversal durante todo o trabalho educacional da escola. É certo

afirmar que todos eles devem ser considerados como temas que envolvem a promoção de saúde, embora nem todos envolvam tratamento ou prevenção de doenças. A crítica existente é de que, um conjunto de consultores e técnicos da Secretaria de Educação Fundamental (SEF) do Ministério da Educação e Cultura (MEC) construíram e desenvolveram o material de base para os profissionais das escolas, sem no entanto, discutir junto com a comunidade de profissionais do ensino fundamental e do ensino médio (Ferreira, 2004).

Uma das queixas dos profissionais da educação é que os projetos de saúde são verticalizados, sendo impostos a partir de ideias pensadas em gabinetes da área da Saúde para implantação por educadores, o que não funciona. (Rocha, Marcelo & Pereira, 2002).

Figueiredo, Machado e Abreu (2010) consideram equivocadas as intervenções pontuais de técnicos a respeito de cuidados com uma determinada doença, apenas no momento de epidemias, o que em geral produz pouco efeito na educação para a saúde e contraria a proposta dos PCN que preconizam a abordagem transversal e interdisciplinar. Neste sentido, ocorrem poucas mudanças de valores e atitudes que priorizem a saúde.

Como dito por Tjomsland, Iversen e Wold (2009) a elaboração dos grupos de trabalho desde o início da implantação do programa de EPS é estratégico para a inter-relação e o bem-estar entre os objetivos da educação e da saúde, indicando a importância do alinhamento das intenções dos professores e do programa para um efetivo desenvolvimento escolar.

2.3. O conceito de Escola Promotora de Saúde - EPS

Em concordância com a Organização Mundial de Saúde – OMS, que visa a criação de ambientes saudáveis, a Escola Promotora de Saúde – EPS exemplifica o constante desenvolvimento das capacidades de todos em sua aprendizagem, modo de vida e trabalho. A promoção de saúde e a aprendizagem caminham juntos, pois é com a aprendizagem que se possibilita o entendimento e as escolhas conscientes para as mudanças e as adequações necessárias a um ambiente saudável (OMS, 2012).

A EPS envolve profissionais da educação e da saúde; une professores, estudantes, família, os provedores de saúde e líderes de comunidades num esforço conjunto para fazer da escola um lugar saudável. Esforça-se para promover um ambiente saudável, serviços de saúde junto às escolas e projetos comunitários que atinjam programas de Promoção de Saúde para todos, como exemplo, programas de nutrição e saúde alimentar, suporte social e promoção da saúde mental. Também implementa políticas e práticas cotidianas para o bem-estar individual

e grupal. Trabalha com os líderes de comunidade para entender como a comunidade contribui ou prejudica a saúde e a educação. Também focam o cuidar de si e do outro; tomar decisões saudáveis e obter controle sobre as circunstâncias da vida; criar condições que conduzam à saúde (através de políticas, serviços, e condições físicas/sociais); construir capacitações pela paz, abrigo, educação, alimento, finanças; um ecossistema estável, igualdade, justiça social, desenvolvimento sustentável; prevenir as causas que levam à morte como doenças e inabilidades: helmintos, tabaco, HIV/AIDS/DST, vida sedentária, drogas e álcool, violência e criminalidade, nutrição inadequada; influenciar para comportamentos saudáveis; conhecimento, crenças, habilidades, atitudes, valores e suporte (OMS, 2012; OPA & OMS, 2001).

Desde 2001 encontram-se artigos de St Leger escrevendo e defendendo a EPS e sua importância na educação em saúde e na saúde pública. O autor propõe três níveis de aprendizagem em saúde: com a função de comunicar e informar; desenvolver habilidades pessoais em saúde e, empoderar a comunidade a cuidar de sua saúde criticamente. Para alcançar estes objetivos o autor enfatiza o papel do professor que deve mudar e requerer o seu próprio desenvolvimento nos três níveis propostos, se tornando capaz de se cuidar, se informar e ser um facilitador dos cuidados da própria comunidade escolar e da comunidade ao redor da escola. Para isto necessita, tempo e investimento em seu treinamento (pesquisa e novos conhecimentos), o que muda a estrutura tradicional das escolas e é contemplado no conceito e postura da EPS.

As pesquisas deste autor se iniciam com as propostas de melhoria na saúde nutricional dos estudantes e dos docentes.

Nos trabalhos de alimentação saudável realizados na Tailândia por Phaitrakoon, Powwattana, Lagampan e Klaewkla (2014), visando a EPS, os pais são considerados os principais envolvidos, proporcionando apoio e sustentação às atividades do programa ao monitorarem o comportamento dos alunos em casa. Segundo os autores, os pais geram influências positivas sobre as atitudes saudáveis na família, o que aumenta o potencial de sucesso da política EPS. Salienta-se que as informações de saúde devem ser fornecidas aos pais em atividades do programa, pensadas especificamente por especialistas para capacitação de educação em saúde. Também é sugerida a criação de *newsletters* divulgando estas informações.

O conceito Escola Promotora de Saúde para o Ministério da Saúde (2002) prioriza o “conceito de Promoção da Saúde como elemento redirecionador das políticas” o que define a importância, interesse e necessidade do trabalho conjunto com o Sistema Único de Saúde,

sistematizando propostas intersetoriais junto aos diferentes atores sociais como os ligados à educação. Acredita assim que o setor educacional fortalece as capacidades dos indivíduos, frente à tomada de decisões favoráveis à sua saúde e à comunidade, para a criação de ambientes saudáveis e a consolidação de uma política intersetorial voltada à qualidade de vida, pautada no respeito ao indivíduo e tendo como foco a construção de uma nova cultura da saúde (Ministério da Saúde, 2002a, p.1).

Do ponto de vista da Organização Pan-americana de Saúde (OPS, 2001) para a implementação da Promoção de Saúde nas escolas é preciso uma educação com enfoque integral. Salienta-se a importância de romper com programas setoriais cujo objetivo mais visado seja simplesmente informar, pois o real objetivo na Promoção de Saúde é a criação de programas que provoquem a “mudança de comportamentos individuais no enfrentamento de determinados problemas de saúde, e que levam, muitas vezes, à culpabilização da vítima sem oferecer condições concretas de superação dos problemas” (Rocha, Marcelo & Pereira, 2002, p.2)

A Escola Promotora de Saúde incorpora ligações práticas e conceituais entre a educação, a saúde e os valores participativos, e o conceito está continuamente em mudança a partir da construção coletiva com a comunidade envolvida (Clift & Jensen, 2005).

Para Catalán (2001) Saúde e Educação sempre estiveram envolvidas em maior ou menor grau e podem se integrar ainda mais através do conceito da Escola Promotora de Saúde. A evolução da participação da escola necessita de um trabalho conjunto e de corresponsabilidade onde o papel da escola é o de facilitar a comunicação e o entendimento das reais necessidades individuais e coletivas e não apenas deslocando a responsabilidade da saúde para as condições sociais.

Fernandes Filho, Henriques, Goldenberg, Batista, Batista e Sonsogno (2006) num projeto na cidade de São Paulo, com o Programa Saúde da Família, percebem os resultados da parceria entre universidade, comunidades escolares e unidades de saúde e valorizam as discussões de fatores cotidianos e temáticos sempre a partir da demanda dos docentes e dos profissionais de saúde. Juntas, saúde e educação trocam experiências e saberes alcançando assim a família como um todo.

É importante que cada indivíduo assuma a sua responsabilidade nas escolhas para uma vida mais saudável, como enfatizou Silva Jr quando Secretário do Ministério da Saúde Brasileiro, em 2006, pois, independente do número de informações recebidas por ele quanto aos fatores que favorecem a melhoria de sua saúde, “o grau de decisão pessoal é condicionado pelo retorno social”. (Ministério da Saúde, 2007, p.26)

Um plano escolar de Educação e Promoção de Saúde deve incluir: um currículo flexível que atenda a população envolvida e os temas que nela surjam; capacitação dos educadores para uma Promoção de Saúde com todas as suas peculiaridades, conteúdos e métodos da Educação e da Promoção de Saúde; desenvolver um sistema de valores coerente com o conceito de EPS colocado em prática com políticas públicas adequadas (Pelicioni & Torres, 1999). Na relação com as famílias, os autores salientam a importância de estreitamento de laços entre famílias, comunidade e escola. Os pais devem participar em especial dos assuntos de particular interesse e relevância, tais como educação sexual, saúde mental e vacinação entre outras.

Na pesquisa de Spratt, Shucksmithb, Philip e McNaughtm (2013) efetuada na Escócia, o serviço de educação católica é uma instância que emite orientações detalhadas sobre a educação religiosa e moral, disciplina que é obrigatória nas escolas. Temas como contracepção, aborto, homossexualidade ou sexo heterossexual fora do casamento são então classificados como pecaminosos. Neste contexto, fica a critério dos pais a retirada ou não das crianças do ensino religioso. Os professores são considerados como parceiros na saúde pública, e pressupõe-se acordos entre educadores e profissionais de saúde sobre o que é “bom” para as crianças. Os autores pesquisaram sobre o programa de vacinação contra o vírus do papiloma humano (HPV) e observaram que o "direito" dos jovens envolvidos de serem informados, como foi destacado por profissionais médicos, foi visto por alguns professores como um cerceamento no "direito" do aluno em manter a sua "inocência" e *status* infantil. Assim, alguns professores sentiram uma dissonância entre sua postura como educadores e as ações tomadas pelas autoridades da Saúde sobre este ponto. Também sentiram que estavam sendo convidados a enviar mensagens mistas. Ao invés de considerarem este ocorrido como uma iniciativa compartilhada, os professores demonstraram receio que as atividades do serviço de saúde poderiam criar mais dificuldades. Os educadores da pesquisa de certa forma discordam das mudanças de currículo e antecipação das discussões sobre os temas da sexualidade. Este ponto de vista está de acordo com modelos em que a saúde e educação são vistos como distintos e os dois grupos de profissionais trabalham em paralelo, cada um suportando um aspeto diferente do desenvolvimento infantil. Neste estudo, muitos dos professores demonstraram relutância em se envolver no papel em que a legislação da Promoção da Saúde nas Escolas queria coloca-los, como *'expert'* ou *'conselheiro'* na área da saúde sexual, particularmente com relação à vacinação contra o HPV. Eles apresentaram pouco interesse no impacto causado na população passível de vacinação, e não viam como seu, o papel de agir sobre os imperativos das autoridades de saúde. Talvez

uma diferença fundamental na abordagem dos profissionais da educação, em comparação aos colegas em saúde, foi a recusa em mudar sua prática com base em evidências epidemiológicas (por exemplo, a idade ideal para a vacinação eficaz). As questões levantadas neste estudo são importantes para a discussão e o desenvolvimento da educação sexual nas escolas em geral. Duas necessidades básicas ficam explícitas neste estudo: planejamento estratégico unindo secretarias de saúde e educação e capacitação dos professores na promoção da saúde sexual (Spratt, Shucksmithb, Philip & McNaughtonb, 2013). Os professores ficam presos a questões pedagógicas, enquanto os profissionais de saúde se concentram em questões de saúde, caminhando apenas em paralelo e nunca juntos (Turunen, Tossavainen & Vertio, 2004).

Abordagens que incentivem e reconheçam a participação dos alunos além de abordar abertamente a construção e manutenção de um ambiente social escolar envolto em carinho podem ser o caminho mais eficaz para alcançar tanto os cuidados com saúde como os resultados educacionais (St. Leger, 2004). É também considerada de grande relevância para o conceito de Promoção de Saúde o entorno da escola, ou seja, todos os envolvidos de alguma maneira com a escola, pais, vizinhos da escola, profissionais que atuam nas imediações, a observação das diferenças que aparecem na comunidade, por exemplo quando ocorre a inauguração de uma escola infantil. A partir da frequência dos alunos na escola nota-se o impacto sobre o desenvolvimento geral, tanto cognitivo quanto de saúde: na melhoria de hábitos de higiene, no rendimento e no orçamento das famílias (Barbosa, Duarte & Duarte, 2012). Isto é, o trabalho com os alunos afeta a comunidade e o trabalho realizado para a comunidade afeta os alunos.

Gomes (2009) discute dois movimentos de implantação de uma EPS. O primeiro incorporando a transdisciplinaridade, e o segundo com o foco na Promoção de Saúde. Reforça a importância de análise de alterações na dimensão curricular, o que chama de “aprendizagens formais”, incorporando questões de saúde aos trabalhos cotidianos de outras disciplinas. Por exemplo: nas aulas de biologia, professores e alunos poderiam discutir os cuidados de higiene pessoal, ou cuidados com as dependências da escola e sustentabilidade. Outra forma é a criação de uma disciplina específica para Promoção de Saúde. Em Portugal os documentos oficiais apontam para a criação de uma disciplina de Educação para a Saúde, ou seja, a reserva de um momento propício para discussão dos temas relativos à Saúde em geral.

Segundo André et al (2014) a Universidade de Santarém em Portugal vem desenvolvendo um trabalho de Saúde Mental na EPS com o tema específico das relações

interpessoais para os primeiros ciclos do ensino e o tema “consumo nocivo” para o terceiro ciclo do ensino. Na cidade do Porto, também em Portugal, Mandim (2014) relata um trabalho em que destaca a importância dada pelos profissionais da promoção de saúde, mas que apesar de já reconhecerem a relevância das propostas, ainda não conseguem envolver as famílias e as associações de pais.

Viig e Wold (2005) enfatizam a alta demanda de mudanças advindas do professor individualmente para o alcance de mudanças grupais, e o quanto a cultura do trabalho ser autônomo em sala de aula reforça a resistência dos professores a estas mudanças. O professor por trabalhar tradicionalmente de forma individualista dentro da sala de aula, encontra sérios desafios quanto a mudar esta visão e se tornar parceiro da Saúde (Viig, Fosse, Samdal, & Wold, 2012).

Para St. Leger (2004) falta aos administradores escolares e aos professores em geral, informações sobre os benefícios da EPS. Raramente estes profissionais pesquisam ou recebem informações sobre saúde escolar. Isto representa um desafio para os profissionais da saúde interpretarem informações e repassarem-nas aos profissionais da educação, afim de que estes possam melhor programar e implementar os programas.

No Brasil o esforço vem no sentido da transdisciplinaridade com a criação dos Temas Transversais, mas a mudança sobre a educação baseada em conteúdo vir a tornar-se uma educação construtivista e transdisciplinar apresenta-se mais como teoria do que como prática (Lipai, Layrargues & Pedro, 2007). Também, Catalán (2001) cita “a necesidad de abordar el concepto de transversal ofrece a los centros escolares la posibilidad de desarrollar un gradiente de compromiso mayor en Educación para la Salud”, e em seus estudos discorre a respeito da tomada de consciência dos profissionais da educação quanto a pouca efetividade de se trabalhar conceitos verticalizados quando o professor transmite o conhecimento teórico a respeito de um determinado assunto e em especial, assuntos cuja aprendizagem influenciem diretamente comportamentos saudáveis ou de risco, como hábitos de higiene ou alimentação.

A estratégia da promoção da saúde é a convergência entre o modelo de atenção da vigilância da saúde e a proposta da escola cidadã, sempre com o objetivo de promover a saúde dos povos através do desenvolvimento de habilidades pessoais, de informações e reflexões a respeito da educação em saúde. Pretende que os atores sociais envolvidos façam escolhas mais saudáveis e desta forma ocorra o fortalecimento da ação comunitária. Também é importante pensar nas questões políticas que favoreçam a saúde, em ambientes públicos e privados, envolvendo órgãos governamentais e não-governamentais (Aerts, Alves, La Salvia & Abegg, 2004).

St. Leger (2004) reflete a importância da inclusão da comunidade e dos alunos na conscientização sobre sua própria saúde e conclui que durante as avaliações dos programas de promoção de saúde, os resultados alcançados devem perceber qual o modo de viver e de ver a vida dos grupos, o que vai muito além dos resultados como por exemplo, a diminuição da massa corpórea ou conhecimentos específicos de saúde. O autor entende que pesquisas comprovam que programas de promoção da saúde são mais eficazes em relação aos jovens quando são: complexos, multifatoriais e que envolvam atividades em mais de um domínio (por exemplo englobando o currículo, o ambiente escolar e a comunidade).

Outro ponto de vista é o de Whitehead (2006) que estuda o papel da enfermagem nos programas de promoção de saúde e entende o programa de EPS como o mais completo. O autor encontrou em suas pesquisas, diversas dificuldades para a implementação do programa, mas conclui que embora elas apareçam, o programa se mostra cada vez mais eficaz. Em seu entender, a maior dificuldade está na população jovem que, independente do programa mostra tendência para a experimentação e com isso não basta para os adolescentes receberem informações de comportamentos mais adequados para sua saúde, pois o sempre irão transgredir de certa forma o desejado pelo programa.

Pensando na inclusão de outros atores sociais, tão importante quanto a saúde dos alunos é a saúde dos profissionais. Oliveira e Leite (2012) observam fatores de risco à saúde dos professores que deveriam receber maior atenção por parte das políticas públicas, pois relacionam diretamente o profissional saudável com qualidade de vida com o ato de educar de forma mais produtiva e eficaz. Machado, Damásio, Borsa e Silva (2014) pesquisaram o estresse em docentes por serem considerados no Brasil, como pertencentes ao grupo de profissionais com a atividade mais psicologicamente exaustiva do país. Nos estudos de 2009 sobre o tema, Silva, Damásio e Melo refletem sobre o sentido da vida e o sentido do trabalho na visão do professor; a sensação de satisfação com este papel é frequentemente usada como apaziguadora das sensações de estresse, sem no entanto ser suficiente para eliminar as grandes dificuldades enfrentadas por esses profissionais, afinal as situações externas são reais fontes de estresse (Silva, Damásio & Mello, 2009).

Viig, e Wold (2005) propõem uma abordagem de cima para baixo e de baixo para cima, onde as mudanças ocorrem na base com os profissionais da escola e na alta cúpula com estratégias ambientais para a criação de ambientes saudáveis e de suporte para o programa. Os professores sentem falta de recursos e investimentos tanto na estrutura das escolas como no desenvolvimento profissional e no currículo.

2.4. Avaliações dos Programas de EPS

Mukoma e Flisher (2004) efetuaram uma revisão de avaliações de Escolas Promotoras da Saúde e levantaram uma série de questões úteis para o estudo do conceito. Selecionaram nove escolas que abarcavam o conceito de Escola Promotora de Saúde e não apenas um domínio ou projetos. A avaliação de EPS encontra dificuldades porque as escolas apresentam diferentes demandas e contextos e uma EPS é caracterizada pelo impacto que pretende causar nos diferentes atores sociais. Existem trabalhos sobre promoção de saúde e sobre escolas que adotam a filosofia da EPS, mas não que abordam o programa em sua totalidade. Ao iniciar o plano de desenvolvimento de EPS na África do Sul, os autores entenderam ser importante estudar as formas de avaliação dos resultados do programa para o acompanharem mais efetivamente. Os autores também referem a necessidade de fortes argumentos e demonstração de evidências sobre o impacto destes programas para que se invista cada vez mais, entretanto encontraram entraves no levantamento do material para avaliação e discussão. Nestas avaliações, surgiram evidências de que a EPS tem influência em vários domínios sobre a saúde da comunidade escolar e demonstraram ser possível integrar a promoção da saúde ao currículo escolar. São ressaltados três elementos principais levantados neste estudo: o currículo de educação em saúde; ética escolar e meio ambiente; e a interação com a comunidade em geral. Nestes programas, os pais e as comunidades locais também estavam envolvidos em várias funções no planeamento e na implementação das intervenções. Outro ponto interessante relatado nesta pesquisa é o entendimento sobre as diferenças encontradas no desenvolvimento das intervenções e se os resultados observados em todas as escolas podem ser atribuídos à existência ou falta de financiamento. Em algumas escolas, o financiamento teve impacto significativo quanto ao desenvolvimento de atividades que proporcionassem promoção da saúde. Por exemplo: na Inglaterra, a verba adicional possibilitou que algumas escolas iniciassem mudanças significativas que não teriam ocorrido sem esta. Para outras, no entanto, o financiamento extra não demonstrou influência e somente as atividades que já estavam nos planos da escola foram desenvolvidas. As avaliações, utilizando uma abordagem quasi-experimental com as nove escolas de comparação relataram melhores resultados de promoção de saúde. Para estes autores o pequeno número de avaliações de EPS pode indicar que pouca atenção tem sido dada à avaliação e à complexidade do que significa avaliar-se uma ampla gama de atividades visando intervenções e estes desafios metodológicos não deveriam ser subestimados. Há necessidade de desenvolver-se claramente indicadores válidos, pois os projetos de avaliações podem ser

complexos, caros e demorados, além de apresentarem desafios éticos e analíticos. Em caso de comparações ao menos um dos grupos precisa ficar privado de intervenções para servir de base. Os autores propõem que se efetue previamente uma seleção do(s) projeto(s) de avaliação mais adequado(s) para cada situação, identificando quais os resultados esperados a partir da abordagem de promoção da saúde escolar e também especificando-se como alcançá-los com a utilização de indicadores, instrumentos e técnica. Portanto a avaliação é um componente importante na abordagem global da Escola Promotora da Saúde especialmente porque os programas são raramente entregues exatamente como projetados.

Sobre a gestão dos programas de EPS, a avaliação realizada com um grupo de líderes do programa de implantação na Rede Norueguesa de Escolas Promotoras de Saúde, percebeu que estes líderes apoiaram, geriram e facilitaram o desenvolvimento e a implementação das iniciativas de promoção da saúde na escola. Os resultados sugerem que a implementação do programa era reforçada quando o líder do programa de implantação da EPS de cada escola fazia parte da gestão daquela escola. Os líderes do programa afirmaram que a visão, objetivos e conteúdo de promoção da saúde, foram geralmente semelhantes aos de suas escolas, tornando mais fácil motivar os professores a participarem. Eles também reconheceram o efeito positivo de aprendizagem através da cooperação entre escolas da rede. O sucesso da implantação do programa de EPS demonstrou apoiar-se na boa colaboração da liderança, numa cultura colaborativa do programa com a gestão da escola. Assim, mudanças estruturais dependem da gestão e mudanças de paradigmas de ensino dependem dos professores. A gestão é responsável por facilitar a implementação do programa e a liderança, partindo das equipas escolares e obtém maiores resultados. O que facilita a aceitação por parte dos professores é perceber e considerar a proposta útil para seu trabalho em sala de aula. Na rede norueguesa não se encontram recursos financeiros extras para o trabalho dos professores no planeamento e execução do programa EPS o que dificulta a implementação do programa (Viig, Fosse, Samdal, & Wold, 2012).

A Finlândia, que é um dos países que participa do “*European Network of Health Promoting School*” (ENHPS), defende um plano para que a promoção da saúde entre no currículo junto com as outras disciplinas já ministradas nas escolas. A proposta é dar auxílio ao crescimento e desenvolvimento saudável dos indivíduos e promover estilo de vida mais salutar no presente e no futuro, guiando os estudantes a aquisição de informações básicas, habilidades e facilidades para a promoção e manutenção da saúde pessoal, assim como da comunidade. Como resultado de seu estudo, mostra-se a visão positiva da comunidade em relação ao Programa, com 85% demonstrados na escola primária e 82% nas escolas

secundárias, o apoio da participação no programa foi evidenciado por 85% na escola primária e 94% nas escolas secundárias. As escolas são comprometidas com os objetivos da EPS em 77% na escola primária e 94% nas escolas secundárias, confirmando assim a efetividade dos resultados positivos nas escolas que participam do programa. Três fatores principais representam 50% dos objetivos no nível europeus de EPS: segurança na comunidade - 26.5%, desenvolvimento de atividades promotoras de saúde, 15.7% e outras políticas promotoras de saúde – 10.9%. No nível nacional: realização de avaliações de saúde 31%, colaboração dos professores em temas de promoção de saúde 24.2%, e colaboração entre escolas para promoção de saúde do município - 14.9%. No nível local: desenvolvimento e implementação de uma estrutura promotora de saúde - 29.1%, conhecimento dos objetivos das atividades planejadas por toda a escola - 16.2%, participação da comunidade no planejamento do currículo - 15.8% e conter no currículo acadêmico o objetivo de EPS - 13.3%. Concluem que nos próximos anos necessitam ampliar a participação dos alunos, no entanto já consideram as escolas finlandesas como EPS (Turunen, Tossavainen, Jakonen, Salomaki & Vertio, 1999).

Na Nova Zelândia, Cushman (2008) discute as diferenças entre a EPS e a Promoção de Saúde, e reforça a importância da completa implantação do programa de EPS em detrimento da forma parcial. Também comenta o quanto são diferentes os processos de implantação em diversos países, apesar da mesma base do conceito ser indicada pela OMS. Para a Nova Zelândia os principais pontos a serem trabalhados são: currículo, organização escolar e ética, além da comunicação com as famílias e com os provedores da saúde. No currículo há inclusão de disciplinas e temas a serem trabalhados para o desenvolvimento de habilidades que envolvem: fazer, resolver, comunicar e pensar criticamente. A organização escolar e a ética referem-se ao desenvolvimento físico, social e emocional da escola, políticas, códigos e comportamentos, práticas administrativas, relacionamento entre os profissionais e com a comunidade. O contato com a comunidade e com os provedores de saúde requer o interesse de todos para o envolvimento e desenvolvimento da própria comunidade. De forma ampla, são necessárias mudanças de cultura e comportamentos, além de fortalecimento da saúde (Cushman, 2008).

Deschesneses, Martin e Hill (2003) estudaram a diferença entre a pesquisa e a prática das escolas especialmente em relação ao conceito de melhoria da saúde na comunidade como um todo e de seus funcionários, e não apenas das crianças que frequentam diariamente a escola. Segundo esses autores, a literatura disponível mostra que os resultados das avaliações dos programas são poucos em número e ainda inconclusivos em relação à operacionalização de algumas das suas dimensões, particularmente em relação ao ambiente escolar e as ligações

escola/comunidade. No entanto, identificaram algumas questões para as quais propõem quatro condições como fundamentais na implementação mais ampla e abrangente da saúde escolar: planeamento e coordenação sistemática e negociada, a fim de traduzir em prática a natureza global e integrada da abordagem; ações intersetoriais com mecanismos que facilitem parcerias eficazes entre os envolvidos na intervenção; compromisso político e financeiro visando atingir a intensidade de implementação necessária para produzir ganhos de saúde e educacionais substanciais; e a avaliação do processo como uma forma de apoiar o refinamento da intervenção e sua plena implementação. Estas condições são necessárias para conduzir a melhoria na implementação da EPS, que têm o potencial de atender a educação, saúde e bem-estar das crianças em idade escolar.

Na Tailândia (Phaitrakoon, Powwattana, Lagampan & Klaewkla, 2014) o trabalho em equipa tem sido uma estratégia chave na implementação do programa e acreditam na importância do envolvimento dos diretores das escolas na implantação dos programas de EPS. Assim, a difusão de políticas e a divisão do trabalho têm sido feitas por diretores de escola e um processo de monitoria é posto em prática para garantir a entrega do programa. O fator de sucesso mais evidente no presente estudo tem sido a cooperação intersetorial. É um desafio estabelecer a conexão entre saúde e educação junto aos professores, tendo em vista, que, historicamente, as duas áreas, sempre se mantiveram em diferentes espaços com objetivos diferentes. As políticas de implementação para organizações que sejam relacionadas com a saúde devem especificar articuladamente quais são as funções e as responsabilidades pertencentes aos diretores de escolas.

Na pesquisa em escolas escocesas chama atenção a diferença entre os discursos de modelos de intervenção em massa por parte do governo para Promoção de Saúde e os discursos mais atuais, advindos de escolhas individuais. Qual o papel e a responsabilidade do governo, dos pais, dos professores e dos adolescentes? As autoras estudaram o trabalho realizado nas escolas por enfermeiras do Serviço Nacional de Saúde, que efetuaram a vacinação contra o vírus papiloma humano (HPV). Na Escócia, enfermeiras fazem parte dos conselhos de saúde, mas são poucas para cobrirem a totalidade efetiva das escolas. Não são suficientes para vacinarem e orientarem os alunos o que exige dos profissionais da escola envolvimento em discussões a respeito de saúde e orientação nos projetos como o de vacinação do HPV. No entanto, as maiores dificuldades aparecem nos temas de sexualidade. Nos grupos focais estudados, encontravam-se tanto profissionais envolvidos como profissionais que não se envolveram no projeto, sendo que a maioria dos professores se mostrou preocupada com a implantação. Das sete autoridades locais que foram convidadas

para indicarem as escolas do estudo uma se recusou a participar. Embora o convite de participação tenha sido para 6 professores por escola, durante o processo, o número de participantes foi sempre menor. Os autores afirmam que na maioria das escolas, encontraram disponibilidade dos profissionais para a aquisição do maior número de informações possíveis auxiliando a realização do projeto, enquanto que, algumas escolas se mostraram neutras ou contrárias a realizarem qualquer tipo de alteração no currículo e inclusão de temas relacionados à promoção de saúde. E, a exemplo de maior motivação e decisão política para a implantação de EPS, foi feito um cálculo sobre os benefícios macroeconômicos em termos de redução de custos com futuros cuidados de saúde (Spratt, Shucksmithb, Philip & McNaughtonb, 2013).

Em Tang et al (2008), a pesquisa partiu do princípio que a maioria dos programas da EPS tem sido satisfatória nos seus resultados, mas estes não se mantêm a longo prazo, portanto, a prioridade deve se ater às estratégias a serem usadas para a manutenção dos resultados. Estas estratégias então foram discutidas numa reunião, em Vancouver, 2007, entre os 6 países do Organização Mundial de Saúde, para pontuar futuros alvos de intervenção da EPS. Os tópicos foram: evidências da promoção e saúde nas escolas; implementação da EPS e outros programas comunitários da escola; o papel da escola na avaliação das desvantagens econômicas; o impacto da mídia no comportamento da saúde de crianças ou adolescentes; parcerias para a promoção de saúde e educação para todas as crianças em idade escolar. Um dos maiores focos da reunião foi sobre as diferenças sociais e a vulnerabilidade que estas trazem, e uma EPS deve ser tratada em termos mais culturais. Como solução para a melhor manutenção de resultados da EPS concluiu-se que é necessário uma liderança de nível nacional, comunitário e escolar, com comprometimento genuíno no investimento na educação e saúde das escolas (professores e alunos).

É interessante o questionamento que surge entre os profissionais da enfermagem no estudo de Barnes, Pratt e Walsh (2004). Estes profissionais enfrentam a dificuldade da carga de trabalho necessária às demandas imediatas dos jovens dentro das escolas, isto é, se preparam para um trabalho específico programado para ser realizado na escola e muitas vezes os adolescentes procuram consultar a enfermagem para questões imediatas, como dúvidas de saúde sexual, o que acaba por dificultar o trabalho proposto pelas EPS no desenvolvimento de estratégias para criação de um ambiente escolar favorável à saúde, o que exigiria um tempo ainda maior para trabalhar com projetos para grupos. Em termos práticos, a atual política aponta a necessidade de planejamento estratégico compartilhado entre Secretarias de Saúde e Educação na implementação de intervenções.

No entendimento de Spratt, Shucksmithb, Philip e McNaughtonb (2013) os professores escoceses necessitam de melhor formação para estabelecer alguma clareza sobre o seu papel na promoção de saúde e de suporte à saúde sexual dos jovens, no contexto mais amplo de saúde pública. Segundo estas autoras, os objetivos de promoção de saúde ainda não substituem completamente a cultura enraizada de um território profissional dividido entre educação e saúde, onde a equipa de saúde prioriza aspetos práticos e espera que apenas demonstrando a importância de um comportamento ou uma ação (exemplo o uso de preservativos), isto seja o suficiente para um jovem aceitar e praticar.

No estudo de Leurs, Bessems, Schaalma e de Vries (2007), os autores ressaltam que tal como pesquisas anteriores, a importância do envolvimento não é apenas do professor na promoção da saúde mas também de seus líderes (diretores, coordenadores). Nesta questão foi revelada a importância do apoio dos alunos em relação à administração de aulas que promovam a saúde em diversos âmbitos. Esses alunos também se beneficiaram com o aumento de suas notas. A barreira que foi desfeita em relação à promoção de saúde nas escolas ficou clara para os autores, uma vez que o programa foi mais bem compreendido, tanto em teoria como em prática, com seus benefícios para a comunidade.

Na Inglaterra Laki e Littledyke (2008) reforçam a ideia de que os diretores e os professores com papéis de liderança exercem grande influência sobre a implantação de projetos ligados a EPS, como é o caso daqueles que pretendem mudanças de comportamentos alimentares.

Dias, Loureiro e Loureiro (2013) apresentam um modelo qualitativo avaliativo de projetos voltados para estudos de Escola, Saúde e Sociedade, cujo principal ganho é a avaliação processual. Acreditam que o papel da EPS no contexto escolar português deve ser continuamente estimulado por ser considerado determinante na saúde da escola.

Pensando o projeto da educação escolar como histórico e específico a cada sociedade, este deve ser construído nas salas de aula e instituições de ensino em seu cotidiano. É neste conjunto de vivências que se estabelece o sujeito científico da educação escolar, considerado um sujeito complexo e diversificado e que espera que sua escola seja “inclusiva, múltipla, pluralista, interativa e sistêmica” (Moura, Lourinho, Valdês, Frota & Catrib, 2007). Portanto não é na simplicidade que será conhecido e sim em toda sua complexidade. Na visão de St. Leger (2004) o setor de saúde deve assim como o setor da educação, entender o ganho do trabalho em promoção de saúde como um importante valor e parte essencial das obrigações da sociedade. Este autor propôs prioridades para a promoção da saúde escolar que deveriam servir de base para decisões políticas eficazes: aumentar a colaboração entre os setores da

saúde e educação em planejamento, implementação e avaliação de Promoção da Saúde Escolar; melhorar a divulgação da evidência de eficácia para as escolas; estabelecer expectativas mais realistas para a Promoção da Saúde Escolar; e construir uma base de dados mais forte em países de baixa renda. (St. Leger, 2004). Em 2014, é possível considerar as mesmas prioridades no contexto mundial.

2.5 Programas de desenvolvimento em Promoção de Saúde nas escolas:

Encontram-se na literatura científica trabalhos realizados em escolas com o objetivo de promoção de saúde, que atendem e discutem parcialmente os requisitos da EPS. A seguir são apresentados alguns destes trabalhos que envolvem questões teóricas e/ou práticas da implantação e implementação do conceito, e de projetos de EPS.

2.5.1 A visão dos profissionais a respeito do conhecimento conceito de EPS

“Es importante establecer algunas conclusiones esenciales acerca de la relación dialéctica existente entre la educación, el aprendizaje y el desarrollo en el ser humano” (Ramos, 2014, p.221) e é preciso entender o valor que isto tem para o professor, e como este entende sua influência sobre os indivíduos, em seu desenvolvimento e em sua saúde.

O Programa EPS desafia o pensamento tradicional dos professores, em especial os de escolas secundárias, cujo principal objetivo geralmente é preparar os alunos para os próximos exames. No entanto pode-se perceber que melhorando a saúde ganham-se experiências positivas e se incluem cada vez mais na comunidade escolar melhorando inclusive seu desempenho escolar (Viig & Wold, 2005). Antes da EPS, o profissional da educação identificava problemas de saúde dos alunos apenas a partir da manifestação dos sintomas de doenças, justificando assim, a grande solicitação de capacitação por parte dos professores sobre os principais problemas encontrados. Considera-se a necessidade imediata de um processo de educação permanente, para que os professores possam ampliar seus conceitos de saúde e trabalhar com os princípios da Escola Promotora de Saúde, em prol da qualidade de vida de todos aqueles que convivem no ambiente escolar. (Cardoso, Reis & Iervolino, 2008).

É visível que a EPS se apoia no papel do professor o qual representa um importante elo e multiplicador de ideias, e sua capacitação para trabalhar com o conceito de saúde deve ser pautada em informações e ações educativas para a construção deste conhecimento

(Bucharles, Alverne, & Catrib, 2013; St. Leger, 2004; Turunen, Tossavainen, & Vertio, 2004). A preparação inadequada dos professores e serviços de educação sobre questões de saúde, além da falta de recursos e instalações é a principal barreira para a implantação do programa de EPS (Turunen, Tossavainen, & Vertio, 2004).

O professor já faz parte dos programas da escola pela saúde dos alunos, mas nem sempre se apercebe disto. Viig, Fosse, Samdal e Wold (2012) sugerem que os programas mais relevantes não precisam de mudanças drásticas, mas sim pequenas mudanças, que partindo do que já é conhecido e utilizado na escola, podem formar-se projetos dentro do programa de EPS. Quanto mais os professores se sentirem próximos dos objetivos comuns da escola e dos próprios objetivos das disciplinas, mais facilmente se envolvem no projeto. Para Viig e Wold (2005) pouco irá ocorrer em termos de mudanças e de alcance de resultados na implementação do programa, se não for dada a devida atenção aos professores, pois suas percepções sobre o conceito e sobre os fatores organizacionais que envolvem a EPS facilitarão, ou não, o processo.

Como Silva, Catrib, Collares, Cunha e Cunha (2011) concluem, o conhecimento dos professores sobre a saúde parece ser relevante, mas falta uma melhor visão sobre o conceito para que a promoção da saúde na escola seja uma ação permanente. Também nos estudos de Bruce, Klein e Keleher (2012) na Inglaterra, fica clara a importância da criação de uma rede de profissionais de Promoção da Saúde voltada ao trabalho com as escolas, aumentando desta forma, a capacidade de Promoção da Saúde através da formação destes professores, do desenvolvimento de recursos e da criação de saúde escolar e bem-estar das equipas.

Na visão de St. Leger (2004) a avaliação do programa também está dividida entre os profissionais da educação e da saúde. O profissional da educação avalia o conhecimento e a habilidade, e o profissional da saúde avalia o resultado na prática, da prevenção e da redução de danos.

O “*European Network of Health Promoting School*” (ENHPS) tem o objetivo de atingir estilos de vida saudáveis para as pessoas através do fornecimento de um ambiente (físico e social) que lhes dê suporte e os conduza à promoção da saúde. O ENHPS é um aliado da OMS e faz parte do programa de saúde da União Europeia. No contexto europeu, onde o programa foi implantado na maioria das escolas finlandesas, os resultados foram satisfatórios. Professores falam sobre um ambiente mais seguro que foi instaurado, tanto no contexto de sala de aula como nos intervalos, principalmente nas escolas primárias. A alimentação agora é saudável e mais saborosa. Já no âmbito nacional, o trabalho em rede obteve resultados mais estáveis no ensino secundário do que no primário, onde os professores

entrevistaram de uma maneira mais colaborativa. A nível local, professores indicaram que a promoção de saúde já faz parte do trabalho do professor, sendo assim essencial no currículo académico. Inclusive, professores de Ensino Médio apontam esta necessidade mais fortemente do que os professores do Ensino Fundamental. A diferença encontra-se na maneira como é realizada a promoção de saúde. Os professores do Ensino Médio agem mais grupalmente, enquanto os do Fundamental agem mais individualmente. No geral, as análises indicam que as escolas que participaram dos programas do ENHPS tiveram resultados positivos – 85% na escola primária e 82% na escola secundária. Nestas escolas, o contato internacional e municipal com outras instituições foi excelente, o que dá mais ênfase e eficácia ao programa. Mas no âmbito local o programa não obtém tantas interligações, apesar de esta conexão ser vantajosa, mesmo até economicamente (Turunen, Tossavainen, Jakonen, Salomaki & Vertio, 1999).

Mello, Moysés e Moysés (2010) discutem as mudanças na formação profissional e fica entendido que esta é uma discussão pertinente a qualquer escola que precisa que seus profissionais mudem seus paradigmas e concepções sobre saúde, doença e educação. Concordam com a pesquisa de Viana (2007) que reflete sobre o desenvolvimento curricular e profissional nas escolas portuguesas, percebendo que dentro de um determinado contexto de desenvolvimento com professores, a prioridade dada ainda está no “dar o manual” no sentido de fornecer projetos prontos para o desenvolvimento do currículo.

Na amostra de outros investigadores, esses referem que prevalece o senso comum de que “há predominância de uma concepção especialista, ou seja, o professor de Ciências é considerado o mais habilitado a desenvolver práticas de educação em saúde” (Santos & Bógus, 2007, p.131). Nos resultados percebem-se dois grupos com diferentes visões sobre a concepção de trabalho em saúde: “reduzido ao corpo biológico, com visão higienista e de isolamento da própria instituição em relação aos outros ““equipamentos”” do território em que estão”; e “tendem a ter uma prática baseada na concepção de saúde mais abrangente, considerando os aspetos sócio históricos do processo saúde doença” (Santos & Bógus, 2007, p.131), de outra parte destes participantes. Tradicionalmente os professores consideram-se autónomos dentro da sala de aula, o que promove um desafio para o conceito da EPS (Viig, Fosse, Samdal & Wold, 2012). Em especial, é isto o que se espera a partir dos Parâmetros Curriculares Nacionais (Brasil, 1996), que pedem um trabalho multidisciplinar e transversal, e pressupõem um trabalho em conjunto, constante, discutido e adequado conforme diversos prismas educacionais. Já na amostra de Krug (2006) os professores se ressentem de seu isolamento profissional, mas além desta questão, em Martins, Krug e Soares (2014), os

profissionais também se ressentem pela falta de conhecimento sobre os assuntos de saúde necessários a um trabalho interdisciplinar. Unindo estas duas questões os autores consideram que o isolamento profissional provoca muitas vezes a acomodação profissional.

No levantamento da bibliografia brasileira sobre Escolas Promotoras de Saúde, surge um crescimento considerável da produção sobre o tema a partir de 2007; onde o foco dos estudos vem sendo o professor e a investigação sobre conceito de saúde. A percepção que se encontra sobre a Escola Promotora de Saúde, os conhecimentos e as práticas dos professores sobre saúde escolar é basicamente uma questão de bem-estar físico (Carvalho & Santana, 2010). Outra pesquisa realizada por Barreto (2008), em Fortaleza (cidade brasileira) demonstra que: 80.2% dos professores consideram a saúde como um completo estado de bem-estar físico e mental; 43.6% enfatizam a importância do trabalho na escola quanto à saúde para a promoção da cidadania e qualidade de vida; 64.2% tiveram o estudo sobre o tema saúde em sua formação sendo que 41.2% o consideraram satisfatório e, 47.9% consideram não-satisfatórias, as informações recebidas, enquanto 65.0% declara não sentir-se capacitado a trabalhar com o tema na escola. Já em relação aos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) 80.9% conhecem as propostas e 76.7% sabem apenas que saúde é um dos temas transversais. Encontram alguma dificuldade para trabalhar com o tema saúde na escola 54.5%, e o motivo alegado pelos entrevistados foi a falta de capacitação específica com 33.1%. Conclui-se então, que os professores deste município, apesar de conhecerem os PCN's e o conceito de saúde, ainda sentem-se pouco preparados para este tema em sala de aula. A maior queixa referida foi a falta de capacitação dos professores o que justificaria a necessidade de um maior investimento nestas capacitações, facilitando o papel destes profissionais como promotores de saúde (Barreto, 2008).

As escolas sempre focaram seus resultados na educação e não na saúde, o que gera um conflito de objetivos entre suas propostas disciplinares e a participação no programa de promoção de saúde (Viig & Wold, 2005). Quando os professores entendem a vantagem do acompanhamento da saúde de seus alunos e o quanto a saúde e o bem-estar facilitam a concentração nas tarefas acadêmicas, passam a envolver-se com maior facilidade no projeto. Por exemplo, em estudo sobre projetos de saúde mental em creches, o conceito de saúde mental não é compreendido de forma correta pelos educadores, não havendo projetos ou trabalho de promoção de saúde mental no ambiente escolar da região estudada (Costa, Cruz & Silva, 2011).

A formação dos profissionais da educação e o entendimento de conceitos de saúde diferem quando realizados em forma de educação permanente para os professores sobre os

conceitos de PS e de EPS. O entendimento destes conceitos envolve as diferenças de contexto e de momento, necessitando a revisão contínua e promoção de mudanças metodológicas conforme a necessidade. Rodríguez e Suárez (2014) citam este trabalho como exemplo da necessidade de um processo contínuo de capacitação voltado aos profissionais e um estudo buscando o diagnóstico das problemáticas da escola e da comunidade, antes do trabalho efetivo. Também concluem em suas pesquisas que durante a formação dos profissionais não se incentiva e nem ao menos se estuda o conceito de EPS para que iniciem seus trabalhos a partir desta visão.

Gonçalves, Catrib, Vieira e Vieira (2008) reforçam a importância do trabalho com pedagogos e profissionais da saúde para que entendam a importância do trabalho prático interligando os conhecimentos de saúde no âmbito escolar através de atuações diretas com toda a comunidade tornando-os auto responsáveis pelo trabalho em equipa. É portanto necessário que se criem espaços onde os profissionais da educação e os profissionais da saúde possam trocar informações e experiências. Mesmo profissionais que já estudaram o tema transversal de saúde quando o aplicam sentem dificuldades e falta de material adequado para a transmissão destes conhecimentos específicos de saúde, reforçando a obrigatoriedade de intercâmbio entre esses profissionais (Fernandez, Rocha & Souza, 2005).

Há conceitos parciais como o de Escola Segura estudado por Liberal, Aires, Aires e Osório (2005), que se conectam com aspetos da EPS. Não se pode denominar uma escola como segura, tendo em vista apenas o ambiente físico, mas precisa-se de uma larga visão relativa à estabilidade e segurança em relação a qualquer espécie de violência. As intervenções na escola devem abarcar também a comunidade escolar e seu entorno, pois não há sensação de segurança dentro da escola sem que haja segurança à sua volta. Também os comportamentos saudáveis por parte de todos promovem uma escola mais segura.

Rabello e Anderson (2011) reconhecem a escola como cenário estratégico para estas práticas de prevenção de doenças e desenvolvimento de ações de promoção da saúde. Veem na atuação da atenção primária como prioridade, “incluir, de forma definitiva, um programa de educação para a saúde nas escolas, focado na realidade de cada grupo social” (Rabello & Anderson, 2011, p.247).

Persson e Haraldsson (2013) realizaram pesquisa com a gestão de escolas suíças e encontraram três categorias consideradas por estes participantes como essenciais para a promoção de saúde. A primeira categoria é denominada pelos autores como Organização e Colaboração, quando a liderança trabalha para que as políticas e propostas de promoção de saúde aconteçam de acordo com a demanda da própria escola e em seu momento atual;

também estabelecendo parcerias com os pais, professores e comunidade na pretensão de atingir os alunos de forma concreta e desenvolvendo as competências tanto dos profissionais quanto dos alunos. A segunda categoria é denominada Otimização da área, quando a gestão precisa estar atenta à demanda dos estudantes e à participação deles nas decisões de algumas das questões da utilização da escola; busca assegurar um bom clima de trabalho e reconhecimento das diversas competências de cada indivíduo; utilizar as áreas comuns da melhor maneira para usufruto dos alunos; ter profissionais de apoio para acolher dificuldades dos alunos cuidar dos relacionamentos interpessoais entre alunos, entre os profissionais e entre ambos. A terceira categoria é denominada reforçamento das individualidades, quando a gestão está apta a estimular que os estudantes tomem consciência de suas próprias habilidades e competências. Ao final do estudo concluem que a gestão das escolas suíças estudadas estão aptas para o desenvolvimento do conceito de Escolas Promotoras de Saúde, e o impacto que exercem nas escolas é considerado alto e essencial.

Os estudos aqui discutidos reforçam a relevância das pesquisas a respeito do conceito de Promoção de Saúde e da Escola Promotora de Saúde por parte tanto dos professores, como de toda a comunidade educacional. A troca de informações entre a Educação e a Saúde é fundamental para o desenvolvimento de uma sociedade saudável.

2.6. A intersectorialidade nas práticas educacionais

Segundo Hernández (2010) fatores internos e externos interferem na instituição escolar. A criação de políticas, a capacitação dos docentes e a inclusão da promoção de saúde no currículo dos profissionais é um dos pilares, segundo Hernández, para um plano de ação de implantação da Escola Promotora de Saúde e as parcerias com externos.

O desafio da intersectorialidade encontra-se tanto no planejamento, como na execução e no acompanhamento de cada projeto pois inclui diferentes formas de pensar e mudanças de valores e padrões de diversos campos do saber e de atuação. As práticas governamentais são tradicionalmente fragmentadas o que impede o alcance da intersectorialidade (Junqueira & Inojosa, 1996).

Moysés, Moysés e Krempel (2004) avaliaram o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde na cidade de Curitiba, Brasil, e concluem que a principal questão para a sustentabilidade das políticas públicas de promoção de saúde está no comprometimento dos participantes e de projetos intersectoriais, além de bases políticas e legislativas que permitam a continuidade das intervenções. Nestes estudos concluem que “as

comunidades nas quais a participação social e a coordenação intersetorial propiciada pelo poder público são consistentes, existe grande possibilidade de êxito”. Entretanto, as dificuldades apresentadas são sempre “a capacidade de motivar suficientemente todos os atores envolvidos, fornecendo clareza dos conceitos, recursos de conhecimento, transparência de informações e partilhamento de poder” (Moysés et al, 2004, p. 640).

Afonso, Tavares e Luiza (2013) concluíram que a intersetorialidade é vista como estratégia central na sustentabilidade das experiências para os pesquisadores deste tema. Conclusão corroborada no projeto de Escolas Promotoras de Saúde implantado pela Secretaria de Saúde e Defesa Civil na cidade brasileira, do Rio de Janeiro, que salienta a importância da intersetorialidade e das parcerias realizadas para o sucesso da realização (Secretaria de Saúde & Defesa Civil, 2012; Silva & Pantoja, 2009).

No Município de Embu, cidade brasileira do Estado de São Paulo, encontramos uma proposta clara de intersetorialidade descrita por Harada et al. (2004):

Apesar do uso do termo “programa”, as ações da Escola Promotora de Saúde no Município de Embu são articulações transversais e intersetoriais, que envolvem diferentes coordenações, setores e gestores das secretarias. Há uma coordenação (da Escola Promotora de Saúde) como facilitadora do processo, portanto, não há equipes especialmente constituídas por não se tratar de uma proposta ou programa vertical. (Harada et al., 2004, p.73).

Para a Secretaria de Saúde e Defesa Civil (2002) do Rio de Janeiro os eixos básicos da EPS são:

1. Educação e Saúde – com o objetivo de refletir, debater e abordar as demandas da escola em conjunto com os atores sociais envolvidos, utilizando para este fim; metodologias participativas e práticas educativas, provocando assim; a aprendizagem em comunhão com a mudança prática dos comportamentos e paradigmas de toda a comunidade escolar. Sempre em busca da construção de práticas que melhorem sua qualidade de vida e saúde em geral.
2. Construção de Ambientes Saudáveis – Com o objetivo de cuidar do ambiente físico, dos aspectos emocionais e psicológicos melhorando as relações interpessoais na comunidade escolar. Solidariedade, senso de justiça, equidade e ambientes que ajudem os indivíduos a se sentirem estimulados na prevenção da violência e na construção de uma cultura de paz.

3. Articulação com Serviços de Saúde – O objetivo é provocar mudanças na qualidade de vida da comunidade. O serviço de saúde para promoção de saúde deve ter acesso à comunidade escolar e facilitar suas atividades, com projetos voltados para tratamento e prevenção de doenças, como métodos contraceptivos, grupos psicológicos e outras ações que visem o indivíduo em sua totalidade como direito de cidadania (Secretaria de Saúde & Defesa Civil, 2012).

A proposta de EPS demonstra sua preocupação na integração das famílias, da escola e da sociedade, pois nos estudos relacionados com o uso de substâncias psicoativas encontramos os três ambientes como fortes influenciadores dos hábitos, estando sempre expostos à vulnerabilidade individual, institucional e social. Por exemplo, quando é comum a família usar o álcool, não basta apoiarmos campanhas de inadequação do uso, mas trabalhar valores e hábitos mais saudáveis na escola e na comunidade (Vieira, Aerts, Freddo, Bittencourt, & Monteiro, 2008).

Em outro estudo brasileiro são avaliadas as estratégias utilizadas por profissionais de saúde envolvidos no projeto “Aprendendo Saúde na Escola”, num Centro Municipal de Educação Infantil. Ao final do trabalho (com palestras educativas em temas de saúde física como o tratamento e prevenção da dengue, desnutrição, e outros, realizadas com a comunidade de pais e os alunos) a escola percebe a diminuição de maus tratos e violências contra as crianças, o que reforça a importância do trabalho da EPS em trabalhos interdisciplinares (Maciel, Oliveira, Frechiani, Sales, Brotto & Araújo, 2010).

A Sociedade Brasileira de Pediatria (2004) levanta indicadores para a Escola Promotora da Saúde baseada nos estudos de Ippolito (2004) e abreviados a seguir: 1. Envolver e permitir a participação de todos os membros da escola e da comunidade: nas decisões tomadas, e nas intervenções realizadas com o objetivo claro de fornecer saúde integral. 2. Fomentar e apoiar aprendizagem e saúde, na prevenção de doenças, desenvolvimento de habilidades para a vida, para diminuição dos fatores de risco; permitindo o acesso aos serviços oferecidos pela sociedade. 3. Planejar para melhoria do ambiente físico e psicossocial, a criação de ambientes saudáveis nos aspectos psicológicos, físicos e sociais dentro da escola, e que se estendam para fora da escola. 4. Implementar ações que conduzam à melhoria da saúde de seus membros oferecendo capacitação efetiva à professores e educadores. 5. Constituir uma comissão local de educação e saúde: associação de pais; organizações não-governamentais; organizações comunitárias.

No programa de EPS da Noruega a pesquisa realizada demonstra que os professores sentem muita dificuldade no envolvimento da comunidade, mas também reconhecem a importância deste envolvimento em toda a implementação e o desenvolvimento do programa (Viig, Fosse, Samdal & Wold 2012). Na Tailândia sugerem que se desenvolvam políticas de implementação para organizações relacionadas com a saúde, especificando articuladamente suas funções e responsabilidades. A cooperação intersetorial tem sido o ponto forte do programa, mas ainda se sentem confusos sobre os critérios para a obtenção do estatuto de EPS (Phaitrakoon, Powwattana, Lagampan & Klaewkla, 2014).

No Brasil foi aprovado no mês de junho de 2014 o novo Plano Nacional de Educação que estabelece 20 metas para os próximos dez anos. Entre as principais, estão o aumento de vagas em creches, no ensino médio, no ensino profissionalizante e nas universidades públicas; a erradicação do analfabetismo; a universalização do atendimento escolar para crianças de 4 a 5 anos; e a oferta de ensino em tempo integral para, pelo menos, 25% dos alunos da educação básica (MEC, 2014), importantes mas não os únicos pontos para a implantação da EPS.

Para que a intersetorialidade ocorra o governo precisa trabalhar na integração dos saberes e para que isto ocorra de acordo com a proposta da EPS, pelo menos o Ministério de Educação e o Ministério de Saúde precisam manter uma discussão conjunta a respeito de sua visão de saúde, de seus objetivos e metas e de seus interesses comuns, a saúde geral, o desenvolvimento e o empoderamento da população. Trabalhar em conjunto inclui o bom relacionamento interpessoal e intergrupar.

2.7. Projetos para uma Escola Promotora de Saúde

“Um projeto significa sempre a antecipação de uma ação, envolvendo uma referência ao futuro” (Machado, 2001, p.5)

Os projetos podem estar ligados direta ou indiretamente aos serviços de saúde da cidade quando se trata de prevenção ou de tratamento de doenças. Mas promover saúde é preparar o indivíduo para viver de forma adequada e integrada e portanto, nas escolas, deve-se assegurar que em todas as aulas seja dada a mesma importância aos conteúdos como ao processo de trabalho, ou às experiências de aprendizagem.

Outra questão significativa para se considerar uma escola como aquela que promove a saúde, é se ela desenvolve alunos e profissionais críticos, com valores pessoais e sociais que

possam ser respeitados e discutidos, e não uma escola que impõem seus próprios paradigmas sem reflexão. No estudo quase-experimental de Ramos, Pasarín, Artazcoz, Díez, Juárez, e González (2013), é confirmada a importância do trabalho de envolvimento da gestão de forma participativa e reflexiva para alcançar o entorno da escola, apesar de terem tido pouco tempo entre os questionários pesquisados.

Quanto ao tempo de duração dos projetos Faria e Carvalho (2004) são enfáticos em dizer que apenas trabalhos contínuos ao longo do ano letivo, junto aos professores e alunos atingem resultados de impacto, alcançando maior satisfação pessoal e saúde escolar. Parte das atividades de promoção de saúde devem ser de longo prazo e em geral os tópicos são vistos e trabalhados de forma longitudinal (Viig & Wold, 2005). No estudo de Fontes (2007) a autora concluiu em sua revisão bibliográfica e experiência, que as intervenções baseadas na metodologia de projetos, e dada a sua continuidade, demonstram-se como mais eficazes do que as que se propõe a intervenções pontuais. “Além disso, a criação de ambientes favoráveis a uma vivência de saúde pela experiência positiva constitui uma mais-valia no âmbito da PS e EPS” (Fontes, 2007, p.272). É preciso que seja feito o uso de metodologias e estratégias pedagógicas que envolvam mudanças nos conhecimentos e nas práticas através da facilitação na apreensão da realidade (Veríssimo & Rezende, 2007).

2.8. Levantamentos a respeito de promoção de saúde nas escolas e projetos pontuais

Segue-se levantamento bibliográfico de trabalhos desenvolvidos em escolas com objetivo de promoção de saúde, cuja palavra-chave de pesquisa foi “Escola Promotora de Saúde”. No entender do conceito de EPS projetos de promoção de saúde são parte das estratégias e não caracterizam uma EPS. Não foram incluídos neste trabalho todos os projetos de saúde realizados em escolas, mas aqueles que de alguma forma estão associados às propostas de EPS.

Leurs, Bessems, Schaalma e de Vries (2007) realizaram um estudo transversal e quantitativo para mensurar quanto os professores desenvolvem em aula o tema da promoção de saúde e, posteriormente qual a motivação deles para a continuidade do programa. A amostra feita na Holanda era constituída na sua maioria por professores do sexo masculino, dada a sua prevalência neste país. O pré-requisito era ter dado aulas ao menos uma vez para a 6ª, 7ª e 8ª série (anos de escolaridade do ensino fundamental). As questões de promoção de saúde que os professores poderiam abranger eram: desporto e exercício, cuidado pessoal

(inclui higiene), saúde na alimentação, uso abusivo de substâncias, sexualidade e relações, saúde mental e habilidades sociais. Mais de 80% dos professores trabalharam o mínimo de três quesitos no ano anterior. Foram então analisados quanto: à atitude, influência social e eficácia pessoal.

Quanto à atitude: Os professores que promoveram a saúde no âmbito escolar demonstraram atitude positiva, ressaltando aspectos como satisfação pessoal com o comprometimento assumido. Os que trabalharam com um número menor de quesitos do que o limiar obtiveram apenas resultados negativos, como se deversem ter continuado administrando apenas o conteúdo formal desde o início. Não obtiveram pois a mesma recompensa posterior que os outros profissionais.

Quanto à influência social: Os professores que tiveram maior apoio especialmente de seus alunos encontravam-se mais incentivados a cumprir a tarefa de manter os três ou mais quesitos em uso, ensinando-os. Os profissionais que não tiveram este suporte não se sentiram incentivados a promover a saúde em sala de aula. Ou seja, a participação em comunidade é fator delineador para o sucesso do programa.

Quanto à eficácia pessoal: Os professores que conseguiram cumprir a promoção de três ou mais quesitos em sala obtiveram um ganho notável na confiança em ministrar sua própria disciplina (Leurs, Bessems, Schaalma, & de Vries, 2007).

A preocupação com a segurança/das escolas da comunidade (50%) foi o que impulsionou a participação e satisfação das escolas no programa europeu. Em estudo inicial do programa na Finlândia, Turunen, Tossavainen, Jakonen, Salomaki e Vertio (1999) ressaltaram também outras preocupações dos professores como: a alimentação que era oferecida, a estimativa da promoção da saúde e, uma troca entre professores e alunos para melhorar as condições atuais. Em outro momento, os autores referem que a participação da comunidade escolar implementando um dia especial de saúde escolar, foi vista como incidente crítico positivo e a cultura organizacional das escolas pareceu melhorar de forma também positiva. Quanto aos incidentes críticos negativos encontrados, a falta de recursos teve um efeito frustrante, bem como os projetos ligados ao desencorajamento do tabagismo por parte dos alunos.

O primeiro projeto de nutrição no Brasil foi implantado em 1955, na Era Vargas, e hoje é conhecido como Programa Nacional de Alimentação Escolar – PNAE. Seus objetivos são o desenvolvimento de hábitos alimentares saudáveis e equilibrados. Entende-se que não é suficiente orientar o aluno para alimentos saudáveis sem orientar também as famílias, e não basta falar sobre o alimento, é preciso também oferecê-lo. Igualmente foi determinado pelos

Ministérios Brasileiros que 30% dos alimentos oferecidos pela rede pública estimulassem a produção agrícola de agricultores familiares locais favorecendo o desenvolvimento local/regional sustentável. Algumas tentativas de controle de alimentação em cantinas de escolas privadas não tiveram êxito, no entanto a discussão foi lançada e algumas escolas mudaram suas posturas em relação a isto. Ainda, sobre o Brasil, o Rio de Janeiro, vem desenvolvendo programas de melhorias na alimentação das escolas, e é de suma importância a capacitação dos professores para que possam tratar o tema (Silva, 1995).

Vasconcelos, Martins, Valdês e Frota (2008) desenvolveram um projeto em Fortaleza para promoção de saúde dos alunos envolvendo aprendizagem para prevenção de desnutrição infantil, identificando a percepção das crianças sobre alimentação saudável. Ao investigar a desnutrição infantil na escola levantaram “três tópicos gerais de natureza temática: alimentação saudável, higiene corporal e alimentar; conhecimento acerca da gripe; e diarreia”. Concluem que as crianças ampliaram o conhecimento sobre o assunto, e reafirmam a necessidade de utilização de estratégias educativas em saúde no âmbito escolar, visando à promoção da saúde e à melhoria da qualidade de vida da criança e da família. Profissionais da nutrição reforçam a ideia da escola promotora de saúde como o espaço adequado para a saúde coletiva e realização de diagnósticos situacionais da saúde (Brandão, Tajra & Mesquita, 2013).

Laki e Littledyke (2008), na Inglaterra, estudam e demonstram a importância das boas práticas alimentares no desenvolvimento do conceito de Escola Promotora de Saúde. Para promover a compreensão das crianças sobre produção e consumo de alimentos, bem como a estratégia alimentar, testaram a promoção de hábitos alimentares saudáveis de crianças em idade escolar. A integração do pensamento crítico e alterações nas escolhas para os padrões alimentares saudáveis das escolas pode influenciar a compreensão e comportamento em relação a dieta e a saúde das crianças. Neste estudo, identificaram como principais fatores que influenciam as mudanças nas escolas: a liderança clara do professor em relação ao tema; a prática ligada à experiência; o envolvimento da comunidade e de todos os participantes; e o pensamento crítico.

A escola também funciona como espaço facilitador de diagnósticos nutricionais situacionais, pois agrupa maior número de crianças da mesma idade, mesmo território e por no mínimo 4 horas diárias. A EPS é um espaço apropriado para o desenvolvimento de trabalhos de saúde coletiva e pode ser ampliado a partir dos estágios universitários. O monitoramento e as pesquisas são ampliados e aproveitados inclusive para disseminação destes resultados e reflexões, com novos planejamentos de políticas públicas. Não é intenção

transformar o professor em profissional de saúde, mas incorporar práticas e atitudes de promoção de saúde (Brandão, Tajra & Mesquita, 2013).

Silva, Schmitz, Rodrigues e Gabriel (2013) encontraram correlação positiva entre a discussão de temáticas da alimentação saudável com a comunidade escolar, a presença de ambientes saudáveis e o monitoramento do estado nutricional dos escolares. Há inclusive uma diminuição de ambulantes no entorno das escolas, o que tem promovido reflexões sobre o tema. A maioria das escolas que se propõe a ser saudável tem um projeto relacionado com alimentação no currículo, notando-se então uma interdependência dos componentes de Promoção da Alimentação Saudável. Foram as escolas de Educação Infantil que mais se envolveram em projetos deste tipo, e demonstram a necessidade de dar maior apoio para capacitação dos profissionais em prol de uma verdadeira Escola Promotora da Saúde.

Ríos-Cortázar, Gasca-García, Ordóñez, Vera, Franco-Martínez e Tolentino-Mayo (2013) apresentaram um projeto de EPS sobre a nutrição dos alunos de uma escola primária do México com um desenho de investigação participativa. Avaliaram o estado de nutrição e a massa corporal das crianças e encontraram prevalência de excesso de peso, que diminuiu consideravelmente após as intervenções. Não obstante a comparação dos resultados ainda apresente dificuldades estatísticas de comprovação, o que aparece como maior resultado é a compreensão obtida pelas crianças na importância da nutrição. Concluem portanto com a importância de trabalhos, cujos desenhos de investigação e intervenção sejam sustentados em métodos participativos, e que novas propostas de estratégias efetivas de promoção de saúde venham a ser parte dos projetos de pesquisa.

Guimarães (2009) observa duas diferentes formas de pensar por parte dos professores de Educação Física e não encontrou propostas de intervenção pedagógica consistentes, a partir da Promoção da Saúde. Muitos se voltam para questões didáticas, enquanto outros se voltam para questões conceituais. No entanto, o autor entende a Educação Física “como uma disciplina Promotora da Saúde e não de prevenção de doenças”. Defende que, os eixos de conteúdo: desporto, danças, lutas e ginásticas, que fazem parte dos PCN de Educação Física, devem ganhar destaque e servir de estímulos e experiências para compreensão do aluno em seu papel protagonista em relação a sua saúde, adquirindo conhecimento através da sua própria prática.

A pesquisa de Gillison, Standage e Verplanken (2014) sobre intervenções de estilo saudável com estudantes demonstra a importância de métodos participativos para o envolvimento e a autonomia destes alunos na participação de atividades físicas na escola.

Embora os efeitos sejam pequenos, intervenções de atividade física segmentada e dieta saudável dentro da própria escola podem beneficiar o desempenho escolar geral. Portanto, os formuladores de políticas de saúde devem considerar estes potenciais como benefícios adicionais quanto à promoção de atividade física e alimentação saudável nas escolas, em seus planejamentos (Martin, Saunders, Shenkin & Sproule, 2014).

No trabalho desenvolvido pelos fonoaudiólogos, Penteado, Camargo, Rodrigues, Silva, Rossi, Silva, Gonzales, e Silva, (2007), é proposta a construção de projetos de escolas saudáveis, ou de promoção da saúde nas escolas, com grupos vivenciais para melhor desenvolvimento dos seus elementos.

No Programa “Embu Enxergando Melhor”, realizado em Embu, cidade brasileira, salienta-se a importância da detecção e tratamento precoce de problemas visuais. O estudo descreve um projeto de atenção integral; para a saúde ocular de crianças através de prevenção, de assistência e de reabilitação (Lapa, Freitas, Pedroso, Furusato & Ventura, 2008).

A partir do Teatro do Oprimido de Boal, Leme (2005) realiza seu trabalho na escola, usando o teatro como instrumento educativo, e partindo do pressuposto que os participantes “não são meros receptores de informações, mas sim construtores de possibilidades políticas de reflexão grupal rumo ao protagonismo social” (Leme, 2005, p. 126). Com a dramatização, valores de saúde são trabalhados em suas vivências cotidianas, podendo ampliar conceitos e despertar o espírito crítico, levando ao entendimento de que a saúde deve ser vista de forma ampla. Também instiga a reflexão sobre si e sobre o outro e qualifica pessoas para promoção de saúde, pois possibilita o reconhecimento das pessoas instigando para o diálogo e a reflexão crítica. “O exercício da teatralidade é um ensaio que permite a produção de novas formas de dialogar com a saúde, onde as pessoas atuam direta e concretamente nesse processo” (Leme, 2005, p. 128).

Natvig, Albrektsen e Qvarnstrom (2003) são estudiosas da enfermagem e pesquisaram junto a adolescentes, alunos de escolas norueguesas que estão aplicando o programa EPS, a relação entre fatores psicossociais e a felicidade. Concluíram que o grau de experiência do estresse reduz o sentimento de felicidade significativamente, e que a felicidade aumenta conforme os níveis crescentes de autoeficácia geral. A autoeficácia da escola não se mostra significativa na felicidade destes alunos, mas o apoio social por parte dos professores melhoram a felicidade. Um padrão menos consistente foi encontrado para apoio dentre os alunos, mas os alunos mais felizes experimentaram mais apoio do que os alunos que relataram estarem infelizes. Manter o controle de decisões não teve significância. Nas

associações entre felicidade e sintomas psicossomáticos, os alunos que se sentem infelizes relatam um determinado sintoma mais frequentemente e também relataram maior número de sintomas.

Moreira (2005) desenvolveu com os profissionais de escolas públicas brasileiras, um trabalho interessante sobre o uso indevido de drogas, que é um dos temas transversais, e de constante preocupação para todos que buscam a promoção de saúde nas escolas. Este autor constatou a possibilidade de alcance de seu objetivo, levando-se em conta a estrutura da escola e interesse dos demais setores em trabalhos transdisciplinares. Porém, os entraves se deram em relação ao entorno da comunidade que se mostrou desfavorável e, à limitação de conhecimento dos demais setores. Os coordenadores pedagógicos costumam apresentar um grande interesse e sensibilidade para atender aos alunos e a equipa, mas com acúmulo de trabalhos e de responsabilidades, além dos preconceitos sociais em relação ao tema (substâncias psicoativas), encontram dificuldades no desenvolvimento de projetos. Apresentam também maior conhecimento sobre drogas ilícitas do que sobre o álcool, sendo este último o de maior consumo. Em artigo de 2006, Moreira, Silveira e Andreoli reforçam a importância de que projetos de redução de danos sejam desenvolvidos com todos os alunos independentemente de já terem utilizado algum tipo de droga, incentivados para que alcancem autonomia e que sejam respeitados em toda a sua complexidade.

Sobre o uso de medicamentos, Chi, Chang, Lin, Huang e Chang (2013) realizaram uma avaliação da Escola Promotora de Saúde num programa de Taiwan comprovando a eficácia na melhoria do conhecimento e habilidades dos alunos em relação ao uso correto de medicamentos. Utilizaram questionários autoadministrados por alunos do ensino fundamental e do ensino médio comparados aos estudantes do ensino primário e secundário de uma escola não envolvida com o conceito de EPS. Os resultados indicaram que após a implementação do programa, os conhecimentos e habilidades relativas ao uso das medicações foram significativamente maiores entre os alunos das escolas de intervenção.

Ainda é reduzido o número de publicações a respeito das EPS, no entanto percebemos que o conceito, quando aplicado, reforça a importância de sua implantação. A seguir apresentamos as dimensões levantadas a partir das reflexões anteriores:

2.9. Dimensões de uma EPS

O que se faz necessário para confirmar que uma escola possa ser considerada como EPS? Alguns autores além de avaliarem o desenvolvimento das EPS e seus projetos procuram instrumentos para servirem de base destas avaliações.

Para St Leger (2001) o conceito de três níveis de Nutbeam (2000) é fundamental para ser utilizado nas EPS. Todo profissional deve receber treinamento em três níveis, antes de ser um promotor de saúde: Conhecimento funcional de saúde; desenvolvimento de habilidades em saúde e, crítica do conhecimento em saúde. Ressaltando que não é suficiente apenas o conhecimento, e que todo o ator social envolvido na escola deve receber este treinamento. Esta então, é uma forma de se questionar se uma escola é de fato promotora de saúde, isto é, se ela atinge os três níveis. Persson e Haraldsson em 2013 consideraram três categorias como essenciais para a promoção de saúde: Organização e colaboração; Otimização da área; e Reforçamento das individualidades (Persson & Haraldsson, 2013). Em 2005, Clift e Jensen apresentam um conjunto de sete requisitos a serem considerados para avaliar a escola de forma objetiva, aferindo a presença ou não de tal quesito. As respostas podem ser: “sim”, “parcial”, “não”, “não se aplica”. Os requisitos a serem considerados são:

1. Existe uma equipa gestora de trabalho responsável pelo desenvolvimento das iniciativas de EPS?
2. Existe um diagnóstico participativo da situação atual da escola realizado junto aos atores da comunidade educativa, que permita determinar pontos fortes e necessidades?
3. Existe um plano de trabalho para implementar a iniciativa de EPS incorporado no Plano Educativo Institucional?
4. O projeto educativo do estabelecimento incorpora ações de promoção de saúde ao calendário de atividades pedagógicas?
5. O professor está capacitado no manejo do manual, módulos, instrumentos curriculares e outros documentos de EPS?
6. A escola está incorporada nas ações da comunidade e governo local?
7. Existe uma carta compromisso assinada entre a comunidade educativa, governo local, profissionais de saúde e outras instâncias comprometidas com a iniciativa?

O Ministério da Saúde da Argentina preparou um material que denominou de autodiagnóstico escolar, cujo objetivo é auxiliar na transformação da escola numa EPS. Identifica e incorpora as mudanças necessárias na organização escolar e no currículo utilizado, visando a promoção da saúde de todos os membros da comunidade escolar. O

preenchimento dos questionários deve ser realizado por um grupo interdisciplinar representativo da escola e após o período mínimo de seis meses de observação e implantação de novas medidas a escola pode pedir ao ministério o título de EPS. Os materiais em formato de questionários disponibilizados são: A. dados da instituição; B. Gestão e programação; C. Educação para a saúde com enfoque integral; D. Alimentação saudável; E. Hábitos e práticas de higiene; F. Atividade física; G. Tabaco, substâncias psicoativas e tecnologias; H. Entorno físico e psicosocial; I. Coordenação da escola com serviços sociais e de saúde. Assim que concluem os questionários, são convidados a analisá-los e elaborar o plano de ação. Está acontecendo um importante movimento no país para se desenvolver estratégias que atendam a proposta das EPS (Ministério de Salud, 2012).

Para sintetizar as condições necessárias ao desenvolvimento da Escola Promotora de Saúde, a partir do revisto desenvolvido neste estudo e no estudo anterior da autora (Souza, 2008), segue a tabela construída.

Tabela 1

Dimensões de uma EPS

	Requisito	O que é esperado de uma EPS
1	Entendimento do conceito de saúde	A promoção de saúde deve ser entendida como aplicada a todos os atores envolvidos considerando o ser bio-psico-social-espiritual
2	Envolvimento dos profissionais	Que todo e qualquer profissional possa criar e liderar um projeto de acordo com suas habilidades e competências, se sentindo corresponsável
3	Estrutura	A escola particular ou pública deve oferecer estrutura adequada para desenvolvimento dos projetos
4	Tempo	Os projetos devem atender às suas necessidades específicas de duração, havendo projetos de curta, média e longa duração
5	Projetos	Todas as disciplinas, ciências e demandas específicas devem ter projetos adequados para suas necessidades
6	Envolvimento das diversas disciplinas	Todas as disciplinas e temas transversais devem participar de projetos Multi/Inter/Transdisciplinares
7	Envolvimento dos setores	Juntos os setores internos ou externos da escola devem iniciar e desenvolverem projetos adequados para aquela comunidade.
8	Envolvimento da comunidade	A comunidade tem direito a conhecimento e participação dos projetos desenvolvidos pela escola
9	Gratificações e motivações dos profissionais	O profissional precisa se sentir gratificado e inserido nos projetos O trabalho em equipa deve ter profissionais motivados Todo projeto deve ser registrado com indicadores que possam receber acompanhamento para sua efetividade
10	Registros realizados	Os trabalhos devem ser transformados em publicações para que sirvam de estímulos para outros usuários e promovam saúde

Para cada um dos requisitos houve uma leitura densa, assim como discussão com os mesmos profissionais que participaram das reflexões na construção da escala do estudo 2.

Dimensão 1 - Conceito de saúde

Antes de entender o conceito de EPS é preciso rever o conceito geral de saúde e estabelecer a conexão entre Saúde e Educação (OMS, 2012). A ideia de um ser humano integral e integrado que absorve as dimensões biológicas/físicas; mentais/emocionais/espirituais/noéticas e sociais/cidadania. Também devem ser tidas em conta as relações interpessoais e a qualidade de vida como fonte de saúde. Mesmo quando o foco é a saúde física, as questões sociais e emocionais estão intimamente ligadas. Questões como a falta de saneamento básico ou a desnutrição estão diretamente relacionadas com a situação social da comunidade e dos indivíduos. Questões emocionais como autoestima baixa podem influenciar diretamente a preservação da saúde, como o exemplo do sexo desprotegido (sem uso de preservativos). Dificuldades de interpretação ou problemas de aprendizagem influenciam diretamente o entendimento da própria saúde, por exemplo: a interpretação errônea de prescrições médicas. Atualmente a dimensão emocional vem incluindo questões ditas espirituais como nos estudos de qualidade de vida, no caso do WHOCOOL (Fleck, 2000) que hoje inclui a dimensão espiritual. Na Europa há autores utilizando o termo noética para representar as questões de valores que influenciam também o estado geral de saúde. No Brasil Minayo (2014) realizou uma pesquisa sobre as bases de dados de publicações brasileiras e encontrou resultados positivos para a intervenção da religião nos grupos de violência e criminalidade, no entanto discute os meios utilizados. Neste sentido entende-se que há possibilidades das crenças espirituais presentes nos profissionais da educação serem influências tanto positivas como negativas conforme os meios utilizados. Para a EPS a hipótese geral é que o profissional de educação que estabelece estas ligações bio-psico-social-espiritual se vê presente no desenvolvimento da saúde de seus alunos, assim como participativo da comunidade em que atua, independentemente de sua função escolar ou especialidade.

Dimensão 2 - Quanto ao envolvimento dos profissionais

É importante para a EPS o envolvimento do profissional em sua proposta, visão e missão escolar, assim como, que todo e qualquer profissional possa criar e liderar um projeto de acordo com suas habilidades e competências, sentindo-se corresponsável. Mesmo que não seja necessário o apoio da instituição em seus projetos particulares de sala de aula, os projetos

mais abrangentes precisam do envolvimento de um número maior de participantes e o reconhecimento do profissional facilita a criação e execução de novas propostas. Na visão da OPS (2001) e da OMS (2012), assim como das descrições de St Leger (2004) ou Fontes (2007), a EPS é um lugar que promove e protege a saúde e a aprendizagem, dos funcionários, professores, sindicatos de professores, alunos, pais, profissionais de saúde e líderes comunitários. Por meio de um ambiente saudável e implementando políticas e práticas que respeitam estes indivíduos um estímulo para o envolvimento dos profissionais é mostrar o quanto eles já se encontram envolvidos com o conceito mesmo que não percebam (Viig, Fosse, Samdal, & Wold, 2012).

Dimensão 3 – Quanto à estrutura

A escola particular ou pública deve oferecer estrutura adequada para desenvolvimento dos projetos. Espaço físico que possibilite qualquer participante a devida locomoção e qualidade de vida, e que facilite a execução de propostas diferenciadas de acordo com os objetivos propostos pelos projetos a serem desenvolvidos. É inerente ao conceito EPS e dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), promulgados em 1997 pelo Ministério da Educação Brasileiro para o qual toda e qualquer atividade escolar seja adaptada conforme a idade, a cultura, a estrutura da escola, ao tempo de duração, tanto aos alunos como aos profissionais que estão envolvidos nos projetos. As características culturais, sociais e a individualidade dos grupos precisa ser respeitada. As propostas do Ministério de Educação Brasileiro compactuam com esta ideia e nos PCN incentiva este respeito às individualidades. Apesar do projeto do ano letivo ser preparado de antemão, a adaptação é necessária conforme o decorrer de qualquer projeto (Secretaria de Educação Fundamental, 1997).

Dimensão 4 - Tempo

Uma EPS deve criar e manter projetos adequados para os momentos específicos e para continuidade de aprendizados. Entende-se a escola com seus projetos específicos, além de projetos com visão ampla e sistêmica que possam dar tempo aos participantes para reflexões e mudanças. Como exemplo, projetos de curta duração são aqueles desenvolvidos pelo profissional dentro de uma aula que ensine uma determinada competência ou conceito; um passeio cultural; um programa de um dia, ou seja, determinados temas específicos para o momento. De média duração são exemplos de projetos que levam um ano curricular, dentro de uma programação com começo, meio e fim. Já os projetos de longa duração são aqueles que sobrevivem as alterações de equipa e de gestão, e muitas vezes promovem mudanças de

hábitos de um grupo se perpetuando por serem abraçados por uma comunidade, como por exemplo projetos de sustentabilidade. Encontram-se discussões a esse respeito em autores como Minayo e Gualhano (2014) e Moysés, Moysés, e Krempel (2004).

Dimensão 5 - Quanto aos projetos

A EPS é baseada na visão de projetos cuja demanda deve ser reconhecida pela própria escola e sua gestão (OMS, 2012; OPS, 2001). Os programas institucionais devem ser a base comum dos trabalhos, mas cada escola tem sua própria necessidade e forma de aplicabilidade. Como demonstram Viig, Fosse, Samdal e Wold (2012) pequenas mudanças nos programas a partir do conhecimento já utilizado pela escola, podem se tornar novos projetos.

Dimensão 6 – Quanto ao envolvimento das diversas disciplinas

Todas as disciplinas e temas transversais devem participar de projetos multi/inter/transdisciplinares, isto é, é condição de uma EPS que o conhecimento seja interligado, as disciplinas devem conversar entre si mostrando o seu real significado na vida das pessoas. O conhecimento deve ser para se viver melhor e não de forma estanque. Exemplos: aprender sobre o aparelho reprodutor humano é aprender sobre sexualidade e também sobre condições sociais de sobrevivência da espécie, é pensar politicamente sobre direito à vida e à saúde. Muitos dos projetos encontrados são multidisciplinares, isto é são realizados por diversos profissionais que juntos mostram aprendizados de um mesmo tema. Outros projetos são interdisciplinares e mostram as consequências do conhecimento de um tema segundo pontos de vista de diferentes disciplinas, ressaltando a interação entre os profissionais, além da capacidade de perceber a educação de forma integral e não fragmentada. Um exemplo disto é sobre um projeto no estágio de profissionais de nutrição e psicologia em que trabalharam com uma proposta interdisciplinar no campo da saúde coletiva e cujos resultados corroboram o papel da interdisciplinaridade na integralidade diferenciada aos usuários de programas de saúde (Medeiros, Braga-Campos & Moreira, 2014). A mudança de visão dos profissionais é lenta e segundo Viig e Wold (2005) fortemente influenciada por um excesso de autonomia em sala de aula que os afasta de uma visão multidisciplinar. A transversalidade aparece em especial nos PCN para fomentar nas escolas o ensino integral e integrado. São diretrizes que orientam e estimulam a criação de projetos com adequação das disciplinas conforme a idade dos alunos, fase escolar e a regionalidade, incentivando a participação em atividades extra curriculares. Segundo Catalán (2001) “as materias

transversales recogen un conjunto de contenidos conceptuales y procedimentales, pero esencialmente actitudinales y funcionales, que abordan problemas personales y sociales de actualidad”.

Nem todos os profissionais se sentem envolvidos com os projetos externos à sua função. No entanto, este envolvimento demonstra a multidisciplinaridade junto à transversalidade e o entendimento de que o trabalho educacional não está restrito à especificidade de suas funções pedagógicas ou administrativas. Fica subentendido que a “visão de homem e mundo” de cada profissional aparece também em sua disponibilidade para trabalhos extra “obrigações”.

Dimensão 7 - Quanto ao envolvimento dos diversos setores - Intersetorialidade

A intersectorialidade é premissa básica para EPS. Sem o intercâmbio e a integração de diversos setores é impossível a Promoção de Saúde, a começar pelos Ministérios de Educação e de Saúde. Pressupõe o trabalho conjunto de diversos atores sociais, entre representantes da escola, do governo, e da comunidade (Bruce, Klein & Keleher, 2012; Deschesneses, Martin & Hill, 2003; Silva & Delorme, 2002). Universidades e Organizações Não Governamentais tem importância neste contexto sendo as principais participantes de Projetos de Integração entre os vários saberes. No entanto as empresas públicas e privadas cada vez mais são inseridas no contexto educacional e responsabilizadas pela comunidade envolvida.

Dimensão 8 – Quanto ao envolvimento com a comunidade

A saúde relacional deve permear todas as relações dentro do ambiente escolar. Entre gestores e profissionais, entre profissionais e alunos, entre os alunos, entre a comunidade e a gestão, enfim, entre todos. Espera-se que quanto melhores as relações e os vínculos, mais saudável e promotora de saúde seja a escola. Há pouco sobre o tema nos artigos de Escolas Promotoras de Saúde, apenas citações como a de Cushman (2008) que fala da importância do relacionamento entre os profissionais, e não encontrou-se nenhum artigo sobre o relacionamento com a comunidade. Apenas aparece a recomendação de trabalho com a comunidade participante da instituição. Se faz necessário que as realizações dentro da escola tenham alcance na comunidade e que as necessidades da escola e da comunidade sejam entendidas como complementares e não antagônicas.

Dimensão 9 – Quanto às gratificações e motivações dos profissionais

Todo profissional deve sentir-se gratificado pelo trabalho realizado, garantindo sua qualidade de vida como trabalhador. Nem sempre a gratificação é sentida da mesma maneira pelos indivíduos, pois a satisfação é pessoal, porém, o ambiente de trabalho pode facilitar a realização pessoal dos envolvidos. O trabalho e reconhecimento de pertencimento do trabalhador na sociedade são considerados pela OMS como importante dimensão de qualidade de vida. A EPS visa a integração de todos e inclui o bem-estar físico, psíquico e social dos profissionais incluindo sua relação com o trabalho. Muitas vezes o envolvimento está diretamente relacionado com o reconhecimento, principalmente com o passar dos anos na profissão, e com a capacidade que o profissional tem de se auto motivar ou da necessidade de motivação externa.

“É importante refletir sobre como podem os professores serem considerados agentes de mudança numa sociedade que cada vez mais lhes cobram e em paralelo, os desvalorizam” (Silva, Damásio, Melo & Aquino, 2008, p.81). Para estes autores ao mesmo tempo que os professores cada vez mais recebem novas obrigações e responsabilidades por parte da educação escolar sobrecarregando seu papel de docente, também são muitas vezes esquecidos pelas políticas públicas e privadas de assistência ao trabalhador. Tjomsland, Iversen e Wold (2009) efetuaram uma pesquisa com professores e entenderam que os profissionais que se sentem mais motivados a participar do Programa de EPS são aqueles que já conhecem mais sobre promoção de saúde e já participaram de outros projetos (receberam maiores informações e participaram em discussões sobre o tema). Fator ainda mais motivador para os profissionais é acreditar nos resultados positivos do projeto e na melhoria das relações interpessoais no ambiente de trabalho. Os autores também reforçam a ideia de utilizar competências individuais dos profissionais, valorizando conhecimentos a serem utilizados em projetos (como aulas de dança, pintura e outras).

Dimensão 10 – Registros e Divulgação

Se promover saúde é levar conhecimento adiante, muito há o que se divulgar em todas as esferas sociais. Existem trabalhos científicos acadêmicos, mas falta ainda levar estes conceitos para a comunidade, pois é nesta que se devem atingir os objetivos almejados. O intercâmbio fortalece grupos e a elaboração e divulgação de documentos referentes às práticas, fortalece a Educação e a Saúde. Mesmo quando a experiência de um grupo difere totalmente de outro, não podendo ser repetida, dispara reflexões e adaptações, e atinge o objetivo de estimular novas práticas. Segundo St. Leger (2004) aumentou o foco em

evidências na qualidade das práticas nas escolas avaliando suas realizações de Promoção de Saúde, na procura de novas evidências de mudanças eficazes.

2.10 Quanto às dificuldades encontradas

Na mudança de paradigmas quanto à distinção entre saúde e educação numa visão mais integrada, percebem-se as dificuldades que os profissionais da educação ainda enfrentam para efetuarem projetos que consigam no futuro unir estes conceitos. Cada profissional se percebe em área de conhecimento e prática diferenciada do outro, pois elegem seu objeto de estudo e se especializam. No entanto, quando um profissional entende a contribuição do outro, sua visão se amplia e a educação passa a perceber a importância da saúde na aprendizagem e a saúde a valorizar a forma de se educar para uma vida mais saudável (Tjomsland, Iversen & Wold, 2009). Se o objetivo da escola é promover saúde, uma das grandes dificuldades é ultrapassar os muros da escola levando conhecimento e envolvendo a todos. As dificuldades aqui são mensuradas por parte do profissional, da comunidade ou da estrutura financeira.

Autores pedem atenção a cinco áreas primordiais: investimento na educação, construção da estrutura da escola, investimento nas capacidades, implementar tudo o que já se conhece e se sabe ser efetivo, e harmonizar as relações entre os parceiros (ex: área da saúde). Também salientam a força das parcerias internacionais pois a missão é a mesma no que tange o desenvolvimento e empoderamento da sociedade (Tang et al., 2008). Em Hargreaves, Earl, Moore e Manning (2001) encontram-se listadas outras cinco mudanças necessárias nas escolas: liderança escolar; estrutura escolar; cultura dos professores; liderança organizacional e descrição profissional.

Segundo Viig, Fosse, Samdal e Wold (2012) os líderes para a implementação do programa sentem grandes entraves quando a proposta não é bem aceita pela gestão da escola e a direção deve ser a principal incentivadora da proposta. Outro entrave nos estudos destes autores é a ameaça sentida por professores quanto à sua autonomia em sala de aula, e resistência quanto à sua participação.

St. Leger (2008) pensa ser um grande fardo superar as diferenças entre a forma de avaliar os resultados dos projetos/intervenções por parte dos profissionais da educação e pelos da saúde. Os profissionais da educação não acreditam em resultados rápidos e veem na educação o projeto de desenvolvimento a longo prazo, enquanto os da saúde procuram

resultados imediatamente após a realização de projetos/intervenções. As avaliações da EPS apesar de apresentarem bons resultados não são acompanhadas a longo prazo para que estes resultados possam ser considerados definitivos (Tang et al., 2008).

Como contrariedades e restrições apresentadas por Mello, Moysés e Moysés (2010) é possível citar: experiências tradicionais autodenominadas como “promotoras de saúde”, com baixa sustentabilidade institucional. Dependendo do voluntarismo de poucos docentes, a Promoção de Saúde ainda como “educação sanitária” convencional gera reducionismo; resistências culturais dentro das instituições; alta valorização ideológica de componentes assistencialistas e/ou clínicos curativos e desvalorização das práticas; cultura de “corporações”, com interesses privados, impedindo a integração com a esfera pública; e desconhecimento das bases referenciais mínimas para uma efetiva implantação de ações de Promoção de Saúde.

Nas propostas das Escolas Promotoras de Saúde da Escócia, os professores são lançados como parceiros ativos na rede de "especialistas" para orientar o comportamento das crianças com relação à saúde em programas criados pelo governo. As resistências aparecem na pré-disposição e envolvimento dos professores para adotar esse papel. Não é suficiente a implantação do projeto, mas a mudança nos valores e paradigmas e na "bagagem" que podem persistir na experiência vivida dos professores (Spratt, Shucksmithb, Philip & McNaughtonb, 2013).

Foram vistos neste capítulo os principais conceitos sobre a Escola Promotora de Saúde, suas características e os obstáculos de implantação, bem como, as dimensões necessárias a sua análise e avaliação.

No próximo capítulo o conceito de Sociodrama será apresentado como uma outra metodologia auxiliar para a análise e avaliação das EPS. É no Sociodrama que este trabalho se baseará no estudo 2 para ampliar a pesquisa sobre as condições de uma EPS ao mesmo tempo que intervêm mudando a visão do conceito de Escola Promotora de Saúde por parte dos profissionais participantes.

Capítulo 3: O Sociodrama

3.1 Contextualizando a teoria de Jacob Levy Moreno

Este capítulo se inicia com a contextualização histórica, destacando as diversas modalidades de Psicodrama e/ou Sociodrama, e a forma de utilização nos diversos contextos sociais, pois é também objetivo desta tese explorar as possibilidades de utilização do Sociodrama na Promoção de Saúde nos ambientes escolares.

Bareicha (2010) resgata a origem do termo Socionomia realizada por Ward em 1898, a partir das proposições de Augusto Comte e Emile Durkheim, adotando o sufixo *onomia* para designar a ciência que lida com as leis provenientes do encontro das “forças sociais” e o conjunto de sentimentos e potencialidades, que se transformam e tornam-se visíveis nos grupos e nos indivíduos. Assim, durante os anos de 1930 Jacob Levi Moreno desenvolveu sua versão da Socionomia, definindo-a como a ciência das leis sociais que interferem nas relações interpessoais. Considera-se o livro “Quem Sobreviverá?”, de 1934, como o marco da fundamentação teórica da Socionomia moreniana, onde os achados científicos da sociometria estruturam o pensamento e a prática deste trabalho. Moreno em 1953, quando da segunda edição revista e atualizada deste livro, afirma ter encontrado um desenho teórico que não havia na versão de 1934. Assim, subdivide a Socionomia em três aspectos complementares e inseparáveis: a Sociatria, a Sociodinâmica e a Sociometria (Bareicha, 2010). A Socionomia moreniana constitui-se como uma ciência fundamentada na fenomenologia, e concebe o homem como um Ser existencial (Moreno, 2008). Wechsler (1999) entretanto apresenta outros fundamentos epistemológicos para esta ciência: a fenomenologia-existencial, a dialética marxista e a sistêmica construtivista/pensamento complexo. Para Costa (1999), o uso da terminologia (Socionomia) encontra sua potência, na reflexão sobre as forças dos fenômenos sociais na sua experimentação e na intervenção que eles possibilitam, pensamento com o qual este trabalho se afina.

Segundo a afirmação de Howie (2014), o Psicodrama designa o termo dado a todas as técnicas de J. L. Moreno, incluindo o sociodrama, a sociometria, a psicoterapia de grupo, a dramatização e treino de papel sendo empregado para fins exploratórios e de investigação ou para fins de resolução de problemas ou de ensino.

Sociatria é considerada por Testoni, Armenti, Ronconi, Cottone, Wieser e Verdi (2012), a possibilidade de alcançar melhores insights na psicologia clínica, social, psiquiatria,

sociologia e para a população em geral, sendo que, Psicodrama e Sociodrama são estratégias que visam lidar com os problemas clínicos através do trabalho relacional.

Drakulić (2014) é uma professora universitária de Educação que discute as conexões do Psicodrama com outras metodologias e teorias psicológicas, filosóficas e educacionais. Para a autora, o Psicodrama tem sido mais presente em sua prática pedagógica, mais aprofundado na teoria de papéis, e com grande influência no teatro europeu. No entanto, aprofunda seu texto na relação do Psicodrama demonstrando toda sua flexibilidade e integralidade com outras teorias, e principalmente a capacidade de adaptação ao mundo atual e suas necessidades.

Como dito anteriormente, a Socionomia moreniana, enquanto sistema teórico científico, baseia-se num tripé: a Sociodinâmica - o estudo do movimento das relações entre os indivíduos e como ele acontece; a Sociatria – o tratamento das relações a partir do que lhe é mais saudável por meio do Sociodrama, do Psicodrama e da Psicoterapia de grupo; e a Sociometria – a medida das relações, suas aproximações e distanciamentos num determinado momento, (Bareicha, 2010; Costa, 1999; Guglielmin, Testoni & Prandelli, 2012; Marineau, 1992; Marra, 2008; Moreno, 1997, 2000, 2008, 2012) estudando as ligações interpessoais demonstradas por meio de sociogramas (gráficos das relações) que examinam as escolhas individuais, e por fim as grupais. Não se trata apenas de uma mensuração objetiva, mas também de uma intervenção terapêutica que favorece insights (Carlson-Sabelli, Sabelli & Hale, 1998) e resgata o equilíbrio nas relações (Macuch, 2010).

Segundo Hatcher (2015), Moreno é descrito, de forma apaixonada ou irritada por diversos autores, e o autor compara a escrita de dois importantes conhecedores da vida e da obra de Moreno: Jonathan Moreno (2014), filho de Moreno, e John Nolte (2014), aluno e mestre de Psicodrama. Segundo Hatcher os dois autores referidos demonstram e auxiliam no entendimento da teoria e do desejo de Moreno em trabalhar com os grupos e com toda a humanidade (mote de discussão que se encontra ainda na atualidade) e no desenvolvimento da teoria e prática do Psicodrama. Também Larios (2013) lembra o quanto a proposta de Moreno modificou o pensamento vigente em sua época e assim permanecem essas transformações. O Psicodrama mudou o paradigma do trabalho individual para o grupal e de tratamentos apenas verbais para métodos de ação.

Na visão de Marra e Costa (2004), o foco do método sociodramático “são as relações interpessoais e as ideologias coletivas” e utilizam o conceito de Jacob Levy Moreno de que “o sujeito real é o grupo”. Moreno, assim como demais pesquisadores de suas obras e de sua prática, Wechsler (2007), Brito (2006), Cossa (2006a), Bustos (1997), Bidart-Novae,

Brunstein, Gil, e Drummond (2014) entre outros, considerou o grupo como um sujeito a ser trabalhado. Algumas questões teóricas da Socionomia se mostram essenciais para o entendimento dos grupos e da sociedade, como trabalhar em rede desvendando as tramas do grupo e conectar saberes e fazeres (Marra, 2005).

Apesar de Moreno ter sido o primeiro teórico a utilizar a expressão psicoterapia de grupo, devido a importância reconhecida por ele nos trabalhos grupais (Osorio, 2011), Lipman em 2008 atualiza essa informação, considerando que a essência do trabalho de Moreno está na tríade: Sociometria, Psicodrama e Psicoterapia de Grupo. Ressaltando ainda que não há psicoterapia de grupo que não use a Sociometria, pois as relações interpessoais se estabelecem de forma positiva, negativa e de neutralidade e formam redes que são trabalhadas para a saúde do grupo (Lipman, 2008).

A Socionomia de Moreno, e dentro dela, o Psicodrama e o Sociodrama como metodologias sociátricas, valorizam a ação e tem como objetivo focar na “dimensão particular e complexa que o fenômeno assume a cada momento dado”, dando menos ênfase ao racional explicativo dos pensamentos. (Brito, 2006, p.36).

Como uma das finalidades da Socionomia, Moreno propõe uma transformação social através das microestruturas que são os grupos. A Sociatria oferece portanto, os métodos de ação e a metodologia para tratar a grupalidade. Atualmente, a Sociatria é definida como um “conjunto de métodos terapêuticos para tratamento de grupos em sofrimento ou em conflito” (Nery, & Costa, 2008, p. 248). Para entender a audácia de Moreno, é preciso compreender o quanto a sua proposta envolve mudanças individuais, grupais e sociais. Dos diferentes métodos que caracterizam a Sociatria hoje, dois serão destacados para a realização desse trabalho: o Psicodrama que aprofunda a ação nas questões individuais e características psicológicas do sujeito em relação a seus grupos e, o Sociodrama, que aprofunda a ação nas leis que regem os grupos, suas crenças e valores (Dotti, 2002; Moreno, 1997). Como salientam Nery e Souza (2012, p. 214), Moreno “apregoa que os métodos de ação sociátricos conduzirão à Educação para a sua verdadeira missão: desenvolver os protagonistas da história, pessoas que usufruem de seus talentos e que têm convivências no sentido do bem-estar coletivo”. Em seus tratados, Moreno defendeu uma ação comunitária e instigou profissionais de todas as áreas a se envolverem com estudos e práticas que propiciem mudanças e escolhas saudáveis, favorecendo as relações entre os mais diversos atores sociais envolvidos, da mesma forma que a Psicologia da Saúde preconiza nos dias atuais. Também integrou diferentes ciências ou estudos como a saúde, a educação, a arte, a matemática, a estatística, a religiosidade e outras.

Em estudo de 25 artigos de Psicodrama incluídos na meta-análise, o efeito do índice de *Cohen* de .95, foi considerado acima da média (Cohen, 1992), indicando que técnicas psicodramáticas podem ser adotadas como métodos experimentalmente eficazes. A fórmula de Cohen neste trabalho visou determinar as variações entre os grupos controle e grupos experimentais (Psicodrama) para o caso de quatro técnicas específicas do Psicodrama, sendo a primeira com maior índice: o duplo (1.29), depois a inversão de papéis (0.93), a mais baixa foi o *role-play* (0.17) e a combinação das mesmas (0.42). Para os autores, o baixo índice no *role playing* é provocado pela falta de estudos a respeito (Kipper & Richie, 2003). Nas pesquisas de López (2013) sobre métodos psicoterápicos, o autor encontra outros pesquisadores que utilizam a meta-análise para discutir as pesquisas empíricas de Psicodrama, e, apesar da quantidade relativamente pequena de estudos controlados, é demonstrada a eficiência do Psicodrama como uma intervenção terapêutica. Este estudo sugere então, que o tamanho do efeito global das intervenções psicodramáticas (isto é, a inversão de papel e duplicação) é semelhante e, em alguns casos, melhor do que os relatados por outras intervenções de psicoterapia de grupo.

Tanto o psicólogo como outros profissionais de ciências sociais e humanas possuem instrumentos teóricos e técnicos adequados para transformações sociais com consciência crítica. “O uso do método sociodramático promove uma troca intersíquica específica, que contribui para as redefinições de verdades e crenças tão arraigadas e mantenedoras do sistema de injustiça social” (Nery & Conceição, 2005).

O Psicodrama e os Psicodramatistas ainda precisam se envolver mais e melhor nas pesquisas a respeito da teoria e da metodologia, e isto já está acontecendo no movimento europeu segundo a *Federation of European Psychodrama Training Organisations* (FEPTO) - (Krall, 2012) e no movimento brasileiro representado pelo alto número de publicações. Para Tauvon (2001) foi na América Latina e na Austrália que o Psicodrama ganhou forças e mostrou sua eficácia como psicoterapia em diversos contextos.

A seguir um levantamento dos principais conceitos utilizados pela Socionomia.

3.2. Principais conceitos da teoria

Neste subcapítulo serão apresentados os conceitos discutidos por diversos autores, lembrando que para muitos não existe a distinção entre Psicodrama e Sociodrama e nem

mesmo entre Psicodrama e Socionomia e quando citados neste trabalho, serão usadas as denominações originais dos autores.

3.2.1. Matriz de Identidade

Muito haveria a se dizer a respeito de matriz de identidade tendo como partida a escrita de Moreno e dos atuais autores e pesquisadores desta teoria, contudo a escolha deste trabalho tem como foco o desenvolvimento dos papéis, visto que posteriormente será discutido o papel do educador na Escola Promotora de Saúde.

Moreno (1997) ao estudar o desenvolvimento dos indivíduos reconhece cinco fases que servem tanto para o desenvolvimento individual como grupal. Este estudo serve de base para o trabalho psico ou sociodramático. Entende que uma resposta é dada num lócus e num momento deixando uma marca, um registro ao qual Moreno chama de matriz de identidade, e chegou até a chamar de “placenta social”. Para se entender uma determinada resposta aprendida por alguém ou por um grupo e apreendida pelo seu papel, é necessário entender como ela surge, em que lugar, qual momento e como se fixa, tornando-se uma resposta matrizada e cristalizada ou mantendo-se espontânea.

A matriz de identidade explica as fases da indiferenciação e caos; do estranhamento; da diferenciação; do jogo e da capacidade de inversão de papéis. Considera-se que a cada fase da matriz os papéis vão amadurecendo. No primeiro estágio da criança, assim como de um papel, as relações estão indiferenciadas e caóticas. Como um bebê que precisa de uma mãe que o ajude na sobrevivência e lhe ensine as primeiras respostas, em todos os papéis a complementaridade com outras pessoas serve de modelo e assim os papéis se iniciam sem personalidade própria, mas como cópias. Aos poucos a criança começa a se diferenciar, perceber-se separada dos outros, da mãe ou de outros modelos. Só com o passar do tempo é que aprende a relacionar-se com os demais de forma tanto individual como coletiva. O auge está em conseguir colocar-se no lugar do outro sem perder sua própria identidade trabalhando o EU, o TU e o NÓS, sem apenas assumir um único papel, conseguindo criar o seu próprio modo de ser (Fortunato & Catunda, 2009; Freitas & Guenzburger, 2009; Moreno, 1997).

Baseado em Carneiro e Rasera (2012) pode-se dizer que a matriz inicial é a familiar, onde se aprende a responder ao mundo de forma espontânea (flexível, variada e adequada) ou de forma conservada (matrizada e repetitiva), quando incorpora as características grupais e a herança cultural. Quanto mais espontâneo for o ambiente familiar maior a tendência de

respostas espontâneas em outros papéis da vida social. A matriz dos papéis de filho, pai, irmão, amigo, profissional, entre outras pode ser referência e não aprisionamento.

Algumas abordagens psicológicas consideradas científicas tratam dos comportamentos e do ambiente de maneira mais física e objetiva, ação-reação, enquanto o Psicodrama além de ficar atento a estes itens, observa também a subjetividade envolvida, pois engloba tanto o papel individual como o papel complementar. A resposta a uma determinada situação ocorre num momento único e num contexto exato e a interação entre estes fatores é maior do que estímulo-resposta, comparando-se ao que acontece com os animais, porquanto envolve desejos e necessidades das pessoas, que são seres muito mais complexos (Nolte, 2014). As resistências, que surgem quando algo de novo acontece no cotidiano das pessoas, também surgem no trabalho do Psicodrama, pois é uma proposta de mudança na forma de pensar e agir, que provoca naturalmente a resistência dos participantes ou do grupo. É exatamente no momento de superação da resistência que o Psicodrama com sua metodologia de ação desperta novas respostas e desenvolve a espontaneidade (Drakulić, 2014).

Por outro lado, pensadores atuais argumentam que não há o "vazio", porque o ser humano é extremamente astuto em descobrir o outro, mesmo o outro em silêncio. Toda relação ocorre na complementaridade quando o diretor de Psicodrama e seus participantes no grupo reciprocamente se influenciam na criação de ambos. Moreno estava bem ciente de suas vantagens e de seus problemas ao democratizar o processo de terapia, localizando poder de cura no grupo, em vez de no líder. No entanto, apesar do humanismo e igualitarismo em sua essência filosófica, o Psicodrama não está isento da condução do diretor o levar a não perceber determinados acontecimentos no grupo ou consigo mesmo (Shaffer, 1994). Cinco instrumentos são importantes para que se investigue estas relações. O diretor - que atua como terapeuta principal, o ego ou egos-auxiliares - que interagem com o ou os protagonistas; o protagonista - que vive o seu drama no momento do “como se”, o cenário - onde ocorre a ação e o público - que interage e compartilha as emoções do protagonista ou do tema protagonístico (Moreno, 1997). No Psicodrama há sempre um aspecto relacional do aqui e agora, que se sobrepõe ao “como se” e que dá genuinidade ao que é expresso. Enquanto na relação dual a transferência é unívoca, na relação grupal ela é vivida no diretor, no coterapeuta (egos-auxiliares) e nos diferentes elementos do grupo (Vicente, 2005).

A identidade está em construção, em um processo contínuo, e é fruto do sentimento de pertença aos grupos sociais em que o indivíduo estabelece relações. Reconhecer este pertencimento é fundamental para a integração saudável na sociedade (Soares, Krawulski, Dias & D'Avila, 2007).

O trabalho com espontaneidade possibilita novas respostas para as condutas já matizadas pelos indivíduos, o que vem a se considerada rematrização e abertura para o novo (Fator, 2010).

3.2.2. Teoria de Papéis

A teoria dos papéis facilita a análise e operacionalização de processos e técnicas (Freitas & Guenzburger, 2009). Dá clareza e foco ao trabalho a ser desenvolvido. Os papéis exercidos pelos indivíduos são representações visíveis do “eu” (Moreno, 1997) e se mostram durante toda a vida em diversos aspetos. Cada pessoa se apresenta na sociedade pelo papel que assume em determinado momento e contexto, e a forma como atua dentro destes papéis modula as relações com as demais pessoas a sua volta. Portanto, todo papel supõe um papel complementar e a dinâmica das relações são expressas através desses papéis. Por exemplo: o papel de professor é tingido conforme o ambiente, o grupo, e as características pessoais de quem assume o papel. Os papéis são complementares e vinculares, não existem em si mesmos, mas em relação ao outro. O professor se complementa com o aluno e vice e versa. Os vínculos que se estabelecem tingem os papéis de cada um e é denominado papel psicológico ou psicodramático. (Knappe 1998; Menegazzo, Tomassini & Zuretti, 1995; Moreno, 1997). Como explica Ramalho (2008), não é uma questão de oposição, entre a dimensão social e a psicológica, mas sim de complementaridade e interdependência. Para Moreno o “eu” é construído no processo de desenvolvimento do indivíduo, e é possível entendê-lo não a partir de um todo, mas de partes representadas por seus papéis. Existem os papéis sociais (filho, pai, profissional, entre muitos outros); existem os papéis psicossomáticos caracterizados pela relação do ser com o mundo que o circunda através de seu próprio corpo (papel de ingeridor, respirador, outros); e existem os papéis psicológicos que se caracterizam pela forma como se atua nos demais papéis, (violento, apaziguador e assim por diante). Cada indivíduo atua em seu papel social e assim cria o seu contexto social. É na atuação dos papéis que se entende o indivíduo e ele mesmo se entende. A reflexão sobre estes papéis facilita a comunicação entre todos (Larios, 2013; Moreno, 1997; Rojas Bermúdez, 1997).

Em seu caráter de aprendizagem o papel se diferencia em três estâncias: Receptor de papéis (*role-taking*), intérprete de papéis (*role-play*) e criador de papéis (*role-creating*). (Menegazzo, Tomassini & Zuretti, 1995). Muitos autores trabalham com foco no desempenho espontâneo dos papéis. O jogo dos papéis tem como finalidade levar um

indivíduo ou um grupo a mudarem da fase de simples intérpretes de papéis para pessoas capazes de criar e recriar seus próprios papéis (Datner 2014; Dedomenico, 2013; Hipólito, Roriz & Laneiro, 2010). Segundo Ramalho (2008, p.133) o *role playing* é indicado quando se encontra “resistência, impossibilidade ou cerceamento” e este pode ser compreendido em suas tensões e ansiedades. Já Dedomenico (2013) considera o *role-creating* a fase intermediária entre o *role-taking* e o *role-playing*, pois é a fase em que se abre a possibilidade espontânea do jogo, a criatividade. Na construção de um papel, um tensionamento entre o instituído e sua transformação singular ocorre partindo-se de um modelo de papel pronto e legitimado pelo corpo/contexto social para a criação de um novo papel (Dedomenico, 2013).

Lubawy (2003) inclui o *role play* nas formas de aprendizagem ativa, que favorecem o aluno em questões dentro de sala de aula e em outras atividades, pois exigem a aplicação do que estão aprendendo e/ou pensar sobre o que, e como estão aprendendo. O *role playing* é apresentado por Souza, Oti e Bolsoni-Silva (2012) como facilitador do trabalho com clientes que apresentam *déficits* de discriminação de relações funcionais e dificuldades interpessoais. Usado para ensinar o cliente a descrever relações funcionais e por meio de seu autoconhecimento enfrentar queixas interpessoais e dificuldade de discriminação. As autoras incluem a análise funcional com o *role-playing*, e entendem que ao ser associado às perguntas e manejos de realização de análise funcional, facilita a promoção de autoconhecimento.

O papel complementar ou contrapapel, como é denominado por alguns autores, se refere à condição básica de qualquer papel. Não há pai sem filho, nem filho sem pai. O vínculo estabelecido entre estes pode ser mais ou menos espontâneo, o que também pode ser descrito como mais ou menos saudável. A saúde dos papéis segundo esta teoria está nos vínculos que possibilitem relações positivas mantendo a autoria de vida de cada indivíduo (Menegazzo, Tomassini e Zuretti, 1995). Não há como desempenhar um papel sem se relacionar com outro, e desta forma o papel assume total importância na construção da identidade dos indivíduos (Fator, 2010). A abordagem sóciopsicodramática evidencia o potencial de aprendizagem e desenvolvimento por meio do entendimento das diferenças entre os participantes de um grupo e seus papéis (Andaló, 2001).

Para o Psicodrama, o efeito terapêutico surge da catarse de integração dos papéis sociais, que no momento da representação no papel psicodramático possibilita a experimentação de novas formas de respostas. É desta maneira que o grupo surge com seus temas protagonizantes e se torna autor de sua história (Nery & Conceição, 2005). É um momento em que a objetividade dos papéis sociais encontra a subjetividade dos papéis

psicológicos (Ramalho, 2008). Para Daniel (2006), a teoria de papéis facilita o trabalho psicoterapêutico no entendimento da dinâmica do paciente, tornando assim mais explícitas suas características pessoais e a forma como este se relaciona com o mundo. Dentro de um Sociodrama os participantes podem aceitar, rejeitar ou negociar os papéis a serem interpretados. Sendo que a discussão sobre estas escolhas já demonstra a existência de conflitos intrapsíquicos e interpessoais (Propper, sd).

A teoria de papéis pode ser usada para repensar diversas situações de conflitos. Poling (2006) usou o Sociodrama para auxiliar a comunidade jovem em questões de violência doméstica. Trabalhou, a importância de separarem papéis e distinguirem os limites de um papel ou de outro. Como o autor trabalhou em contexto religioso, um exemplo citado foi voltado para a relações entre mulheres, filhas ou esposas de pastores, situações em que o papel de pastor contamina a visão do papel de pai ou esposo.

3.2.3. Espontaneidade

J. L. Moreno foi quem introduziu o conceito de espontaneidade no campo da psicoterapia diferenciando-o do uso popular desse análogo conceito (Develaar, Araujo, & Kipper, 2008). Como um fenômeno primário e positivo, a espontaneidade não surge de nenhum outro, mas sim, propicia uma resposta adequada ao momento vivido, e permite transformar as relações com o mundo. O que chamou de “fator e” não é uma energia a ser armazenada, mas produzida na medida da necessidade (Fator, 2010). Deriva da palavra latina *Sponte* (de livre vontade), representando uma relação entre ‘momento’, ‘ação imediata’ e ‘criatividade’. A espontaneidade é uma emoção, um papel, uma relação com outro sujeito, de um modo, tão livre quanto possível, de modelos anteriores. Representa a própria ‘Matriz Criadora’ e é a capacidade do indivíduo de dar respostas adequadas a uma determinada situação em um determinado momento e local. O indivíduo espontâneo aprende e apreende o mundo de forma mais intensa e adequada, e a espontaneidade se desenvolve através das relações com os indivíduos que se estabelecem durante a vida (Moreno, 1997).

Kipper (2006) estudou este cânone da teoria de Moreno: a espontaneidade. Seus estudos partiram da visão de que a espontaneidade é uma resposta adequada a situações diversas, no entanto o autor, discute a proposta inicial de Moreno que via a espontaneidade como estado de espírito utilizando em todas as suas pesquisas, a expressão espontaneidade-criatividade. Além disso, Kipper também considera os resultados advindos da ação

espontânea, ou seja, os produtos acabados a partir de uma produção espontânea, chamada de conserva cultural. Junto com outros autores criou e vem desenvolvendo uma escala de medidas para a espontaneidade-criatividade e para a sua ausência. O projeto do Inventário de Avaliação de Espontaneidade (Christoforou & Kipper, 2006) e o Inventário de *Déficit* de Espontaneidade (Kipper & Hundal, 2005) são considerados por Kipper uma oportunidade investigativa que se faz necessária para os estudos de Psicodrama.

Ainda Kipper, (2006) propõe com seus estudos pequenas mudanças na visão de Moreno para este fenômeno, sugerindo que além do processo natural de espontaneidade existe a ausência desse processo e com isto, um estado patológico que originado dessa ausência gera outro tipo de respostas como ansiedades, comportamentos obsessivos e adoecimentos. Nos estudos de Kipper e Shemer (2006), onde são empregadas as mesmas escalas, verifica-se a relação da espontaneidade com o bem-estar, e a ausência da espontaneidade com o nível de estresse, complementando a teoria do Psicodrama no que diz respeito à ampliação do estado de espontaneidade como agente facilitador do bem-estar e da saúde mental. Para os autores, o estudo da espontaneidade funciona por meio da aplicação das escalas como medida do progresso terapêutico das pessoas. Christoforou e Kipper, (2006) utilizando estes instrumentos de pesquisa confirmam a hipótese da relação entre a falta de espontaneidade e a ansiedade, e os resultados também indicam que as pessoas com maior índice de espontaneidade são mais focadas no presente do que aquelas com baixo índice de espontaneidade que se prendem com maior facilidade a questões do passado. Já em 2008, Develaar, Araujo e Kipper encontraram uma correlação positiva entre a espontaneidade e a autoestima, e com maior força entre a espontaneidade e a autoeficácia; sendo que essa correlação pode funcionar como uma medida de motivação intrínseca, mas não de motivação extrínseca. Gonzalez (2012) traduziu para o português os inventários e em sua pesquisa associada a outros instrumentos, confirma os resultados dos estudos do grupo de Kipper obtendo medidas elevadas de correlação entre espontaneidade, autoestima e bem-estar psicológico.

Em uma experiência na Áustria, LeitgebCaritas, Luschnig, Mairitsch, Trattnigg e Wieser (2012) realizaram um projeto-metodologia misto comparando grupos de Sociodrama, com sessões de aconselhamento individual, e aplicando o Inventário de Avaliação Espontaneidade de Kipper traduzido para o alemão. Até o momento encontram-se em fase de validação para sua aplicabilidade em mulheres vítimas de violência por parceiro íntimo. Testoni et al. (2015) aplicou escalas de bem-estar e de espontaneidade antes e depois de seis

meses de intervenções de Psicodrama, demonstrando diferenças entre duas amostras observando níveis mais baixos de espontaneidade e bem-estar em mulheres vítimas de violência doméstica.

A espontaneidade se opõe à conserva cultural, produto de uma sociedade caracterizada por regras, tradições, mitos e costumes que bloqueia a manifestação da criatividade, suscitando respostas repetitivas, fixas e ordenadas (Carneiro & Rasera, 2012, p.25).

3.2.4. Técnicas, instrumentos e contextos

Como principal técnica desenvolvida por Moreno o *role-playing* é a mais conhecida e a que usaremos de forma mais evidente neste estudo. Assumir papéis e inverter com outros amplia a forma de se enxergar o mundo. A descrição da técnica é encontrada em inúmeros trabalhos citados durante esta tese (e.g. Cossa, 2006a; Kellerman, 1987; Knappe, 1998; Monteiro, 1993; Willman, 2013).

As etapas básicas de um trabalho com Psicodrama ou Sociodrama são sempre as mesmas: aquecimento, cena principal e compartilhamento. O diferencial está no experimentar para depois compartilhar emoções e ideias (Blatner, 2006; Cossa, 2006a; Figusch, 2010; Gezait, Mey & Abdullah, 2012; Marra & Fleury, 2008; Monteiro, 2012; Moreno, 1997; Willman, 2013).

O Psicodrama em geral é desenvolvido por uma equipa funcional, com um diretor psicodramático e um ego-auxiliar, mas no contexto atual muitas vezes apenas um diretor é profissional, psicoterapeuta ou não, e os egos-auxiliares surgem espontaneamente durante o trabalho.

As principais técnicas discutidas atualmente são: Inversão de papéis (*role-playing*, *role-taking* e *role-creating*), Duplo, Espelho e Solilóquio; no entanto autores de diferentes países acrescentam outras técnicas. (Propper, sd).

Inversão de papéis: permite que uma pessoa se coloque no lugar de outra percebendo semelhanças e diferenças, e retornando com uma visão mais ampla da outra. Técnica forte e por isso exige melhor manejo pelo diretor de Psicodrama (Barberá & Knappe, 1999).

Duplo: quando o ego-auxiliar procura assumir o outro, demonstrando o que ele pensa ou sente (Knappe, 1998). Momento em que o ego procura se despir de si mesmo para estar no lugar do outro e com isto dar visibilidade e inspiração para novas saídas (Clayton, 2011).

Espelho: é quando o indivíduo pode se ver representado por outro, como se estivesse fora da cena e vendo como se comporta (Barberá & Knappe, 1999).

Solilóquio: pede-se para falar em voz alta o que pensa (Barberá & Knappe, 1999).

Uma das técnicas, denominada átomo social, é frequentemente utilizada para entendimento individual e grupal dos vínculos estabelecidos. O átomo representa o núcleo das relações interpessoais de um indivíduo. Uma representação quantitativa das relações interpessoais. Para Ramos (2011) é um fato e não um conceito, pois visa analisar os sentimentos de um em relação aos outros. A forma frequente de representação gráfica do átomo é a colocação de almofadas ou objetos que representem a própria pessoa e seus complementares dando a oportunidade para o indivíduo demonstrar graficamente a distância de seus sentimentos em relação a estes complementares. Dotti (2002) utiliza dois termos, o átomo social e o átomo social percebido, sendo que é neste último que trabalha o Psicodrama. Guglielmin, Testoni e Prandelli (2012) aplicam o desenho do átomo de família, do grupo de trabalho, ou de um grupo de amigos, facilitando a compreensão do contexto pessoal de uma pessoa por parte do terapeuta e dela mesma. Tarashoeva, Gorinova e Venelinova (2012) aproveitam o desenho como método para desvendar as crenças e mitos em relação à história familiar. A partir do átomo social muitas pesquisas lidam com o status sociométrico como os autores acima citados, e outros que serão vistos no próximo subtítulo como Del Prette e Del Prette (2005), Macuch (2010), Montiel, Pessota e Bartholomeu (2014) e Guglielmin, Testoni, Pogliani, Prandelli e Verdi (2014).

Muitas dinâmicas de grupo são utilizadas como aquecimentos de Sociodramas e/ou Psicodramas. Alguns autores também utilizam objetos intermediários para facilitar a comunicação que por via indireta facilita o relaxamento e a aproximação entre as pessoas e seus próprios mecanismos de defesa (Ramalho, 2011).

Objeto intermediário: não retrata exatamente uma técnica, e sim um recurso utilizado inicialmente por Rojas Bermúdez, com pacientes psicóticos no intuito de reestabelecer a comunicação com pacientes que não respondem a comunicações verbais por pânico, inibições, etc.. Quando o terapeuta opta se dirigir ao paciente por meio do objeto intermediário, deseja que o paciente interaja com o objeto antes de interagir com outra pessoa, evitando a comunicação face a face que tanto o assusta (Larios, 2013). No universo organizacional, o objeto intermediário facilita a comunicação e permite a liberação da

subjetividade do sujeito, que sentindo-se confortável num ambiente mais relaxado, consegue superar os seus medos e liberar sua espontaneidade (Schmidt, 2006).

As técnicas que utilizam o trabalho em subgrupos com cartazes, colagens ou construções artísticas, facilitam a interação do grupo e mostram aos participantes sua inserção na sociedade, pois muitas das preocupações, angústias, anseios, entre outras razões e emoções, aparecem também em outros participantes (Soares, Krawulski, Dias & D'Avila, 2007).

Os trabalhos são desenvolvidos nos contextos: dramático, grupal e social, (Rodrigues, o que permite uma ampliação da aprendizagem que obtida em um grupo pode ser levada a outros grupos promovendo saúde.

3. 3. O Sociodrama

“Mas como o grupo é apenas uma metáfora e não existe *per se*, o seu conteúdo real são as pessoas inter-relacionadas que o compõe, não como indivíduos privados, mas como representantes da mesma cultura” (Moreno, 1997, p. 413).

O Sociodrama visa o desenvolvimento da capacidade espontânea de todo indivíduo que responde às situações cotidianas de forma adequada, original e criativa, com as emoções e as razões cabíveis e saudáveis num determinado contexto e momento. A forma espontânea de se viver e conviver vem sendo bloqueada pela sociedade e precisa ser resgatada.

Marineau (2013) autor que acompanhou Jacob Levy Moreno e Zerka Moreno em suas aulas, discussões e no desenvolvimento da Socionomia, sublinha que a Sociatria desde o início dos trabalhos de Moreno preconiza o tratamento das doenças individuais (sujeito inter-relacionado) através do Psicodrama, assim como das doenças grupais (grupos inter-relacionados) através do Sociodrama. Ambos são ferramentas complementares para induzir mudanças mais amplas, individuais e sociais. Enquanto o Psicodrama trabalha o papel individual do protagonista, o Sociodrama trabalha com o que há de comum entre os papéis do grupo (Propper, sd; Ramalho, 2008). Sendo que, “o eixo estratégico do Sociodrama encontra-se na interação grupal e na produção relativa a um tema” (Ramalho, 2008).

Marineau (2013) ainda considera, lembrando seus próprios estudos de 1989, a pertinência do método, pois os conflitos da humanidade continuam os mesmos de sempre. O Sociodrama é portanto, um método, desenvolvido por Jacob Levy Moreno, que estuda as

relações interpessoais e aprofunda estes estudos na ação explicitando os conflitos e as ideologias grupais (Kellermann, 2007).

O Sociodrama “é um dos métodos sociátricos para abordar os conflitos, as crises ou os sofrimentos de um grupo ou da comunidade” (Nery & Conceição, 2005, p. 137). Ele pode ser considerado como um método de pesquisa-ação, quando o grupo levanta suas verdadeiras demandas e mobilizações trazendo à tona suas angústias e seus conflitos inclusive os relacionais, e no momento que percebe novas saídas ocorre o que Moreno chamou de catarse de integração, ou seja, o ser-humano-em-relação, criando vínculos e de fato formando um grupo em toda sua intersubjetividade. Para as autoras, as instituições e a comunidade ganham espaço de convívio e de libertação diante da possibilidade do Sociodrama, pois este auxilia no enfrentamento do grupo diante de seus conflitos, principalmente através da inversão de papéis, onde um se coloca no lugar do outro para viver novas saídas. Dessa forma, o Sociodrama também pode ser chamado de *role-playing* ou dramatização por alguns teóricos, e encena uma situação fictícia ou real com o objetivo de refletir situações problemas, contraditórias e/ou algum conflito (Willman, 2013).

Figusch (2010) vê o Sociodrama Brasileiro dividido por áreas de aplicação em práticas comunitárias com os Sociodrama públicos e de rua; em Educação, nos *settings* educacionais; e como ferramenta de pesquisa-ação, com diversas modalidades em constante mudança.

Em Menegazzo, Tomassini e Zuretti, (1995) e reafirmado por Ramalho (2008), encontramos dois tipos de Sociodramas: um que surge com a demanda do próprio grupo e outro que se inicia com um tema pré definido, mas ambos respeitam o script criado pelo próprio grupo.

O objetivo do Sociodrama está no entendimento das relações humanas de forma mais complexa, onde as pessoas se apropriam de suas emoções para experimentar novos comportamentos. O grupo vai para o debate das ideias não apenas com o raciocínio verbal, mas através da espontaneidade, o que pode levá-lo além do esperado. O Sociodrama é frequentemente utilizado em situações extremas de sofrimento como as guerras, violências contra raças, gênero ou situações de catástrofes naturais, tanto para atendimento desses grupos como para capacitar os profissionais que trabalham com os grupos (Propper, sd). Segundo Ramalho (2008) o objetivo do Sociodrama é a catarse social que é possibilitada pelo trabalho com os papéis socioculturais de um grupo e assim como Moreno, considerando o grupo como sujeito do trabalho e não como agrupamento de pessoas. O trabalho do

Sociodrama estimula a conscientização e compreensão dos participantes em relação a eles mesmos, ao ambiente e aos demais participantes (Freitas & Guenzburger, 2009).

Marra (2008) dá ênfase às questões sociométricas lembrando que todo grupo necessita entender suas relações no aqui e agora. Para a autora a sociometria é a essência da teoria e da prática de Jacob Levy Moreno e inclui o desenvolvimento, a dinâmica, a estrutura, a organização e a posição dos participantes de um grupo.

Um trabalho realizado entre 2010 e 2011 com sobreviventes do Holocausto o *“Testimony Theater”*, demonstra que um processo de testemunho por meio de métodos teatrais com comunidades intergerações, abre espaços para o compartilhar e refletir tanto tratando-se de histórias individuais como das histórias coletivas e produz resultados psicológicos positivos para os participantes. No caso dos sobreviventes do Holocausto, clarifica a importância de se assumirem indivíduos com histórias próprias e não apenas um número a mais na história. Os autores deste estudo concordam com a visão de Moreno sobre a construção de papéis e sobre a importância do trabalho usando o papel do narrador contando sobre sua própria vida e percebendo seu papel na história da humanidade (Peleg, Lev-Wiesel & Yaniv, 2014).

Outro trabalho, nessa mesma linha, foi realizado no Líbano, com o intuito de ajudar crianças sobreviventes de bombardeios a se expressarem de forma mais lúdica. Quando oficinas de teatro e os jogos de papéis foram utilizados, as crianças mostraram-se mais seguras. Em seguida jovens e profissionais foram treinados para dar continuidade a este trabalho (Zoepf, 2006). Dutton (2012) apesar de não descrever a maneira como utiliza o Psicodrama, afirma que vem sendo utilizado com êxito em crianças refugiadas, de abrigos e com doenças mentais.

Gola, Basilicò e Kocaqi (2012) referem o uso do Psicodrama clássico de Moreno para o trabalho metodológico realizado com mulheres da Albânia, vítimas de abuso e violência doméstica, dentro de um projeto europeu de empoderamento. Para as autoras, o entendimento do contexto, a criação de uma atmosfera de respeito à subjetividade e à expressão de cada participante, é responsabilidade do diretor de Psicodrama, que facilita este ambiente com sua própria postura. Os estudos com mulheres vitimadas demonstram que dificuldades de interação relacional são advindas das relações familiares empobrecidas. A principal técnica utilizada foi a inversão de papéis que propiciou a estas mulheres uma nova forma de ver e se ver, e ainda, permitirem-se mudar de lugar não só no Psicodrama como na vida. Portanto, baseadas no trabalho da espontaneidade e da descristalização de respostas automáticas, as autoras acreditam que os grupos se fortalecem e no caso deste estudo, as mulheres podem se

tornar mais resilientes nas suas relações. Em seus depoimentos finais as mulheres registram que os objetivos alcançados durante as sessões de grupo foram: equilíbrio, confiança, compreensão e coesão, e que isto lhes forneceu mais autonomia em relação as situações cotidianas, tornando-lhes mais empoderadas de suas vidas.

Atualmente a Federação Brasileira de Psicodrama divide o uso da metodologia Psicodramática em dois focos – o psicoterápico e o sócio-educacional. Com o foco sócio-educacional se trabalha as questões do grupo, a Sociodinâmica e os papéis sociais, ampliando a consciência de todos em relação à sua participação nos conflitos e à busca conjunta de tentar resolvê-los. Mas é também importante lembrar que apesar do objetivo de reflexão interna pessoal, o foco não é o indivíduo e sim o grupo. Há sempre o cuidado de não expor os participantes em seus conflitos internos, o que apenas caberia num contexto psicoterápico.

Ao investigar um fenômeno ou a percepção de um conceito, é preciso incluir a subjetividade de tal investigação. O Sociodrama é sempre uma pesquisa intrapsíquica ou intergrupal, isto é, independente do foco psicoterápico, organizacional ou educacional há sempre um interesse genuíno em se pesquisar os significados presentes nas ações e falas dos participantes. No Psicodrama/Sociodrama, cada participante se apresenta como ator, autor, e/ou espectador (Marino, 2010) pois, por menos que se envolva no Sociodrama, tece comentários, expressa sua forma de pensar e atuar em seu cotidiano, refletindo seus valores, crenças e paradigmas como autor de sua própria história. Propiciando um espaço de abertura para a pesquisa a partir do próprio conhecimento do grupo é possível trazer de volta a contribuição autêntica do próprio grupo com dados distintos dos dados quantitativos, mas de igual importância.

Ao propor a investigação da subjetividade, é frequente encontrar “superposições e simultaneidade de pensamentos, sentimentos e ações”, em contrapartida à linearidade e sequências ordenadas da linguagem verbal. (Nery, Costa & Conceição, 2006, p.40). Lucca e Schmidt (2004) demonstram como a metodologia participativa do Psicodrama estimula o potencial de análise e a manifestação das demandas do grupo, levando à descoberta da capacidade grupal através de uma metodologia rápida que atinja resultados contendo a coleta e a análise de dados, em conjunto com uma proposta de ação. O Psicodrama/Sociodrama, obtém um resultado imediato no “aqui agora”.

O Sociodrama é desde sua origem uma abordagem de intervenção na realidade e reflexão sobre as mudanças provocadas por esta intervenção, sendo caracterizado portanto como estratégia de pesquisa. Num segundo passo, e após esta compreensão do grupo como sujeito, os indivíduos que compõem o grupo passam a ser agentes da intervenção e o

Sociodramatista torna-se parte desse grupo. A partir disto e por causa deste embasamento teórico, o veículo da terapia (Sociodrama) passa a ser separado do terapeuta, bem como dos indivíduos que compõe o grupo, transformando a realidade dos dois durante o processo da ação (Bidart-Novaes, 2009). Para que uma intervenção grupal seja considerada como sociodramática ou sociométrica é necessário que o planejamento e atuação dos pesquisadores e membros do grupo estejam alicerçados na teoria da Socionomia de Moreno, cuja síntese pode ser encontrada em autores como Marra e Fleury (2008).

Segundo Contro (2011), Moreno considera o método sociométrico um método de observação e de operacionalização ao mesmo tempo. Não há pesquisa que seja feita sem o olhar do observador (Demo, 2008). “O processo de permanente desconstrução e reconstrução das práticas sociais nas áreas da educação e da saúde nos lembra que não há soluções mágicas nem práticas totalmente acabadas ou isentas de valores” (Hamann, 1999, p.116). O Sociodrama se mostra relevante no treinamento da população em relação a sua própria educação em saúde. Possibilita inclusive o aprendizado prático e direto quando os participantes se experimentam nos mais diversos lugares, como no papel do governo, do líder comunitário, dos pais entre outros (Bareicha, 2010). De todas as técnicas que podem ser utilizadas durante um Sociodrama, a principal é a inversão de papéis. O papel e suas inter-relações no Sociodrama fundamentam todo o método e apenas estes podem ser vivenciados no contexto específico. Para o método sociopsicodramático “é polo de promoção e reorganização da realidade social” (Marra, 2008, p.157). Sua ênfase está nas investigações sociométricas favorecendo o desvelar dos átomos sociais e de como se dão os processos interativos, nos sistemas de atração-repulsão-neutralidade da teoria sociométrica. Para Macuch (2010, p. 60) “as redes relacionais são teares onde inumeráveis fios tecem-se nas dimensões do tempo e do espaço”, sendo estas redes estudadas por projetos socionômicos.

É importante lembrar, que em Sociodrama uma sessão nunca é exatamente igual a outra no que se refere a hipóteses e resultados. O aquecimento e sua consigna inicial podem ser os mesmos, mas as questões levantadas pelo grupo e que predominam nas cenas resultando em dados de pesquisa, são emergentes do grupo no “aqui e agora” e a partir do que se faz presente no universo daquele grupo no presente momento. (Martins, & Lima, 2009; Moreno, 1997; Ramos-Cerqueira; Torres; Willman, 2013).

Para Kellermann (2007) são cinco as aplicações do Sociodrama: a. Sociodrama da crise: Lida com trauma coletivo e respostas grupais a desastres; b. Sociodrama político: Lida com problemas sociais relacionados com qualidade e influência; c. Sociodrama da diversidade: Lida com conflitos baseados nos estereótipos, preconceito, racismo, intolerância,

estigmatização, ou outro conceito negativo contra pessoas devido a sua diversidade; d. Sociodrama para manejo de conflitos: Lida com a promoção de maneira não violenta de resolver conflitos; e. Sociodrama pós-conflito: Lida com reconciliação e reabilitação da sociedade.

3. 4. O Sociodrama no cenário atual

A Socionomia é vista também como estratégia de Promoção de Saúde. Se esta é vista como empoderamento dos grupos, o Psicodrama também o é, e facilita a transferência da aprendizagem e a aquisição de conceitos, por se tratar de uma metodologia coparticipativa (Beaudry, 2002; Canel & Pelicioni 2007).

Profissionais da área da educação em saúde ainda insistem em intervenções restritas aos ambientes clínicos, isto é, ambientes onde a doença se faz protagonista, e apresentam dificuldade em trabalhar com espaços de prevenção. Assim, ficam evidentes as intervenções com foco em conteúdo, métodos e práticas essencialistas, enquanto se faz prioritário o trabalho construcionista, como o Sociodrama, que da mesma maneira como as atuais tendências de entendimento do trabalho com a saúde, valoriza as práticas positivas e construtivistas, pressupondo a espontaneidade e a criatividade (Hamann, 1999). Para o autor, no Sociodrama o sujeito constrói o significado a partir de sua própria experiência e aprendizado prévios, num processo bidirecional que dá sentido ao conhecimento. A dinâmica do método é interativa, intersubjetiva e contém ação, expressão, sensação, além de conteúdos racionais e emotivos.

Ribeiro e Martins (2007) utilizaram o teatro espontâneo com trabalhadores do Programa de Saúde da Família (PSF) e entendem como necessária a abertura de espaços para que os profissionais possam se experimentar, compartilhar, expressar e refletir suas ações e emoções. Segundo a prática deste autor, a oficina de teatro no contexto da área da saúde mostrou-se um instrumento saudável para discutir-se de forma lúdica o trabalho cotidiano, resultando em organização coletiva dos trabalhadores, através da interação com o outro e passando até a incluir os próprios pacientes na busca de soluções para as demandas do serviço de saúde. Assim, percebe-se que profissionais que se sentem ouvidos e com espaço para elaboração se tornam capazes de ouvir os pacientes em suas expressões e com liberdade.

Para Konopik (2013) o Psicodrama é tanto um método clínico, como um método educacional e oferece oportunidade de trabalhos sociais funcionando como ponte para o

protagonista e seu tratamento. O estudo fornece evidências apoiando o uso de métodos orientados para a ação e técnicas de Psicodrama na prática clínica, e reforça o papel do assistente social num processo terapêutico. Para a autora, cada paciente é único e a força do Psicodrama está em sua criatividade e individualização de saídas terapêuticas no aqui-e-agora.

Shimidt refletiu a influência das novas formas de trabalho no processo saúde-doença dos trabalhadores, alguns pontos que podem produzir efeitos desfavoráveis à saúde no trabalho (segundo a teoria de Jacob Levy Moreno) e conclui com a “importância do método sociodramático no contexto organizacional como forma de promoção da saúde dos trabalhadores” (Shimidt, 2010, p.1).

Oflaz, Meriç, Yuksel e Ozcan (2011) organizaram encontros com equipas de enfermagem e o uso do Psicodrama foi eficaz para auxiliar os enfermeiros a se entenderem, e entenderem os outros, com conexão entre os seus próprios pensamentos/sentimentos e os de seus pacientes, facilitando assim, a comunicação entre as partes. Baile et al (2012) reforça estes resultados quando também aplicaram o Sociodrama num equipa de enfermagem e na avaliação de reação, obtiveram a apreciação de 90% dos participantes sendo que 85% afirmaram sentir melhoras em suas competências profissionais depois dos encontros. Em pesquisa para o desenvolvimento de competências das equipas nos trabalhos com pacientes da oncologia, Walters e Baile (2014) sugerem ser a metodologia sociodramática amplamente aproveitada para o ensino de comunicação na área médica.

Dillen, Siongers, Helskens e Verhofstadt-Denève (2009) apresentaram um estudo de caso de Psicodrama infantil com resultados positivos no uso da técnica sociograma ação (denominação do autor). Com fantoches trabalharam as representações mentais e relações interpessoais e, com este estudo foi criado um protocolo infantil para aplicação e análise da técnica. Afinal, as representações são significativas para o futuro do adulto quanto às competências acadêmicas, sociais, de aceitação e autoestima. O trabalho com o sociograma ação apresenta uma forma segura e divertida para o desenvolvimento da criança e nestes casos, o Psicodrama tem a característica de uma ação-orientação dentro da psicoterapia infantil.

Costa e Vanin (2005) também trabalharam com Psicodrama infantil num estudo de caso sobre uma criança diagnosticada com transtorno de identidade de gênero e obtiveram resultados positivos na construção conjunta com esta criança, sua família e até com o próprio terapeuta, na resignificação dos valores e no desenvolvimento da espontaneidade, pois é através da ação dramática que a criança vai completando seu processo de identidade.

Gonçalves e Gomes (2013) trabalharam com adolescentes em ambiente hospitalar através da utilização do Sociodrama concluindo que este contribui para resgatar a autonomia, a espontaneidade e o protagonismo no cuidado de si. Ademais, a proposta facilitou a promoção de respeito dos profissionais de saúde perante as reais necessidades e anseios dos adolescentes, que desta maneira puderam ressignificar conceitos e ações individuais e coletivas em relação a própria saúde. Já em Chiantaretto e Pinel (2011) encontra-se a descrição de um Psicodrama psicanalítico de grupo com adolescentes em uma situação-limite, em que os autores consideram que o método do Psicodrama permite mobilizar os materiais corporais e sensoriais para reconstruí-los a medida que surjam no cenário das dramatizações. Diante deste conceito, emerge a intersubjetividade dos movimentos transferenciais violentos do grupo e estes podem ser trabalhados. Também Tauvon (2001) acredita que outras teorias, como a psicanalítica podem enriquecer e facilitar a práxis do Psicodrama, apesar de uma série de pontos de vista contraditórios.

No trabalho com pacientes internados com doenças mentais graves, Pulido, Estebaranz, Cuadrado (2009) escolheram a dramaterapia, que segundo estes inclui o Psicodrama e também outras técnicas mais corporais, com resultados positivos em três diferentes níveis de gravidade das doenças. Em Tomasulo e Raza (2006), o Psicodrama é utilizado em grupos psicoterápicos de pacientes com incapacidades intelectuais e há indicação de que as ferramentas do Psicodrama aumentam a eficácia dos trabalhos grupais e comportamentais.

Em Carter (2014) o trabalho foi desenvolvido em grupos de pacientes que tinham sofrido a amputação de algum membro, mas ainda o sentiam (membros fantasmas) e a medida que, por meio das técnicas utilizadas, conseguiam se enxergar por um prisma externo, seus cérebros reagiam de forma plástica, adquirindo novas respostas. As relações interpessoais trabalhadas com o grupo foram facilitadoras para que esta mudança de visão do próprio corpo pudesse ocorrer.

Vicente (2005) retrata que utiliza o Psicodrama psicanalítico com grupos de formação de Psicodramatistas, assim como também com grupos psicoterápicos. Dá ênfase à interpretação da relação edipiana dos pacientes, evidenciada nas dramatizações e jogos psicodramáticos. Por meio de casos estabelece as vantagens de união das técnicas psicodramáticas com os conceitos psicanalíticos especialmente de transferência e contra-transferência. Palermo (2012) relata o acompanhamento de um caso de violência em que o Psicodrama auxiliou a paciente a quebrar com a visão de amor agressivo como a única possível e sair do papel dual de vítima/agressora.

Costa (2005) fez um estudo comparativo com pacientes psiquiátricos e diagnosticados como transtorno depressivo maior, usando terapêutica medicamentosa e psicodramática. Trabalhou com a pesquisa quantitativa (Escala de Avaliação de Depressão de Hamilton e Escala de Auto-avaliação de Adequação Social) e a pesquisa psicodramática, usando um grupo controle. Concluiu que o grupo acompanhado com psicoterapia psicodramática teve melhores resultados tanto nos sintomas depressivos como no funcionamento social. Para a pesquisa psicodramática utilizou o questionário sociométrico, o estudo das relações sociométricas e o átomo social. Trabalhou a dramatização dos papéis, o desempenho dos papéis, os papéis estressores, e a reflexão do transtorno a partir do referencial relacional dos pacientes. A pesquisa incluiu sessões individuais e grupais. Dentre outras conclusões o estudo reforça a importância da transformação dos papéis que são vivenciados de forma mais espontânea e da expansividade emocional dos pacientes, o que diminuiu significativamente os níveis de depressão (HAM atingiu $p = 0.0154$ entre o início e o fim do tratamento), 60% dos pacientes diminuíram a dose de medicamentos, 30% trocou a medicação e 10% suspendeu o medicamento, enquanto no grupo controle nenhum suspendeu, 30% manteve e 60% trocou de medicação.

Farmer e Geller (2008) utilizam o Psicodrama como ferramenta para trabalhar com terapia familiar e especialmente com terapia de casal. O referencial teórico dos autores sobre a família e os casais é a Teoria de Bowen, mas no momento do trabalho com estes casais, o Psicodrama se mostrou essencial. Trabalharam juntos na Unidade Funcional, onde Farmer dirigia as sessões no papel de terapeuta, e Geller, no papel de ego-auxiliar realizava os papéis necessários ao trabalho (duplos e inversões, entre outros), visando que os casais se vissem em suas posições triangulares (teoria de Bowen de 1978). Os autores relacionaram neste trabalho, nove pontos importantes para o Psicodrama com casais: o foco no aqui e agora que mostra ao casal sua relação; a transparência emocional demonstrada nas cenas; o desapego aos triângulos demonstrados nas relações com os dois terapeutas (teoria de Bowen); a reflexão, a emotividade, e a espontaneidade provocadas pelo Psicodrama enfatizando a experiência cognitiva acima da emocional; a criação de um modelo de comunicação vivido na prática e não apenas discutido em terapia; a retomada de cenas do passado em que todos podem olhar e comentar do seu próprio ponto de vista e no do outro; a possibilidade de experimentarem uma realidade suplementar em que outros significados aparecem e são refletidos; o treino da espontaneidade em encontros tanto do passado como do futuro; e por fim, o desenvolvimento da capacidade espontânea de relacionamentos que aproxima a teoria de Moreno e de Bowen com o fim de facilitar os relacionamentos. Acrescentam à função de duplo nas cenas dos

casais com quem trabalham, informações obtidas em sessões anteriores e novas possibilidades de respostas, com o objetivo de encurtar o tempo do processo, acelerando a percepção dos casais e trazendo à tona as questões mais relevantes. A catarse de integração, objetivo do trabalho, ocorre quando os clientes conseguem se conscientizar de suas emoções e sentimentos, percebendo que há novas maneiras de agir de forma mais espontânea e menos automática. As técnicas mais utilizadas pelos autores são cadeira vazia, duplo, espelho, solilóquio e inversão de papéis.

Num trabalho de reconstrução familiar, Beaudry (2002) utiliza o *genograma* e o *role playing* para discutir eventos familiares e facilitar a ressignificação destes eventos. Trabalha com Psicodrama e Processo Satir, e diz que o objetivo não é focar no problema, mas promover a sensação de bem-estar da família, melhorando sua autoestima e mudando o impacto de acontecimentos passados nas relações atuais.

Com uma abordagem teórica Junguiana e com a intervenção de técnicas do Psicodrama, Bonapace e D'Aloisio (2012) exploram a relação de mulheres com seus corpos e seus papéis, ampliando a autoconsciência. Com grupos de mulheres da Albânia, as pesquisadoras europeias encontraram uma situação de violência e preconceitos relativos ao gênero. O trabalho com a inversão de papéis possibilitou uma nova perspectiva para estas mulheres se diferenciarem de suas mães sem romperem estas relações e promovendo novas formas de se verem como mulheres, ou seja, um trabalho de resgate da espontaneidade e de formação de grupos. Também com o Psicodrama Junguiano, Druetta (2012) trabalha a importância do papel das mães na vida das mulheres e a aceitação delas como são verdadeiramente. Ao libertarem-se da cultural imagem da mãe onipotente, conseguem vê-las como iguais e liberam o amor sem culpa e sem a influência negativa, antes, muitas vezes exercida por relacionamentos adoecidos.

Na mesma linha de trabalho com mulheres na Itália, Pellegrino e Russo (2012) aumentam a resiliência das mulheres em grupos que sofrem de violência doméstica, e as fortaleceu como grupo. Com o Psicodrama estas mulheres perceberam o seu papel na manutenção da violência o que as empoderou nas relações familiares. Referem-se ao uso da metodologia sociodramática durante os aquecimentos e o que denominam Psicodrama analítico com as técnicas de inversão de papéis, duplo, espelho e cenas virtuais.

Já Koleva (2012) formou grupos com mulheres vítimas de tráfico na Holanda e cita o Psicodrama, o Sociodrama e o trabalho sociométrico, usados para ajudar estas mulheres a formarem novas redes relacionais. Como principal técnica e referência utilizaram o átomo social, que na crença dos autores, é reforçado pelos resultados de efeito terapêutico obtidos,

pois, para vítimas de trauma e sofrimento, perceberem-se em grupo e não isoladas, é fundamental na obtenção de mudanças positivas.

Uma outra combinação teórico-prática é a utilização de análise Biodinâmica e as técnicas de Psicodrama. Arnault, Molloy e O'Halloran (2012) exploram as técnicas do Psicodrama com o objetivo de quebra dos efeitos de traumas no corpo e na vida de uma mulher. Nas duas abordagens encontram a preocupação em liberar as expressões e recuperar a espontaneidade das participantes integrando o pensar, o sentir e o agir. Como outros autores acima citados, também utilizam o átomo social e a ampliação das relações vinculares do grupo para criarem novas possibilidades de ações no cotidiano destas pessoas. Trabalham a inversão de papéis e novas respostas dadas nas cenas revividas, que ao darem a oportunidade aos participantes de se encontrarem com a representação de pessoas que os traumatizaram, lhes dão também a perspectiva de uma nova resposta interna, conscientização do que viveram e liberação da carga emocional coibida pelo trauma.

Numa investigação com a intenção de levantar as interferências do conceito de “mulher ideal” em estudantes do Serviço Social, Codato, Testoni e Ronzani (2012) utilizam o Sociodrama como método de pesquisa em conjunto com a Análise de Discurso de Garry e Pearsall, que investiga a organização do significado e conteúdo do discurso implantado. O objetivo do trabalho foi identificar os discursos em relação ao tema e para tal o desenvolvimento da cena sociodramática implicou técnicas de Psicodrama, como a inversão de papéis, o casal, o espelho, o genodrama, bem como o diálogo entre os atores e o público. As autoras entendem que propiciaram com o Sociodrama um terreno fértil para a reflexão, a identificação do problema e discussões orientadas à mudança. O tema tratado por este grupo apresenta muitas outras reflexões sobre a mulher ideal além das encontradas na literatura que citava apenas a mulher corporal e estética. O grupo revelou como ideal a mulher forte e que deixa marcas na vida dos outros, características muito mais psicológicas.

O chamado projeto *Empower*, dentro dos parâmetros do programa Daphne III, realiza estudo comportamental com uma intervenção longitudinal em seis países europeus e cuida de mulheres vítimas de violência doméstica (Guglielmin, Testoni & Prandelli, 2012; Testoni et al., 2013, 2015). Para estes pesquisadores, a ajuda necessária às vítimas não se restringe ao âmbito da psicologia, considerando a doença mental, mas propicia às suas famílias encontrar novas estratégias de enfrentamento. Os resultados mostram correlação positiva entre índices de espontaneidade e o bem-estar psicológico e em todos os países pesquisados são encontradas correlações entre os baixos índices de espontaneidade e o diagnóstico de depressão. Este grupo trabalha com os modelos: Psicodramático e Ecológico (prática que

aborda as necessidades das mulheres, vítimas de violência, em todos os níveis - social, médico, jurídico e psicológico - dentro do ambiente que viveu a violência), e apresenta resultados positivos para ambos.

Tarashoeva, Gorinova, Nikolova e Venelinova (2012) apresentaram os resultados deste trabalho com o Psicodrama e o Método Ecológico na Bulgária, e também concluíram que os dois métodos foram eficazes. A principal técnica utilizada foi o átomo social de cada uma das mulheres e sua história familiar; a análise dos modelos de esposa/marido e mãe/filha que culturalmente foram transmitidos por gerações (crenças e “mitos”); além de discussões e análise de temas específicos para cada participante do grupo. O grupo da Romênia, das autoras Bucuta, Dima, Katalin, Delia e Pătracu (2012) chegaram a conclusão de que o uso do átomo social facilitou o entendimento do porquê da repetição na escolha por parceiros que apresentam as mesmas características que as das figuras paternas. A metodologia do Psicodrama possibilitou melhora nos recursos internos e de autoestima das participantes, assim como ajudou-as a assumirem o poder de tomar decisões importantes. Estes dois grupos trabalharam com estudos experimentais e grupos controle. Guglielmin, Testoni e Prandelli (2012) explicam a intervenção com a aplicação do átomo familiar em 70 mulheres. Os diferentes Psicodramatistas receberam a mesma orientação para aplicação e, as avaliações e discussões dos átomos demonstraram as diferentes relações entre mulheres e suas mães como relações positivas, negativas ou inconsistentes. Para as pesquisadoras, as participantes, após a própria análise dos seus átomos conseguem reconhecer as dificuldades que estas relações trouxeram em suas vidas e iniciam um processo de permissão para se relacionarem de forma diferente e portanto se capacitam para serem autoras de suas próprias histórias. Em Portugal o trabalho foi desenvolvido por Moita, Sousa, Mesquita, Monteiro, Ruiz e Ribeiro (2012), e concluiu-se que a intervenção, quando articula o Método Ecológico com o Psicodrama, permite que as mulheres entendam questões que antes pareciam não relacionadas, enquanto recebem apoio social e emocional de forma equilibrada. Perrotta (2012) utiliza o que chama de Psicodrama Junguiano, pois trabalha com as mulheres, dois aspetos: sonhos e temas transgeracionais de passividade feminina. Por meio de dramatizações dos sonhos, a metodologia leva pacientes a conscientização de papéis internos cristalizados e mensagens inconscientes possibilitando uma experiência emocional e individuação, que emancipa os pacientes, assim como o trabalho dos temas transgeracionais. Enfim, o Psicodrama permite a conscientização nas mulheres de suas necessidades e suas habilidades para encontrarem novos meios de serem respeitadas (Guglielmin, Testoni & Prandelli, 2012). Os resultados registrados pelo projeto Daphne por meio da utilização de instrumentos de teste e do átomo

social parecem indicar que as intervenções aumentam a espontaneidade e o bem-estar psicológico e atingem o principal objetivo do grupo de pesquisadoras no empoderamento das mulheres vítimas de violência doméstica, incluindo o rompimento das respostas aprendidas pelo modelo materno. A pesquisa psicodramática possibilitou a discussão do tema violência doméstica, o empoderamento destas mulheres e a apreciação do melhor meio de utilização do átomo social, pois em cada país pequenas alterações foram constatadas, concluindo-se que a melhor proposta foi a de Portugal, por ser a mais fácil em mensuração quanto à distância entre as mulheres e os outros indivíduos de seus átomos (Guglielmin, Testoni, Pogliani, Prandelli, Verdi, 2014).

Dayton (1999) escreve sobre o uso do Psicodrama na Psicoterapia breve, pois se mostra mais objetivo na solução dos problemas. Possibilita o encorajamento da expressão das emoções, facilita o *insight* e a identificação de problemas. As principais ferramentas utilizadas pelo autor são: o átomo social, o sociograma, a projeção futura e a dramatização de cenas passadas.

Abdo utiliza o Psicodrama adaptado e que denomina como Psicoterapia de Grupo Tematizada e de Tempo Limitado para disfunções sexuais (Fleury, 2004). Fleury descreve resultados positivos do uso do Psicodrama com mulheres na menopausa e homens na andropausa, pois as disfunções sexuais estão intimamente associadas ao relacionamento entre os parceiros. Este tipo de intervenção vem trazendo resultados positivos como os relatados por Fleury e Abdo (2011) e Abdo e Sophia (2001) que descrevem os resultados obtidos com a psicoterapia para disfunções sexuais (uma sequência de jogos dramáticos), e que favorece o entendimento das dificuldades individuais e relacionais com 70% dos pacientes melhorando sua atividade sexual.

Rosa e Brançam (2013) utilizam o trabalho grupal com Psicodrama como recurso de Terapia Ocupacional, no atendimento de mulheres climatéricas. Os resultados demonstram maior organização do cotidiano destas mulheres, mudando comportamentos e as tornando mais saudáveis.

Além da efetividade do trabalho com Psicodrama para mulheres e crianças traumatizadas, Consolati e Romagnoli (2012) também enfatizam a importância deste instrumento na formação e supervisão de profissionais que trabalham com este tema. As autoras entendem que antes das profissionais trabalharem com crianças que sofreram violência, necessitam ser cuidadas em suas próprias experiências de traumas e violência.

Matias (2006) descreve um estudo cujo instrumento de coleta de dados foi o teste sociométrico para entendimento dos vínculos afetivos em famílias onde ocorreram relações

incestuosas. Através das escolhas e rejeições que ocorrem dentro dos grupos, os dados indicaram a autoestima rebaixada e *déficits* de percepção das vítimas em questão. Para a autora o uso do teste possibilita este entendimento e facilita intervenções terapêuticas mais eficazes.

Para alguns autores, o Sociodrama pode abordar temas específicos como é utilizado por Haleem e Winters (2011) que falam de alcoolismo, ou temas totalmente livres que nascem a partir do levantamento do próprio grupo, como pensa McLennan (2007). Com o foco sócio educacional, o Sociodrama também encontra trabalhos que permeiam diferentes esferas de atuação nas organizações.

Atualmente em cidades brasileiras, o Psicodrama tem sido usado como referência teórica e metodológica na educação e na implantação da escola em tempo integral (Bareicha, 2013; Ferreira, Diogo, & Bareicha, 2011). O Psicodrama não se coloca na forma tradicional e bidirecional do professor para o aluno e sim de forma circular onde a mudança ocorre em todos os atores sociais envolvidos. Com o trabalho da espontaneidade acontece a terapia, a formação e a educação. É pedagógico para o conhecimento, é terapêutico nas mudanças internas e é social na visão de grupos e sociedade. Deveria estar presente em todas as escolas (Dotti, 2002). O Psicodrama e o Sociodrama na educação não tem como foco as questões individuais, “mas alargar e aprofundar a consciência de si, dos outros, do grupo e do mundo, desenvolver diferentes competências, papéis e pontos de vista, fomentar o relacionamento interpessoal e intragrupal e contribuir para a edificação da identidade profissional” (Veiga, Bertão & Franco, 2011, p.23).

Já em 1954, Wieder pesquisava o uso do Sociodrama e de métodos não diretivos comparados às tradicionais técnicas de leitura e discussão, com o objetivo de mudanças de atitudes em grupos de sala de aula (Wieder, 1954). Em 1963, na Argentina, Maria Alicia Romaña iniciou a utilização do nome Psicodrama Pedagógico para a modalidade de Psicodrama voltada à educação, em 1969, no IV Congresso Internacional de Psicodrama oficializa o nome "Psicodrama Pedagógico", e, em 1996 passa a chamá-lo de Método Educacional Psicodramático. Foi também neste congresso, que Romaña relacionou em três os níveis de dramatizações e processos de aprendizagem, como: dramatizações no plano da realidade, no plano do simbólico e no plano da fantasia; quando, através da ação e da técnica psicodramática possibilita-se o livre jogo da fantasia e da abstração. O aluno pode então aprender integrando sensações, sentimentos, intelecto e ações. Romaña considera importante a gradatividade de uma dramatização pois é assim que o aluno adquire uma maior consistência e um grau de compreensão mais significativo, coexistindo com operações de análise, síntese e generalização, o que ocorre no ensino infantil e também na aprendizagem

do adulto. O entendimento de um conceito é maior a partir da vivência e da experimentação via dramatização do próprio conceito (Romaña, 1996).

Para Moreno (1997) e Psicodramatistas da área da educação como Romaña (1996), os métodos de ação sociátricos tratam os grupos e conduzem a Educação no desenvolvimento de protagonistas da história, em que o participante do processo tem seu saber respeitado e é valorizado como sujeito e como grupo, tornando-se protagonista de sua história sócio educacional. Tornam-se autores e não atores (Wechsler, 2007; Marino, 2010). O ambiente criado entre os participantes de um Sociodrama pode estimular novos interesses pessoais e sociais nos alunos, e os ajuda a aprender a cuidar um do outro, dentro de seu próprio grupo. No Sociodrama o carinho pelo outro é estimulado e desenvolvido facilitando as relações interpessoais que assim podem ocorrer de forma mais natural (McLennan, 2007).

As reflexões oriundas das dramatizações desvendam o conteúdo do que está sendo aprendido e permitem a interligação dos diversos elementos que surgem da realidade psíquica interna e do mundo externo. “A partir do que é trazido pelo grupo, inicia-se o processo de reflexão e, junto com o grupo, chega-se à conceituação desejada ao ponto comum que é o novo conhecimento construído”. Com essa nova construção, as produções criativas estimuladas são espontâneas, integrando conhecimento ao que ocorre no momento da criação. O processo sociodramático “[...] favorece a participação e a expressão de sentimentos, permite a interação, assimilação e compartilhamento das experiências na elaboração coletiva do conhecimento” (Fernandes & Kellerman, 2009, p. 5), colaborando para que o desconhecido se revele sem invasões e que o conhecido seja vivenciado como novo. Já os jogos psicodramáticos são mais direcionadores do caminho a ser seguido (Romaña, 2004), sem contudo, serem diretivos como são na sua maioria das vezes as dinâmicas de grupo. O objetivo tanto do Sociodrama como dos jogos psico/sociodramáticos é a co-construção do conhecimento ou da reflexão de valores.

Muitas são as formas de utilização dos Sociodramas nas escolas. Por exemplo, Soares, Pasqualin e Borges (1995) trabalharam com os pais de alunos com dificuldades escolares para o desenvolvimento destes pais através dos jogos de papéis; Nery e Souza (2012) diversificam tanto nas disciplinas ou nas populações como nos contextos, abrangendo crianças de creche até universitários, desde os profissionais até os pais, demonstrando assim a grande abertura do Sociodrama na Educação. Para Blatner (2006) o Sociodrama utilizado na escola visa a educação para a vida. As reflexões oriundas das dramatizações desvendam o conteúdo do que está sendo aprendido e permitem a interligação dos diversos elementos que surgem da realidade psíquica interna e do mundo externo. Moreno enfatizou a importância do

envolvimento de todos os atores sociais participantes, para que ocorram mudanças. O tratamento das relações adoecidas é o fortalecimento das redes saudáveis e propulsor de transformações significativas e desencadeadoras em forma geométrica do indivíduo ao grupo, do grupo à sociedade, e da sociedade à humanidade (Moreno, 2008), pois, para Moreno “é justamente nas interações sociais que as relações entre os indivíduos se tornam saudáveis ou patológicas” (Camossa & Lima, 2011, p. 5).

Zacariah e Moreno (2006) trabalharam então com a resolução de conflitos em sala de aula e nas áreas comuns da escola, com crianças de 5º ano. Por concluírem que os conflitos se mostravam intimamente ligados a dificuldades relacionais, decidiram usar *role playing* e atividades que levassem em consideração o *status* sociométrico, para então abrirem compartilhamentos, procurando atingir maior integração entre os alunos. A comunidade escolar gostou tanto, que pediu a inclusão da aula de resolução de conflitos na grade curricular. Os autores também aconselham a utilização de jogos de papéis com crianças mais novas, e a inversão de papéis apenas para as mais velhas, cujo amadurecimento egóico facilita o entendimento de suas próprias ambivalências.

Para McLennan (2007), o Sociodrama é uma ferramenta efetiva e importante para a mudança social e tem sido utilizado extensivamente em áreas como a do cuidado com a saúde, nos negócios, na psicoterapia e na educação. Esta autora defende sua inclusão no currículo das escolas, pois em tempos modernos onde o foco está no conteúdo, as relações devem ser resgatadas e o trabalho entre professores e alunos pode ser facilitado com seu uso. O Sociodrama pode ser usado como um meio para explorar as questões em sala de aula possibilitando trabalhar a individualidade de educadores e estudantes, e para criar, cuidar e nutrir relacionamentos na mudança do momento atual da educação. Em trabalho com um grupo de 24 adolescentes com problemas de comportamento, McLennan e Smith (2007) reforçam o quanto as sessões de Sociodrama e suas ferramentas podem implementar e desenvolver processos educacionais, pois encorajam a expressão e o desenvolvimento de comportamentos positivos antes considerados inadequados. Na pesquisa realizada por eles, os adolescentes apresentaram maior facilidade para solução de problemas, tomada de decisões, fortaleceram sua autoestima e autodisciplina, reconhecendo neles mesmos e nos outros uma nova linguagem corporal e emocional. Os professores que mantiveram atividades teatrais e técnicas sociodramáticas presentes na agenda escolar possibilitaram aos alunos o desenvolvimento de papéis de liderança, dentro dos grupos e conseqüentemente estes comportamentos se manifestaram também fora de sala de aula. Este estudo comprovou as mudanças ocorridas durante o experimento. Seguindo seus estudos, McLennan (2012)

salienta o papel do Sociodrama como ferramenta, que através da exploração dramática e da inversão de papéis, auxilia na resolução de problemas cotidianos. Vem desenvolvendo este uso com crianças e encontra respaldo na literatura para dizer que o método promove a aprendizagem pois envolve o emocional, o cognitivo e habilidades verbais, mostrando-se rico como atividade extracurricular em sala de aula. Discute as diferenças, os resultados e os cuidados que devem ser tomados no uso do Sociodrama com crianças pequenas, pois é fundamental para o sucesso do trabalho, a criação de um espaço em sala de aula considerado seguro tanto psicológica como fisicamente.

O Sociodrama proporciona um método ativo e participativo adequado na criação de estratégias para o docente, que na contemporaneidade deve assumir novos papéis. Inclui-se hoje a violência intrafamiliar como um dos temas a ser refletido pela escola, e na pesquisa de Pereira, Conceição e Nery (2015), se mostra apropriado para a formação destes novos docentes.

Investigando os efeitos de práticas de grupo com Psicodrama na habilidade de resolução de conflitos dos adolescentes, Karatas (2009) realizou um estudo comparativo, numa escola de Ensino Médio, situada na Turquia, através da escala “Koruklu” e dos testes de “Wallis, Whitney e Wilcoxon”. Concluiu que os adolescentes após as intervenções de Psicodrama apresentaram grandes quedas nos níveis de agressividade e ampliaram a sua capacidade de solucionar problemas. Nos testes realizados após 12 semanas no grupo com intervenções, os níveis se mantiveram, demonstrando a eficácia do Psicodrama. Em outra investigação com mesmo tema, Karatas (2011) compara novamente as terapias grupais, o Sociodrama e o grupo controle, desta vez com estudantes de nível superior. Estatisticamente, o estudo demonstra através da escala de “Can” que o Psicodrama pode influenciar nas escolhas dos adolescentes de forma direta, indireta, racional ou não.

Fong (2007) recrutou meninas entre 15 e 20 anos de idade numa escola de Toronto para trabalhar com prevenção de violência contra o sexo feminino. Concluiu que através do Psicodrama é possível fortalecer as meninas para que cuidem de sua própria saúde, não permitindo os abusos cometidos contra mulheres. O trabalho preventivo deve ser ampliado para minimizar os efeitos futuros, pois embora os abusos possam continuar a ocorrer, as mulheres que tenham sido preparadas para estes conflitos, aprendem a depender menos de terceiros, o que é muito positivo e que costuma acontecer apenas após o conflito já estar instalado. Groterath (2012) empregou a metodologia psicodramática na Alemanha com estudantes do curso de Serviço Social, para conhecer e mudar os paradigmas sobre gênero e o impacto que exercem sobre o trabalho destes profissionais.

O método sociodramático “nega a repetição de conteúdos e pede a aprendizagem de ações adquiridas nas relações interpessoais por meio de jogos dramáticos visando a espontaneidade e criatividade”, o que facilita o aprendizado por parte dos participantes (Gomes, Albuquerque, Moura & Vieira, 2006, p.2). Os autores levaram para um grupo de alunos de mestrado, uma aula sobre o Sistema Único de Saúde e por meio da história contada por um narrador e interpretada pelos alunos, aqueceram o grupo. Somente no momento do processamento em subgrupos é que discutiram os desafios e os avanços do programa, gerando uma nova e profunda reflexão do tema.

Aguiar (2008) entende que é na troca da relação ensinar aprender difundida atualmente, que o Psicodrama do Teatro Espontâneo funciona como facilitador, e não como exercício de poder. Pelas histórias cotidianas vividas pelos participantes surge a construção coletiva do saber, onde a intuição artística se faz presente e enriquece o aprendizado. Em seu entender todos são educadores e o teatro espontâneo funciona como ferramenta de integração das pessoas e dos conteúdos. Outra vantagem do teatro espontâneo e que hoje é valorizada pelas concepções educativas é o desenvolvimento de habilidades e atitudes, pois vivencia as emoções e auxilia na compreensão das relações humanas, fortalecendo a solidariedade. Com o uso do teatro espontâneo Gonçalves, Dal-Farra e Silva (2013) realizaram intervenção numa escola onde foi possível reunir dados a respeito da vida pessoal dos indivíduos e do cotidiano do grupo, deslocando o aprendizado de um polo meramente instrucional para um polo sociocultural, caracterizando uma pesquisa participativa. Esta intervenção deu a oportunidade de envolvimento direto do investigador de campo com o grupo social estudado, dentro dos parâmetros das próprias normas do grupo e na interação com este. Salmasi, Mashhadi e Arefi (2014) empregaram o teatro para alcançar mudanças nas habilidades sociais de alunos com ritmo de aprendizado lento, do Teerã, e concluíram num estudo quasi-experimental, que este recurso é uma ferramenta educacional importante e que pode ser aproveitada para o crescimento de diferentes habilidades sociais. Também Kooraki, Yazdkhasti, Ebrahimi, Oreizi (2012) encontram resultados positivos no trabalho com grupos de Psicodrama com referência às habilidades sociais de pessoas adictas da internet.

Canel e Pelicioni (2007) acreditam na importância de novas propostas no processo ensino-aprendizagem com a utilização de novas técnicas e realizam trabalhos de Promoção de saúde nas escolas utilizando o Psicodrama Pedagógico. Segundo as autoras, as técnicas participativas apresentam excelentes resultados facilitando a obtenção de consensos e redefinições de papéis importantes no trabalho coletivo da promoção de saúde. Martins, Opitz

e Robazzi (2004) enfatizam o poder da metodologia psicodramática na aprendizagem conceitual através das vivências e técnicas próprias do método.

L'abbate (1994) utiliza o Psicodrama Pedagógico de Romaña com o intuito de promover a melhoria nas relações dos profissionais da Educação em Saúde, numa disciplina optativa do curso de especialização de saúde pública. Para a autora, o papel de educador deve ser desenvolvido na própria relação profissional, pois não se pode pensar o serviço de saúde sem pensar nas relações interpessoais. O atendimento pressupõe uma relação de no mínimo, duas pessoas. À medida que se desenvolvem os profissionais da educação, capacitando-os e instrumentalizando-os, mais rapidamente são alcançados os objetivos em relação a saúde de todos. Quanto mais capacitado o educador de saúde nas relações interpessoais, mais facilmente os usuários do sistema de saúde se envolvem nos projetos de educação em saúde. L'abbate ainda destaca a correlação entre a plasticidade, rapidez e capacidade de síntese do Psicodrama Pedagógico e o desenvolvimento da autonomia dos profissionais de saúde. Nas escolas de enfermagem, a dramatização vem sendo utilizada na construção do papel profissional assim como nos trabalhos de saúde com a comunidade, grupos de adolescentes, mulheres e crianças entre outros (Barros & Cyrillo, 2006).

Gomes, Catrib, Silva e Albuquerque (2006) discutem a importância da problematização e reflexão por parte dos professores para que desta forma não apenas aprendam conteúdos, mas reformulem suas ações. Através da metodologia do Psicodrama pedagógico facilita-se a interação dos participantes, a compreensão do conteúdo problematizado e num clima descontraído e espontâneo, também a aprendizagem flui melhor. No compartilhar do que se vivenciou, e na expressão de sentimentos, ocorre “a elaboração coletiva do conhecimento”.

Grande (2009) utilizou-se do Sociodrama Pedagógico, da Psicodinâmica do Trabalho de Dejours e das representações sociais de Moscovici para levantar entre os professores os vínculos entre prazer, sofrimento e trabalho; discutindo com os próprios atores da intervenção, as oportunidades e dificuldades vivenciadas em seu cotidiano, suas concepções, seus valores e o sentido do educar para transformação do mundo.

Apoiada nas teorias de Kurt Lewin e J. L. Moreno o trabalho grupal diversificado estimula o aprendizado com significado para o próprio aluno e sua prática. As histórias construídas através da metodologia psicodramática na vivência grupal facilitam os relacionamentos e o autoconhecimento, visando a construção de novos conceitos ou melhor entendimento de outros, concluem Diniz, Lopes, Almeida, Gesteira e Oliveira (2000).

Amatruda (2006) conduziu por dois anos, grupos de Psicodrama com crianças entre 10 e 13 anos numa escola de ensino fundamental, para trabalhar os comportamentos negativos dos alunos. Após a experiência, os alunos apresentaram diminuição de comportamento negativo e ampliaram a interação com os outros de forma mais positiva, com o desenvolvimento das habilidades de resolução de conflito e convivência social.

Através do Sociodrama na formação de professores, os debates são viabilizados de forma prática e vão além de uma discussão verbal, pois se baseiam em acontecimentos vividos pelo próprio grupo e não influenciados pela experiência de outras pessoas. Para o educador, esta reflexão se faz mais intensa e aparece em seu trabalho (Bronzeri & Capecchi, 2012). É a partir de reflexão sobre a complexidade da educação, que os professores podem ser estimulados a também levarem seus alunos à reflexão, em oposição à repetição. Na visão de Carraro (2008) a abordagem psicodramática possibilita uma análise das relações-interpessoais do cotidiano da instituição escolar através de um método-teórico e prático de condução grupal, sendo que o Sociodrama pedagógico contribui com a reflexão e formação do professor, desvelando resistências e manifestando emoções reprimidas nas relações interpessoais. A pesquisa da autora utiliza o Sociodrama no intuito de encorajar o desenvolvimento de professores reflexivos. Em seus estudos, apoia-se nas propostas atuais de oposição à concepção da racionalidade técnica, para que professores vivenciem em sala de aula e ao compartilharem com seus colegas, reflitam sua prática. Utilizando a metodologia sociodramática, a pesquisadora retoma os aspectos pessoais, profissionais e organizacionais e possibilita a reflexão crítica e ampla dos professores em sua prática.

Em estudo longitudinal com duração de 3 anos realizado por Macuch (2010) em escola técnica profissionalizante com metodologia de pesquisa multi-métodos, a autora empregou como principal referencial os estudos sociométricos, investigando as dinâmicas relacionais dos estudantes no desenvolvimento de suas competências o que se mostrou eficaz para a atualidade. Seu trabalho contribui para a reflexão da responsabilidade da escola nas competências relacionais, na formação integral do sujeito e defende a sociometria como investigação e intervenção ideal para o desenvolvimento de estratégias pedagógicas preventivas na escola. A autora lembra que no trabalho com papéis, ocorre uma aprendizagem emocionalizada, atuando no cognitivo e no emocional dos participantes.

É fundamental no Sociodrama, o envolvimento dos membros de uma sociedade em todas as suas diferenças. Sem julgamento e de maneira mais divertida, é possível discutir e informar a sociedade sobre regras básicas de convivência, incluindo o que é considerado legal ou ilegal e também promovendo um olhar para os problemas de forma profunda e objetiva. O

Sociodrama se apresenta como ferramenta na criação de políticas e procedimentos de forma leve e produtiva (Cossa, 2006b). O autor também aponta como satisfatório o plano de ação realizado com os professores após o compartilhamento dos Sociodramas como o exemplo de um guia de intervenções para casos de *bullying*, proposto por este professor, junto a um grupo. Desta forma o autor entende que o Sociodrama é uma ferramenta efetiva junto a comunidade educacional para temas como assédio e *bullying*; pois engaja membros da sociedade de qualquer idade ou papel auxiliando na criação de políticas e procedimento. Para Willman (2013) o Sociodrama pode ser utilizado em todos os níveis das instituições educacionais, tratando os mais diversos temas como abuso de álcool, criminalidade, drogas violência, sexo e saúde pessoal entre outros. Sampaio e Datner (2008) reforçam a importância da preparação de projetos bem elaborados e apresentados com visão de futuro, com objetivos claros, foco no cliente, isto é, um projeto deve ser direcionado para aquele grupo específico e não pode ser um produto genérico. O que diferencia o projeto com base na metodologia sociodramática está especialmente na maneira como se trabalha valorizando a ação reflexiva.

A prática reflexiva e a expressão da espontaneidade servem para o amadurecimento de papéis profissionais. Colares e Andrade (2009) ofereceram a estudantes de medicina um espaço de reflexão crítica e desenvolvimento do papel profissional, através do Sociodrama Educacional, caracterizado pelos autores como uma linha de pesquisa-ação em Psicologia Educacional. Destacaram como uma experiência onde os benefícios alcançados foram: o compartilhamento das dificuldades da formação médica; a integração dos alunos; o fortalecimento de vínculos positivos entre os integrantes; a experiência vivencial do *role-playing* e maior reflexão crítica sobre o desenvolvimento do papel profissional. Bidart-Novaes, Santoro, e Pontes (2009) refletem a quebra do silêncio por meio de pesquisa-ação, facilitando o diálogo e a emancipação de grupos.

Gezait, Mey e Abdullah (2012) estudam a efetividade do Psicodrama para a diminuição da violência no universo escolar do mundo árabe, onde a agressividade vem aumentando e trazendo problemas físicos, psicológicos e sociais. Os estudiosos árabes associam a adolescência mais agressiva com dificuldades em demonstrar as emoções adequadamente. No trabalho com crianças pequenas o uso de desenhos tem sido uma alternativa positiva, mas com os adolescentes, o Psicodrama é uma das melhores opções, já discutidas em publicações citadas por estes autores, pois ajudam especialmente os adolescentes a trabalharem sua raiva. O Psicodrama como atividade social possibilita a experiência de situações graves da vida e o aprendizado de como lidar com elas. Na experiência relatada com adolescentes da Líbia, é utilizado o método clássico de Moreno,

aquecendo, dramatizando, compartilhando e usando técnicas apropriadas ao tema e ao protagonista. O objetivo principal é criar situações e incentivar novas respostas, criativas e espontâneas, que por meio do Psicodrama ajude os adolescentes a conseguirem habilidades de relacionamento mais positivas. Concluíram com a efetividade do Psicodrama e sugerem que esta metodologia seja incluída no currículo escolar da Líbia.

A experiência de Ramos-Cerqueira, Torres, Martins e Lima (2009), reforça a necessidade de preparar o graduando de medicina para o contato a multiplicidade de determinantes do processo saúde-doença e sua demanda interdisciplinar e intersetorial. É fundamental que o futuro médico tenha em conta um paciente inserido na sua família e contexto sociocultural, e seu trabalho construído em conjunto com todos, o que é facilitado através do Sociodrama que sempre dá grande importância a estas questões. Baile et al. (2012), também incentivam o uso das dramatizações para auxiliar os profissionais da área da saúde no momento de transmissão de uma notícia ruim para o paciente. Com o Psicodrama Psicoterápico, indivíduos são trabalhados para lidarem com suas emoções, e com o Sociodrama na modalidade educacional, os profissionais (exemplo da enfermagem, equipa médica, psicólogos ou advogados) se preparam para a comunicação tanto com os pacientes/clientes, como com seus acompanhantes. O mesmo é discutido por Ramalho (2008) com o *role playing* na prática de supervisão de futuros psicoterapeutas em escolas de especialização de Psicodrama e cursos de Psicologia de universidades brasileiras.

Nos cursos de Medicina, os autores Samarakoon, Tharanga e Chaturaka (2013) encontraram dificuldade na comprovação de que abordagens de aprendizagem ativa são mais eficazes na docência da medicina, pois as aulas que utilizam metodologias mais ativas e práticas, são apresentadas com maior frequência em cursos de pós graduação, quando também os estudantes já estão vivenciando a prática e são mais velhos, com outro envolvimento nas aulas. Isto é, consideram comprovadamente mais eficaz, mas sentem a necessidade de maior investimento de pesquisa na docência de alunos iniciantes dos cursos médicos.

Apesar do pequeno número de artigos reportando o uso do psicodrama nos cursos de medicina brasileira, estes indicam a utilização do *role play* com estudantes e professores em desenvolvimento e o Sociodrama com alunos, abordando aspetos emocionais e comportamentais, melhorando algumas habilidades de comunicação e clínicas, e diminuindo medo e ansiedade (Liberali & Grosseman, 2015).

O uso de dramatizações foi demonstrado como estratégia eficaz por sua forma ativa e experimental, facilitando a autonomia dos alunos na aprendizagem relacionada à saúde. Chan

(2012) ressalta que *role playing* e aprendizagem baseada em problemas encontram resultados positivos, embora ainda pouco estudados. Já em estudo com estudantes de odontologia no Egito, El Tantawi, Abdelaziz, AbdelRaheem e Mahrous (2014) sugerem que métodos inovadores como o *role playing*, por suas características em centralização no aluno, podem ser eficazes para o ensino de habilidades genéricas e informações reais.

Haleem e Winters (2011) usam as técnicas abordadas no Sociodrama para ajudar alunos na autorreflexão sobre o uso de álcool. O objetivo de tal Sociodrama é fomentar uma discussão, auxiliando na conscientização dos alunos sobre a quantidade de bebida alcoólica ingerida durante o curso universitário, levando-os a se comprometerem com a utilização de técnicas para redução. O formato do Sociodrama pode ajudar nos desafios de comunicação, autoconsciência e mudança nas práticas de resolução de problemas. Através de pré e pós-exames testando, o compromisso de utilizar técnicas de redução de danos, avaliaram a percepção do aluno sobre o próprio padrão de consumo em comparação ao consumo de seus companheiros. Após a utilização do Sociodrama como meio de pesquisa-ação, os alunos aumentaram significativamente o seu compromisso com as técnicas de redução de danos. As autoras concluíram que o Sociodrama se mostrou eficaz para envolver os estudantes em discussões sobre o consumo de bebida alcoólica no período universitário.

Uma das principais ferramentas do Sociodrama, o *role playing*, tem sido utilizada com êxito na educação. Nova e Souza (2009) e Silva, Araújo e Beresford (2010) pesquisaram a satisfação de alunos adultos com o uso de *role playing* (treino de papéis), concluindo que esta ferramenta é uma importante alternativa de ensino prático. Muitas outras técnicas e ferramentas desenvolvidas por Psicodramatistas estão sendo empregadas de forma ampla e criativa nos mais diversos contextos. Segundo a pesquisa de Diniz (2001), encontram-se trabalhos em psicologia, medicina, odontologia, serviço social, artes, *marketing*, psicologia empresarial, fisioterapia, sociologia, educação física, terapia ocupacional e educação.

David e Muñoz-Basols (2012) desenvolvem diversas teorias e metodologias grupais no trabalho de interação multicultural e em situações de conflitos ainda muito impactante no século XXI, como a pesquisa apresentada que ocorreu no Yenín, Palestina, com estudantes de diversas culturas. Para os autores o *role playing*, em forma de pesquisa-ação, se mostra muito eficiente como ferramenta de trabalho, sendo também utilizada por Greeb e Hauser (2013) na pesquisa das questões multiculturais com grande efeito na transformação das relações. Blatner (2006) reforça a ideia do uso do *role playing* na escola para que os alunos consigam inverter papéis principalmente com pessoas que tenham diferentes formas de pensar, assim como diferentes culturas, idades ou *status*.

Em Ramos (2011) a teoria socionômica contribui para o melhor entendimento da complexidade da vida, pelos clientes da psicopedagogia, pois utiliza a matriz de identidade, a teoria de papéis e o átomo social na realização da anamnese. Com a técnica do átomo social explora os vínculos da criança e dos pais, e alcança melhor compreensão da subjetividade que influencia o desenvolvimento de outros papéis como o papel de aluno, englobando aprender e apreender em função de suas matrizes vinculares

Um grupo de pesquisadores brasileiros, Moraes, Otta e Scalla (2001) aplicaram nos últimos anos, o teste sociométrico e as habilidades sociais em contexto escolar, sempre tendo como base atração/rejeição entre grupos. Foi realizada uma pesquisa com aplicação e análise dos dados, com base nas categorias de *status* sociométrico de Coie, em crianças com idade pré-escolar, por meio de figuras ilustrativas. Chegou-se a conclusão que os meninos são avaliados principalmente por características sociais, enquanto as meninas por seus atributos afetivos. E, segundo Couto, Vandenberghe, Tavares e Silva (2012) o *status* sociométrico é uma das formas de operacionalizar as competências sociais.

Em 2009, Martinelli e Schiavoni com o objetivo de observarem as interações dos alunos em sala de aula, verificaram a correlação entre a expectativa da avaliação do professor a seu respeito e a aceitação-rejeição de seus colegas, nas situações de estudo e também de brincadeiras na escola. Analisaram estatisticamente e deduziram que quando a criança acredita que seu professor tem uma percepção positiva sobre ela, também obtém médias maiores de aceitação por seu grupo de amigos, enquanto aparece a correlação entre sua percepção negativa e a sua rejeição pelo grupo.

Este tipo de estudo tem ocorrido preferencialmente em grupos de crianças, mas também pode ser ampliado para outras situações, como as pesquisas feitas com estudantes universitários (Bartholomeu, Carvalho, Silva & Machado, 2011). Estes autores, demonstram que os testes podem ser utilizados para elucidar condutas sociais de homens e mulheres universitários e treiná-los nestas habilidades, evitando assim a rejeição de seus pares e aumentando a aceitação de outros companheiros de estudos. Encontraram correlação entre as medidas sociométricas de atração-rejeição dos universitários e o Inventário de Habilidade Sociais de Del-Prette (Del Prette & Del Prette, 2005). Bartholomeu, Montiel e Pessotto (2011) também pesquisaram a sociometria dos alunos e relação de aceitação-negação, assim como as habilidades sociais entre adolescentes e seus pares, tanto para estudar, como para sair com amigos. Um questionário sociométrico foi aplicado e adaptaram o Inventário de Habilidades Sociais de Del-Prette, visando uma população mais carente (maioria das situações brasileiras) por ser realizado usando-se papel e não informatizado como no caso do

original. Como conclusão, surgiu uma correlação significativa entre os estudantes do sexo masculino em suas habilidades sociais e seu *status* sociométrico de atração-rejeição dos pares. No sexo feminino não foi encontrada correlação significativa. Baseados na ideia de reciprocidade como base para a conduta social bem aceita, demonstram que há aceitação social, entre crianças, para estudar e jogar e encontram na assertividade uma das habilidades sociais relevante que levam a uma melhor aceitação e integração social. Também Yavuzer (2013), que estuda a popularidade sociométrica e a agressão em adolescentes de 9º ano do Ensino fundamental, relaciona as variáveis significativamente com os adolescentes do sexo masculino.

Com o objetivo de examinar o vínculo entre famílias e escola e a relação social dos alunos (mais aceitos ou rejeitados), Ferrer, Ochoa, Muñoz e Gimeno (2012) pesquisaram adolescentes entre 11 e 16 anos na Espanha e concluíram que o apoio da família afeta direta e indiretamente a violência escolar e que o *status* sociométrico é um dos indicadores reconhecidos por sua relação com o ajuste escolar. O apoio dos pais e a percepção positiva da escola influi nas escolhas sociométricas entre os adolescentes.

Os estudantes de medicina encontram-se entre o papel de aluno e o de profissional e suas relações interpessoais afetam seu desenvolvimento. Formando grupos no internato de estudantes de medicina de uma faculdade do interior de São Paulo (Brasil) Gavioli, et al. (2009), realizaram uma ampla pesquisa transversal por meio de testes com critérios de escolha, satisfação e sofrimento psíquico. Suas conclusões demonstram a importância do respeito às escolhas da rede social na formação dos grupos, assim como do trabalho intragrupal em supervisão de grupos. O desenvolvimento de habilidades relacionais se faz importante tanto na época dos estudos como no papel profissional no futuro destes alunos.

Em resumo, para estes estudiosos, as pesquisas fornecem dados úteis para um planejamento de programas de intervenção, com objetivo de coesão grupal e habilidades sociais, e de cuidados com as relações interpessoais que podem afetar o desenvolvimento de alunos na vida pessoal e na aprendizagem (Bartholomeu, Carvalho, Silva & Machado, 2011; Bartholomeu, Montiel & Pessotto, 2011; Martinelli & Schiavoni, 2009; Montiel, Pessoto & Bartholomeu, 2014; Morais, Otta & Scalla, 2001). A sociometria vem sendo utilizada tanto para pesquisas como mudança nas relações interpessoais e conseqüentemente na vida escolar dos participantes (Ferrer, Ochoa, Muñoz & Gimeno, 2012; Gavioli, Silva, Gonçalves, Santos, Shi & Lima, 2009, Macuch, 2010).

O Sociodrama com foco sócio educacional pode ser utilizado em qualquer espaço, no entanto prescreve alguns cuidados para ser entendido e desenvolvido adequadamente em cada

um destes lócus, em especial nos ambientes organizacionais. Ainda se encontra pouca escrita científica a respeito da utilização do Sociodrama nas organizações, apesar dos vários trabalhos em que se percebe o uso da teoria de papéis, delimitando o papel profissional e enfatizando a importância dos papéis complementares. A educação empresarial inclui e prioriza, as relações interpessoais, as vivências, as competências pessoais, profissionais e funcionais, e através do Sociodrama estas competências podem ser treinadas, refletidas, elaboradas e ampliadas (Datner, 2006). As dificuldades encontradas nos trabalhos em equipa não podem recair sobre o papel individual, pois como refletem as dificuldades do grupo, devem ser trabalhadas em grupo, o que se vê facilitado pelos métodos sociodramáticos (Monteiro, 2014). O trabalho nas organizações ocorre em grupo e requer “adequada integração da interdependência instrumental e relacional pela sua natureza grupal” (Laneiro, 2011, p.16). A Socionomia utilizada nas organizações valoriza o homem reflexivo que pensa, sente e age na busca de saídas mais saudáveis para si e para o mundo circundante. Em especial são utilizados: a teoria de papéis, a matriz de identidade, a tricotomia social e o desenvolvimento da espontaneidade; através de jogos dramáticos, inversões de papéis, mapeamento do cotidiano, planos de ação, avaliações e reflexões, e culminando com o compartilhar em grupos. Ao iniciar-se com a Sociometria e chegando a entender-se a Sociodinâmica no ambiente de trabalho, é possível a identificação, o estudo e a interpretação de fenómenos grupais e sociais que ocorrem em grupos com vínculos produtivos (Datner, 2014). No Sociodrama Organizacional é desvelado o que está na superfície das relações e cada um se percebe e se reposiciona nestas relações, apenas não as expondo como no Psicodrama Psicoterápico. Também é evitado o mergulho nas primeiras experiências que ficaram marcadas na infância de cada indivíduo e o influenciaram na forma se relacionar; o foco se concentra nas relações atuais, e em como atualizá-las. No entanto, ambos são terapêuticos em seus resultados de mudanças. Segundo Teixeira (2008), apesar do Sociodrama dentro das empresas trabalhar as relações interpessoais e o desenvolvimento pessoal, o tempo restrito e o resultado pretendido pela empresa, é que objetiva o papel profissional. As questões pessoais são trabalhadas para mudança nas respostas profissionais da forma mais adequada.

Para Freitas e Guenzburger (2009) a origem dos conflitos organizacionais está nas diferentes formas das pessoas pensarem e agirem, e na dificuldade em aceitarem estas diferenças. A mudança na maneira de ver e a aceitação quanto à diversidade pode ser facilitada e desenvolvida com a metodologia do Sociodrama. O grupo ao se ver na ação é capaz de identificar as transformações desejadas e se apropriar deste intento. Os autores

descreveram o uso de intervenções sociodramáticas para solução de conflitos numa empresa societária e apoiados nas configurações de grupo da matriz de identidade trabalharam fase a fase, transformando um grupo caótico num grupo diferenciado e integrado. Os participantes relataram que aprenderam como proceder para o enfrentamento dos conflitos através da prática da metodologia e mesmo do estudo teórico das fases da matriz em seu próprio grupo.

Na aplicação do Sociodrama, descrito por Valcarce (2012), a organização tem ganhos diversos na área da comunicação, nas relações de poder, no entendimento dos papéis de cada um e de seus limites, promovendo as mudanças necessárias, desenvolvendo a responsabilidade dos papéis, a flexibilidade e a complementaridade dos papéis que findam na coparticipação. O autor entende que o Sociodrama auxilia na identificação, aceitação e desenvolvimento dos sentimentos e emoções presentes nas interações e que afetam as organizações. Martins (2005) também entende que o método psicodramático aplicado ao contexto organizacional estimula esta coparticipação, e propõe reflexões e mudanças comportamentais a partir do potencial criativo dos participantes. Para a autora as empresas não podem negligenciar a subjetividade humana que é uma das mais importantes variáveis do complexo mundo das organizações.

No trabalho realizado com grupo de trabalhadores sobre assédio moral, Martins et al. (2012) considera uma contribuição ímpar do Psicodrama trazer mais humanidade aos relacionamentos e priorizar vínculos mais saudáveis. O Psicodrama propiciou um ambiente de acolhimento das fragilidades e vulnerabilidades de cada participante, podendo abrir uma reflexão mais profunda e efetiva, capaz de “restabelecer o poder de ação das pessoas, resgatando-lhes a saúde e a dignidade” (Martins et al, 2012, p.110).

Bidart-Novaes (2009) utilizou uma pesquisa-ação com mulheres bordadeiras onde a metodologia sociodramática possibilitou a quebra do silêncio e da resignação, fato primordial para que se tornassem mulheres muito mais empreendedoras e autônomas no seu papel profissional. Em “Psicodrama pedagógico: estratégia para a humanização das relações de trabalho” Saeki, Correa, Souza e Zanetti (2002) demonstram como o Psicodrama desperta nos trabalhadores vínculos e corresponsabilização pelo papel profissional mais humanizado em situações de emergência hospitalar.

Outro uso interessante do Psicodrama é apresentado por Leach (2008) falando sobre advogados que foram treinados na metodologia psicodramática e que a utilizaram durante os julgamentos. O autor conclui que o método oferece acesso a detalhes que não teriam sido percebidos se as histórias fossem contadas da maneira tradicional. Assim, os advogados, a partir da inversão de papéis, podem compreender seus clientes, e também a posição dos

jurados. Ao serem conectados com os sentimentos e não exclusivamente pautados nas questões objetivas do caso, os advogados levam os jurados a olharem de um novo prisma, aprimorando a comunicação entre as partes. Como diz o autor, o Psicodrama não segue regras, e sim orientações. As técnicas são utilizadas conforme a necessidade e a espontaneidade do diretor, no caso o advogado, e vão sendo adequadas para aquele caso. As mais citadas são: o duplo, o espelho, o solilóquio e a construção da cena, trazendo um fato passado de forma a senti-lo como se fosse no presente, e dando oportunidade aos jurados de acompanharem o réu na reconstrução da cenas como se tudo estivesse acontecendo naquele mesmo momento. Carnabucci (2002) utiliza Psicodrama na área de *marketing* e por meio de *workshops* desenvolve a espontaneidade dos participantes em várias áreas, por exemplo: na venda de projetos, na transformação de ideias em ações e na construção de profissionais que trabalhem em grupos e não isoladamente. A partir da necessidade que percebeu entre profissionais de marketing de se colocarem no lugar do cliente, trabalha com as técnicas de Psicodrama, facilitando a percepção dos participantes sobre como os outros se sentem e porque reagem de determinada forma, abrindo novas possibilidades de ação.

Markunas (2007) apresenta um trabalho desenvolvido com os profissionais do desporto, explorando as fases do uso de *role taking*, *role playing* e *role creating* na formação do atleta moderno de quem se espera, atualmente, atitudes espontâneas. A autora faz um comparativo entre o imaginário de futuros atletas, que entram ainda crianças para as escolas de formação, e a realidade do trabalho em desporto. Os atletas das categorias adultas-principais de cada modalidade são muito mais cobrados do que inicialmente estes imaginavam, levando-se em conta as limitações pessoais e dificuldades como por exemplo, a falta de tempo e a distância física que causam o afastamento do convívio familiar.

Muitas são as possibilidades práticas da aplicação do Sociodrama nas organizações, e no caso do nosso trabalho, seu uso nas escolas. O objetivo deste capítulo que aqui se encerra foi estabelecer um retrato do Psicodrama na atualidade e definir a relação entre a prática realizada no capítulo 4 e estes preceitos teóricos. As relações entre Socionomia e o tema do capítulo anterior, Escola Promotora de Saúde, se encontram para apoiar e justificar o método de trabalho desta tese.

PARTE II: ESTUDOS EMPÍRICOS

Capítulo 4: Estudo 1: A Escala Escola Promotora de Saúde

Como em qualquer ramo da ciência, uma mudança de paradigmas ocorre de forma lenta, gradual; assim aos poucos é introduzida a cultura da saúde em nossa sociedade, mas ainda com forte ênfase nas doenças e em seus tratamentos. A Psicologia, como uma ciência ainda considerada nova, mostra maior facilidade em alguns aspectos para o entendimento da valorização da saúde. Durante muitos anos, os paradigmas construídos pelas ciências sociais se basearam em antigos paradigmas das ciências médicas, partindo desde então, do princípio que saúde seria a ausência de doenças. Na pedagogia, e em toda a área de educação, ainda é muito forte a visão de saúde como ausência de doenças físicas, ignorando inclusive a saúde psicológica. A Psicologia da Saúde propõe esta mudança de paradigma, no entanto encontra dificuldades por estarem tão arraigados em toda nossa sociedade (Siqueira, Jesus & Oliveira, 2007). O Ministério da Saúde Brasileiro (Brasil, 2002) assume a complexidade existente na Promoção de Saúde, em especial no campo de sistemas e políticas, e apresenta desafios para ser avaliada. Citando outros países com estratégias nacionais de promoção de saúde, o Ministério ressalta o esforço para a avaliação “restrita ao estabelecimento de metas e indicadores a serem atingidos” (Brasil, 2002, p.23).

Uma investigação é o processo de produção de um conhecimento sobre algo. A procura incessante de respostas para indagações a respeito de um problema ou de soluções para um problema (Gil, 1997). Como defende este autor, o problema precisa ser de interesse do autor, bem delimitado e estudado para que possibilite a procura de uma resposta.

Para Gil (1997), uma pesquisa pode ser qualitativa ou quantitativa, mensurada ou discutida, mas sempre procura respostas à partir de dados levantados da forma mais ética e clara possível. Neste presente estudo a escolha dos recursos de pesquisa quantitativa e qualitativa servem aos dois propósitos do Ministério da Educação e da Saúde Brasileiros, o propósito dos registros sobre a EPS que são fontes de futuras pesquisas, e a intervenção prática que propõe uma metodologia de trabalho posterior, sendo a escala desta forma, colocada a serviço da discussão e reflexão dos profissionais.

Psicometria é a área da psicologia que cuida do desenvolvimento das técnicas e práticas que medem os fenômenos psicológicos (Noronha, Primi & Alchieri, 2004). Apesar do grande interesse na Psicometria, e na defesa dos testes como fundamento científico da Psicologia, as autoras discutem como estas análises são utilizadas pela psicologia brasileira. Muitas vezes sem o rigor necessário e sem estudos aprofundados, os psicólogos trabalham

com os testes descaracterizando seus objetivos e sua cientificidade. A Psicologia procura respostas diversas através da Psicomетria. Perguntas como: qual a natureza da inteligência, ou a qual natureza de muitas doenças como depressão, estresse, pânico; o entendimento sobre qualidade de vida, comportamento, e tantas outras questões; que, quando chegam a determinadas medidas são consideradas respostas e estas respostas podem ser validadas cientificamente ou reforçarem teorias já desenvolvidas. Uma pergunta científica não pode ser respondida com exemplos, mas deve conter dados de pesquisas que validem diferentes populações, idades, ou outros critérios selecionados para que tenham valor científico. No Brasil a avaliação psicológica vem crescendo facilitando o entendimento de diferentes objetos de estudo com impacto positivo nas produções científicas e devem continuar para um maior impacto no cenário internacional (Ávila-Batista, 2011; Noronha & Reppold, 2010).

Para levantar os fatores e itens contidos na escala, houve primeiro a necessidade de um estudo bibliográfico a respeito do tema (realizado nos capítulos anteriores) e uma discussão intensa, antes da preparação do material a ser utilizado para o estudo quantitativo.

Para o estudo de conceitos psicológicos diferentes instrumentos podem ser utilizados tais como entrevistas individuais, aprofundadas, questionários, escalas. O tema desta tese é a Escola Promotora de Saúde e teve por objetivo iniciar a criação de instrumentos que permitam aceder à realidade brasileira como um todo no que diz respeito a sua percepção. Com a recolha de dados originados por uma escala criada é possível identificar a necessidade de intervenções mais pontuais e adequadas neste caso ao desenvolvimento do projeto de EPS, bem como o estado atual sobre o conhecimento do próprio conceito pelos participantes.

4.1. Estudo 1 - Metodologia

O Estudo 1 pretendeu definir o conceito, identificar as suas dimensões para construir um instrumento que permita mensurar o seu entendimento e as condições necessárias à EPS no que tange o envolvimento dos profissionais e dos diferentes setores da educação e da saúde.

Ao analisar o estado da arte do conceito Escola Promotora de Saúde e focar este estudo nos profissionais que atuam nas escolas, foram identificadas dez dimensões principais que serviram de base para a criação de uma Escala EPS: o conceito de saúde; como se sentem e agem os profissionais da escola; a presença de estrutura para desenvolvimento dos projetos; o tempo dedicado para projetos de curto, médio e longo prazo; o envolvimento das

disciplinas (multi/inter/transdisciplinaridade); o envolvimento dos setores (intersetorialidade); o envolvimento da comunidade (o entorno da escola); o número e tipo de projetos; as motivações e gratificações que mobilizam os profissionais; e os registros realizados pelos profissionais. Caso o estudo se voltasse para os alunos ou para a comunidade entende-se que as questões e os fatores resultantes da análise poderiam ser outros. Para o estudo completo da EPS, os três grupos de envolvidos deveriam participar, no entanto, iniciamos o estudo com os profissionais, por sua influência sobre os demais.

4.1.1. Delimitação do Problema

Conforme demonstrado nos capítulos anteriores a escola serve de local referência para o desenvolvimento de crianças, jovens e adultos; envolve suas famílias e os próprios profissionais que nela trabalham. Há carência de estudos relacionados ao grupo em questão.

Neste estudo foi criada a Escala EPS constante no anexo A, com o objetivo de identificar este nível de entendimento de promoção de saúde no que tange à participação dos setores e atores sociais envolvidos e a partir de um estudo exploratório sobre os requisitos para uma EPS.

Portanto, nosso intuito com a discussão da Escola Promotora de Saúde foi o de criar um instrumento que servisse de base para um reconhecimento do estágio em que se encontra a escola em sua visão de promoção de saúde por parte de seus profissionais, incluindo todo profissional que atua na escola além dos professores.

4.1.2. Objetivo

Construir uma escala que permita aceder à percepção dos profissionais da escola sobre a Escola Promotora de Saúde.

4.1.3. Participantes

A amostra para validação da Escala contou com a participação de 264 profissionais da educação de escolas de Ensino Infantil ao Ensino Médio.

Foram considerados como critérios de inclusão da amostra profissionais que trabalham em escolas de ensino infantil, fundamental ou médio, direta ou indiretamente com os alunos, independentemente da idade ou formação.

Foram considerados critérios de exclusão da amostra os profissionais que trabalham apenas com outros profissionais da escola, como os que atuam nas secretarias de educação ou que abastecem as escolas com produtos.

Na Tabela 2 apresenta-se a distribuição desses profissionais em suas escolas de origem e na tabela 3 os municípios correspondentes. Nota-se que a maioria pertence ao Município de São Bernardo do Campo (54.2%) em segundo, ao Município de São Paulo (14.8%) e, em terceiro ao Município de Santo André (10.6%). O maior número de participantes é do Estado de São Paulo (93.2%), vide Tabela 3. Portanto, a maioria dos respondentes se encontram na região da Grande São Paulo, uma das regiões com melhor renda *per capita* e desenvolvimento no país.

Tabela 2

Distribuição de Participantes por Escola

Nr participantes	Nr escolas	Total de participantes	%
01 participante	44	44	17
02 participantes	2	24	9
03 participantes	5	15	2
04 participantes	5	20	8
05 participantes	2	10	4
06 participantes	2	12	5
07 participantes	5	35	13
08 participantes	1	8	3
09 participantes	2	18	7
12 participantes	2	24	9
15 participantes	1	15	6
16 participantes	1	16	6
32 participantes	1	32	12
Total	68	264	100

Tabela 3

Distribuição dos Participantes pelos Municípios

Município	<i>N</i>	%
Birigui	10	3.8
Brasília	10	3.8
Catanduva	4	1.5
Ceilandia	5	1.9
Diadema	9	3.4
Mogi Guaçu	4	1.5
Santo André	28	10.6
São Bernardo do Campo	143	54.2
São Paulo	39	14.8
Outros	12	4.8
Total	264	100

Tabela 4

Distribuição dos Participantes por Estados Brasileiros

Estado	<i>N</i>	%
Acre	1	0.4
Distrito Federal	15	5.7
Minas Gerais	2	0.8
São Paulo	246	93.2
Total	264	100

Escolas pesquisadas:

Algumas escolas tiveram um número maior de participação enquanto outras contaram com apenas um representante, pois o objetivo não foi avaliar uma escola e sim o instrumento. Algumas escolas tiveram uma parte do seu grupo de profissionais respondendo, e uma contou com grande parte, enquanto apenas uma contou com a participação de quase todo o grupo de profissionais.

A amostra de validação da EEPS foi constituída por sua maioria do gênero feminino 212 participantes (80.30%) e 52 participantes do gênero masculino (19.70%), como consta na Figura 1. Tomando como base o censo escolar de 2007, documento brasileiro que fornece dados de frequências populacionais, este resultado já era esperado pela frequência feminina sempre sendo maioria nos profissionais da educação brasileira (Ministério da Educação, 2009). A idade ficou compreendida entre menos de 25 e 71 anos. Na faixa etária nota-se que

a maioria encontra-se entre 31 a 50 anos representando 62.50% da amostra (vide figura 1), mais velhos do que o apontado pelo censo de 2012 (Ministério da Educação, 2013) que variavam entre 28 e 42 anos.

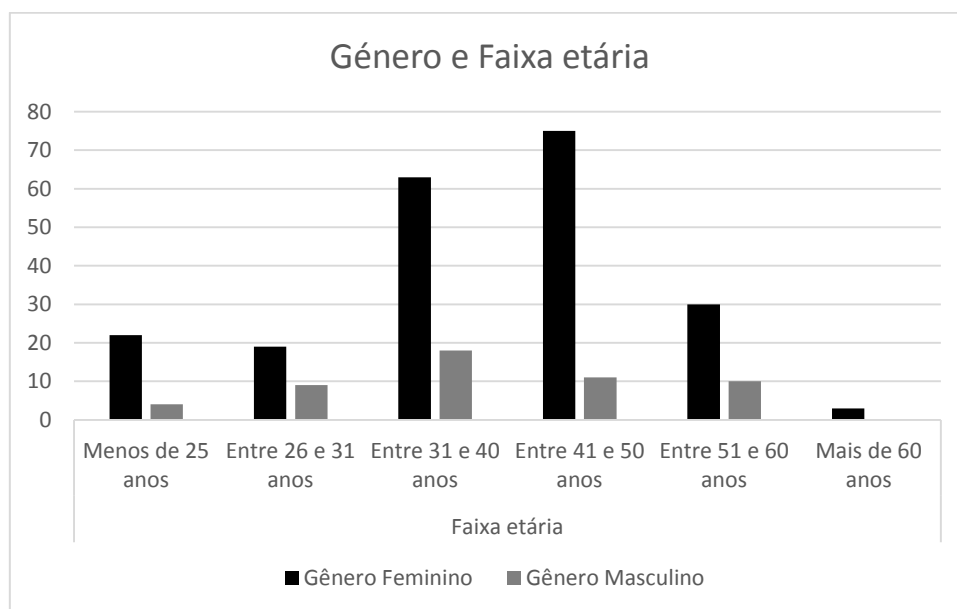


Figura 1. Caracterização da amostra por gênero e por faixa etária.

Os profissionais participantes foram especialmente professores e equipa pedagógica, mas lembrando que uma EPS é formada por todo um quadro de profissionais e é importante para todos o reconhecimento de seu papel na saúde da escola, outros profissionais também participaram como equipa de limpeza, merenda ou administrativo. Estas informações estão contidas na figura 2 e na tabela 5.

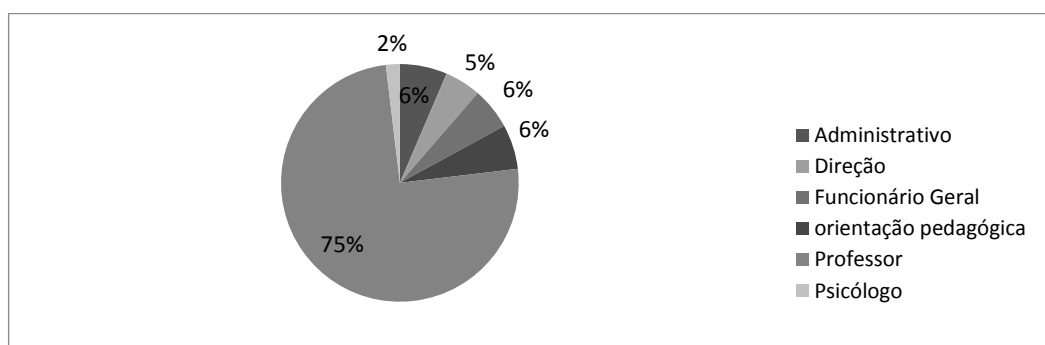


Figura 2. Distribuição dos participantes por função do profissional.

Tabela 5

Cargo ou Função que Ocupa na Instituição e Gênero

Cargo ou função	Gênero					
	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Administrativo	11	5.19	6	11.54	17	6.44
Direção	11	5.19	2	3.85	13	4.92
Funcionário(a) geral	13	6.13	2	3.85	15	5.68
Orientação Pedagógica	16	7.55	0	0.00	16	6.06
Professor(a)	157	74.06	41	78.85	198	75.00
Psicólogo(a)	4	1.89	1	1.92	5	1.90
Total	212	100.00	52	100.00	264	100.00

O resultado da amostra na formação dos profissionais demonstra que a maioria possui graduação completa ($n = 145$, 54.90%), conforme os dados da Tabela 6. Somados aos que deram continuidade aos seus estudos como pós graduação, mestrado e doutorado (Tabela 6) alcançam 81.06% ($n = 214$) da totalidade o que representa um nível elevado. Para um cargo que exige apenas a graduação, estudar além do exigido ($n = 69$, 26.14%) pode significar um empenho na própria educação.

Tabela 6

Formação dos Profissionais Quanto ao Nível de Escolaridade

Escolaridade	N	%
Ensino fundamental	8	3.03
Ensino médio completo	40	1.52
Graduação completa	145	54.92
Pós graduação	60	22.73
Mestrado	6	2.27
Doutorado	3	1.14
Total	264	100.00

A respeito das especialidades dos profissionais, a força da pedagogia especialmente no ensino básico, fica demonstrada pelo grande número de participantes representando 22.50% da amostra total, sendo que esta é hoje uma exigência brasileira, e que foi gradativamente alcançada, aumentando o universo de profissionais com esta graduação. Atualmente o curso técnico de Magistério (nível de ensino médio), não é o suficiente para a profissão de professor e na amostra contempla apenas 2.65% dos respondentes. Estes

números não foram maiores porque para professores de ensino médio esta não é uma exigência, pois aparecem as especificidades, e muitas das profissões universitárias possibilitam o exercício da educação em disciplinas afins. É o caso do profissional de direito que pode dar aulas de Língua Portuguesa.

Para os professores perguntou-se quais as disciplinas ensinadas por eles, e pode ver-se na tabela a seguir que a maioria se apresentou como professor polivalente, isto é, são profissionais multidisciplinares, ministrando disciplinas diversas, articulando saberes e procedimentos. Somam-se a eles assistentes e recreacionistas, que acompanham os educadores nos trabalhos com as crianças. Sendo assim, o esperado para o entendimento de uma EPS é ainda maior pois entende-se que este profissional trabalha com o aluno em sua integralidade.

Nas escolas de ensino fundamental e médio concentram-se professores especialistas numa determinada disciplina por exemplo química, que nesta amostra se sobressaíram por serem de uma escola com ensino técnico de química. A amostra também apresentou um número maior de professores de biologia, matemática, artes, língua portuguesa, educação física, que são matérias exigidas para o ensino fundamental e médio, e outros profissionais que trabalham nas escolas, mas não apenas em sala de aula. Alguns dos profissionais se especializam em mais de uma disciplina.

Tabela 7

Distribuição dos Participantes Segundo as Disciplinas Lecionadas

Disciplina	N	%
Artes	6	5.94
Assistente em sala de aula	7	6.93
Educação Física	7	6.93
Educação Infantil	8	7.92
História	6	5.94
Língua Portuguesa	6	5.94
Matemática	8	7.92
Polivalente	12	11.88
Química	8	7.92
Outras	33	32.67
Total	101	100.00

Sobre a formação acadêmica, a maioria dos participantes tem graduação completa representando 54.9% da amostra, vide Tabela 8. Boa parte dos profissionais cursaram o ensino médio completo, caso dos professores que só fizeram o curso magistério para dar as

aulas na educação infantil. A Tabela 8 representa também a escolaridade por gênero onde observa-se que a grande maioria são mulheres 80.3% ($n = 212$) com graduação completa e pós graduação. A amostra é predominantemente feminina, em especial nos cargos de gestão (Tabela 9).

Tabela 8

Gênero por Escolaridade

Nível de escolaridade	Gênero					
	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	n	%
Doutorado	2	0.90	1	1.90	3	1.10
Ensino fundamental	8	3.80	0	0.00	8	3.00
Ensino médio completo	36	17.00	4	7.70	40	15.20
Graduação completa	109	51.40	36	69.20	145	54.90
Mestrado	6	2.80	0	0.00	6	2.30
Pós graduação	49	23.10	11	21.20	60	22.70
Ausentes	2	0.9	0	0.00	2	0.80
Total	212	80.30	52	19.70	264	100.00

Tabela 9

Cargo ou Função que Ocupa na Instituição por Gênero

Cargo ou função	Gênero					
	Feminino		Masculino		Total	
	n	%	n	%	N	%
Administrativo	11	5.19	6	11.54	17	6.44
Direção	11	5.19	2	3.85	13	4.92
Funcionário(a) geral	13	6.13	2	3.85	15	5.68
Orientação Pedagógica	16	7.55	0	0.00	16	6.06
Professor(a)	157	74.06	41	78.85	198	75.00
Psicólogo(a)	4	1.89	1	1.92	5	1.89
Total	212		52		264	100.00

A tabela 10 apresenta o cruzamento da *sua função na escola* versus *se estudaram o conceito Escola Promotora de Saúde* aonde se nota que a maioria 89% não tem conhecimento prévio deste conceito. Apesar da inclusão do conceito na documentação e dos diversos profissionais com formação em pedagogia, é possível pensar que este conceito não está sendo apresentado a estes profissionais. Os participantes que responderam afirmativamente a esta questão foram aqueles que estão em cargos de gestão (direção, orientação pedagógica e psicólogos).

Tabela 10

Sua Função na Escola Versus Já estudaram o Conceito de Escola Promotora de Saúde?

Cargo ou função	Sim		Não	
	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%
Administrativo	1	5.90	16	94.10
Direção	3	23.10	10	76.90
Funcionário(a) geral	0	0.00	15	100.00
Orientação Pedagógica	1	6.30	15	93.80
Professor(a)	21	10.60	177	89.40
Psicólogo(a)	3	60.00	2	40.00
Total	29	11.00	235	89.00

É observado, na tabela 11, que a maioria das Instituições não tem um departamento médico (85.4%) e também (77.4%) das instituições responde não ter nenhum profissional da área de psicologia ligado à instituição (tabela 12). Entretanto, o que chama atenção é que, a mesma escola receba respostas tanto positivas como negativas sobre a presença de um departamento médico e do psicólogo. O que pudemos averiguar é que há pessoas que consideram a presença de uma enfermeira como departamento médico e outras não, assim como há quem saiba que uma funcionária é psicóloga, enquanto outro funcionário não sabe, porque a função de psicóloga não é assumida pela escola.

Tabela 11

A Instituição Conta Com Um Departamento Médico?

	<i>n</i>	%
Sim	38	14.4
Não	226	85.6
Total	264	100

Tabela 12

Há Pelo Menos um Psicólogo Ligado a Instituição?

	<i>n</i>	%
Sim	38	14.4
Não	226	85.6
Total	264	100

Para finalizar estas primeiras impressões da amostra é importante retomar a questão inicial sobre o porque dos profissionais da educação ainda desconhecem um conceito tão significativo para os Ministérios da Saúde e da Educação Brasileiros e 89% dos pesquisados nunca terem ouvido falar de EPS. O conceito ainda permanece distante e fragmentado.

Tabela 13

Conhecimento dos Participantes Sobre o Conceito EPS

	<i>n</i>	%
Sim	29	11
Não	235	89
Total	264	100

4.1.4. Instrumento

Após a primeira versão da escala, e a cada discussão com profissionais, o instrumento foi sendo aprimorado, até a escala ser submetida a um teste piloto aplicado a profissionais da educação, e assim realizada a primeira avaliação do teste. Novamente houve um aprimoramento e reduzida para 52 afirmativas dando-se então a reaplicação para acertos em outros profissionais. Foi pedida a colaboração de profissionais para preenchimento da escala esclarecendo não haver interesse em utilizá-la para diagnósticos das escolas, apenas para validação da escala.

Foi escolhido para o desenvolvimento da escala de respostas a opção de frequência - nunca a sempre, numa escala tipo *Likert* de 1 (nunca) a 7 (sempre).

Identificou-se a necessidade de se construir diferentes instrumentos para profissionais ou alunos envolvidos com a escola e fez-se a escolha da criação desta escala focada nos profissionais.

As respostas foram coletadas através de um *link* do *survey monkey* e respondidas individualmente ou aplicada em grupos (em papel), sendo repassadas manualmente para o coletor *survey monkey* (<https://pt.surveymonkey.com/r/EEPSprofissionaisdaeducacao>). O

investigador recebeu autorização para entrada em algumas escolas e em horário de reuniões dos profissionais aplicou a escala aguardando a entrega de cada um deles. Sua aplicação dura em torno de 10 a 15 minutos e foi aplicada em professores e profissionais de escolas públicas ou privadas de ensino infantil, básico e médio.

4.1.5. Procedimentos

Foi a partir da dissertação de mestrado realizada por esta autora sobre a “Escola Promotora de Saúde: Um estudo com profissionais”, que surgiu o interesse sobre o tema e a construção desta escala. A conceituação sobre Escola Promotora de Saúde na documentação brasileira está muito bem escrita contendo todas as necessidades práticas para seu desenvolvimento. Para avaliarmos a efetivação destes conceitos temos formas de levantar indicadores como grau de absenteísmo, número de licenças médicas dos profissionais, número de incidências de violências internas entre outros. No entanto, não há um meio mais geral para se medir estas condições e o grau de entendimento dos participantes das escolas sobre o seu comprometimento com a área da saúde. Portanto, a construção da Escala visou contribuir com um instrumento para esta medição.

Baseada na pesquisa do estado da arte do conceito de Escola Promotora de Saúde até o momento da construção da escala, foram identificados dez fatores de interferência e de viabilidade para o desenvolvimento da visão de promoção de saúde nas escolas por parte dos profissionais. Com base nestes dez fatores foram construídas afirmações para avaliação de cada item. No princípio 89 afirmativas foram elaboradas para os primeiros testes e discussões com profissionais da área. Foram separadas as questões, num trabalho baseado na revisão da literatura e consulta com especialistas da área da educação, entre eles psicólogos e pedagogos que serviram de base para as discussões e formulação das questões.

Após a construção da escala foi criado um *link* do *survey monkey* e também distribuída em papel. Inicialmente foi passada por pessoas conhecidas por trabalharem na área e a amostra foi se constituindo a medida que uma pessoa respondendo passava para outras e pela internet a passagem se deu para locais mais distantes. Houve casos de escolas em que um professor se ofereceu e levou questionários para aplicar em sua escola, retornando com os que aceitaram responder.

Chamou atenção a dificuldade encontrada em conseguir a adesão espontânea da amostra. Entrando dentro da escola para pedir a adesão, poucos profissionais responderam

com tranquilidade e a maioria o fez a pedido da diretoria ou por amizade a alguém que por sua vez conhecia a autora da escala. Uma professora após ter respondido a escala perguntou se haveria mudanças na prefeitura e que estava imaginando que teriam mais trabalho. Outras do mesmo grupo reforçaram este pensamento. A autora então retomou a explicação da proposta reforçando sua posição de pesquisadora isenta.

No âmbito dos governos locais o fato da pesquisadora estar ligada a uma Universidade fora de seu país dificultou o acesso. Convênios acadêmicos são mantidos com Universidades do próprio município.

Em especial os profissionais de trabalhos gerais (não professores) ofereceram ainda maior resistência. Antes mesmo de iniciarem a escala e durante o preenchimento apresentaram maiores dificuldades, apesar da comunicação anterior de que não precisavam se preocupar com acertar ou errar e sim responder como entendiam as questões, se mostravam tensos, e dois deles necessitaram ajuda para a leitura das questões.

4.1.6. Escala Escola Promotora de Saúde (EPS) – A Análise Fatorial

A análise estatística efetuada teve como objetivo testar a estrutura empírica do instrumento utilizando duas técnicas diferentes. Inicialmente, e dado ser a EPS um novo instrumento, foi utilizada a análise fatorial exploratória, com o objetivo de determinar os fatores inerentes aos dados da amostra recolhida. A análise de fatores olha para padrões de correlações, ou seja grupos de variáveis correlacionadas entre si que formam um fator. Este é concebido como uma variável hipotética (latente). O objetivo da análise de fatores é expressar um grande número de variáveis em termos de um número mínimo de fatores, ou seja diminuir o número de variáveis explicativas (Dancey & Reidy, 2013).

Por outro lado, e partindo da revisão teórica, que indicava a existência de 10 dimensões teóricas, construiu-se e testou-se um modelo de equações estruturais correspondente, contrastando-o com o modelo correspondente ao obtido através da análise fatorial exploratória.

4.1.7. Preparação dos dados

Quanto à limpeza e aos cuidados com os dados para a análise fatorial, foram consideradas 270 respostas, pois dois participantes de duas escolas de São Paulo, não

responderam a nenhuma das 52 perguntas do questionário. Optou-se então por eliminá-los desta análise, restando assim 264 respondentes.

Houve também a preocupação com a existência de erros na base de dados, assim como a limpeza do mesmo antes da análise dos dados, de forma a atender com rigor os resultados a considerar. Neste caso, conferiu-se todas as informações que estavam corretamente codificadas assim como os nomes das escolas, profissões, função, e se existiam informações na parte do questionário com valores respondidos acima de 7.

Após a limpeza da base de dados e a eliminação dos dois participantes já referidos, verificou-se que a grande maioria dos 264 participantes não completaram todas as respostas na parte principal do questionário enviado a eles, ou seja, das 52 questões (do questionário) estes não responderam a algumas perguntas (ou *missing values*). West (2001) alerta para a importância de tratamento dos *missing values* na amostra a ser analisada. Nota-se que da maioria das 52 questões com respostas em branco, 14 participantes da pesquisa não responderam a pergunta: Q19 - Realizo projetos de longa duração (mais de um ano).

Como a porcentagem dos não respondentes dentro de cada questão foram consideradas baixas, equivalente a 4,9% da amostra, optou-se por substituir os espaços vazios (*missing values*) pela média das respostas dadas dos sujeitos nos itens, metodologia de imputação de dados faltantes (West, 2001).

4.1.8 Sensibilidade da Escala

Apresentamos na tabela 14 os resultados do estudo de sensibilidade dos itens da escala que desenvolvemos para o nosso estudo do conceito EPS (médias, desvios padrão, assimetria e curtose). Todos os itens apresentam um intervalo de resposta máximo, abrangendo assim todas as respostas possíveis. Como podemos verificar, apenas os itens 16 (“Preocupo-me em adaptar meus projetos a cada idade escolar”), 23 (“É muito importante o reconhecimento do meu trabalho”) e 27 (“Gosto de trabalhar com outros profissionais”) apresentam valores de curtose ligeiramente acima de 2, o limite superior admitido para distribuição normal (respectivamente 2.03, 3.08 e 3.09). Todos os valores reportam-se a dados sem transformação.

Tabela 14

Sensibilidade da Escala

Item	Min	Max	M	DP	sk	ku
Q1	1	7	4.97	1.63	-.52	-.32
Q2	1	7	4.65	1.81	-.45	-.76
Q3	1	7	4.44	1.91	-.28	-.96
Q4	1	7	4.81	1.83	-.45	-.71
Q5	1	7	3.97	2.10	-.13	-1.34
Q6	1	7	5.10	1.68	-.69	-.28
Q7	1	7	5.42	1.57	-1.02	.47
Q8	1	7	3.56	1.93	.10	-1.22
Q9	1	7	5.26	1.62	-.90	.24
Q10	1	7	4.79	1.84	-.51	-.78
Q11	1	7	5.95	1.16	-1.62	3.90
Q12	1	7	5.78	1.48	-1.36	1.48
Q13	1	7	4.46	1.82	-.35	-.87
Q14	1	7	5.55	1.41	-1.11	.92
Q15	1	7	5.21	1.46	-.78	.13
Q16	1	7	5.89	1.35	-1.47	2.03
Q17	1	7	5.66	1.50	-1.27	1.22
Q18	1	7	5.01	1.92	-.71	-.62
Q19	1	7	3.22	2.09	.45	-1.17
Q20	1	7	4.69	1.68	-.57	-.30
Q21	1	7	3.51	1.77	.120	-.86
Q22	1	7	5.26	1.50	-.91	.44
Q23	1	7	6.11	1.19	-1.65	3.08
Q24	1	7	4.78	1.64	-.51	-.47
Q25	1	7	5.16	1.52	-.74	.18
Q26	1	7	4.61	1.68	-.43	-.53
Q27	1	7	6.05	1.22	-1.65	3.09
Q28	1	7	4.78	1.88	-.65	-.51
Q29	1	7	5.34	1.49	-.77	.26
Q30	1	7	3.03	1.89	.49	-1.01
Q31	1	7	5.54	1.32	-1.02	1.24
Q32	1	7	4.77	1.75	-.47	-.67
Q33	1	7	4.36	1.95	-.37	-1.02
Q34	1	7	2.44	1.90	1.15	.00
Q35	1	7	2.20	1.86	1.34	.41
Q36	1	7	4.23	1.88	-.26	-.93
Q37	1	7	3.82	1.85	.07	-1.01
Q38	1	7	5.71	1.52	-1.21	.93
Q39	1	7	5.16	1.70	-.90	.06
Q40	1	7	5.15	1.78	-.83	-.24

Q41	1	7	5.21	1.78	-.84	-.24
Q42	1	7	4.88	1.91	-.59	-.82
Q43	1	7	3.44	2.19	.23	-1.38
Q44	1	7	3.21	1.95	.33	-1.20
Q45	1	7	4.09	1.86	-.13	-.95
Q46	1	7	4.34	1.88	-.23	-.98
Q47	1	7	4.19	1.92	-.05	-1.18
Q48	1	7	4.43	1.83	-.18	-.94
Q49	1	7	3.44	1.95	.26	-1.10
Q50	1	7	5.30	1.58	-.93	.33
Q51	1	7	4.76	1.86	-.48	-.71
Q52	1	7	3.24	1.88	.52	-.82

Nota. *M* = média; *DP* = desvio padrão; *sk* = assimetria; *ku* = curtose. Erro padrão de assimetria e curtose = 0.15 e 0.30, respectivamente, para os todos os itens.

4.1.9. Análise Fatorial Exploratória da EPS

Efetuuou-se uma análise de componentes principais com rotação *oblimin*, dada a natureza holística do conceito EPS, fazendo supor assim uma certa correlação entre os fatores (Costello & Osborne, 2005; Field, 2009).

O valor de KMO = .879, indica uma boa adequação da amostra para submissão a AFE (Hutcheson & Sofroniou, citados por Field, 2009). O teste de esfericidade de Bartlett apresenta um valor de $\chi^2_{(1378)} = 6103.85$, e um alto grau de significância ($p = .000$), o que segundo Field (2009) e outro indicador da adequação da aplicação dos nossos dados à AFE.

Na figura 3 apresenta-se o *scree plot* obtido na análise fatorial exploratória dos dados do Estudo 1.

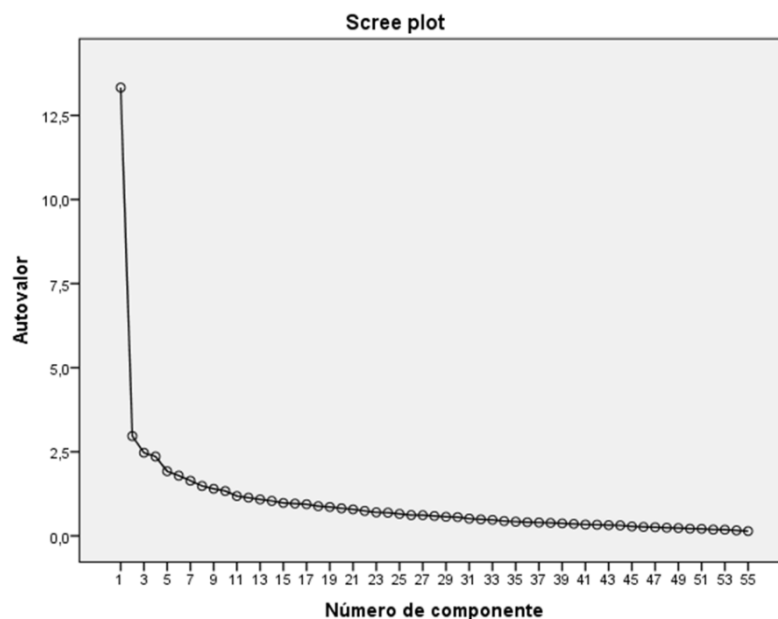


Figura 3. Scree plot da amostra do Estudo 1.

Dada a visão geral do *scree plot*, considera-se reter quatro fatores, notando que são exatamente quatro os fatores que apresentam *eigenvalues* acima de 2, que explicam 38,4% da variância total. Efetuou-se assim a AFE, especificando quatro fatores a reter. Os resultados são apresentados na Tabela 15:

Tabela 15

Distribuição dos Itens em Fatores Após Rotação Oblíqua, Respetivos Pesos Fatoriais, Comunalidade (h^2), Variância Explicada por Fator e Respetivo α de Cronbach

	Pesos Fatoriais				h^2
	1	2	3	4	
Q1-Penso que como profissional promovo a saúde das pessoas na Instituição de Ensino				-.79	.60
Q2-Realizo trabalhos voltados para a saúde dos alunos				-.83	.65
Q3-A minha participação na Instituição favorece a saúde física				-.85	.63
Q4-O meu trabalho promove a saúde mental de todos na Instituição				-.65	.51
Q5-Meu trabalho considera a saúde espiritual de todos na Instituição				-.63	.44
Q6-Meu trabalho promove a saúde social				-.68	.56

Q7-Tenho flexibilidade suficiente para adaptar os meus trabalhos à cultura e as condições de aprendizado do aluno e dos profissionais		-.48	.45
Q8-Realizo trabalhos voltados para a saúde da comunidade		-.60	.55
Q9-Penso que tenho competências para liderar um projeto	.46		.34
Q10-Proponho a criação de novos projetos	.46		.47
Q11-Minhas relações pessoais na escola me fazem bem		-.56	.39
Q12-Sinto que quando inicio um projeto sou totalmente responsável por ele	.53		.29
Q13-Como profissional eu me sinto cuidado pela Instituição		-.68	.57
Q14-Sinto-me realizado com o trabalho que desempenho		-.57	.45
Q15-Consigo adaptar os materiais necessários a realização dos meus projetos	.38*		.39
Q16-Preocupo-me em adaptar meus projetos a cada idade escolar	.51		.40
Q17-Tento aproveitar os espaços da Instituição da melhor forma possível em benefício de todos	.55		.40
Q18-Realizo projetos de curta duração (até um ano)	.63		.36
Q19-Realizo projetos de longa duração (mais de um ano)		.43	.30
Q20-Quando desenvolvo um bom projeto ele é mantido	.56		.37
Q21-A minha maior motivação no trabalho é financeira		.45	.27
Q22-Sinto que meu bom desempenho é reconhecido pelos alunos		-.49	.37
Q23-É muito importante o reconhecimento do meu trabalho		-.32*	.18
Q24-Considero que sou reconhecido pela comunidade no trabalho que desenvolvo		-.49	.43
Q25-Considero que quando desenvolvo um bom trabalho este é reconhecido pela direção		-.69	.61
Q26-Considero-me estimulado pela missão e visão da Instituição		-.71	.67

Q27-Gosto de trabalhar com outros profissionais	.37*		.35
Q28-Já participei de trabalhos em outras disciplinas ou funções que não a minha	.41		.24
Q29-Como profissional facilito o envolvimento de todos nos projetos da Instituição	.57		.47
Q30-Prefiro trabalhar sozinho do que com outros profissionais		.29*	.22
Q31-Trabalho bem em projetos com outros profissionais da Instituição	.59		.43
Q32-Sinto-me a vontade para liderar trabalhos que envolvam temas de outras disciplinas e temas transversais	.40		.29
Q33-Realizo projetos junto a outros profissionais com funções diferentes das minhas	.50		.37
Q34-Realizo projetos junto a diferentes associações de moradores (ou semelhantes)		.60	.51
Q35-Já realizei projetos junto a diferentes secretarias públicas		.58	.42
Q36-Sinto-me estimulado a trabalhar com a comunidade escolar		.41	.47
Q37-Sinto resistência em envolver a comunidade nos meus projetos	.27*		.13
Q38-Preocupo-me com os aspectos psicológicos dos profissionais e alunos	.44		.41
Q39-Participo e/ou promovo trabalhos de desenvolvimento do papel de cidadão dos alunos	.67		.50
Q40-Participo e/ou promovo trabalhos voltados para promoção das relações interpessoais	.66		.53
Q41-Participo de programas culturais realizados na Instituição	.50		.32
Q42-Participo de campanhas e programas sociais na Instituição	.47		.35
Q43-Já participei de trabalhos voltados para prevenção de Doenças	.35*		.25
Q44-Sinto resistência por parte da escola para que eu ofereça novos projetos		.36*	.24
Q45-Encontro dificuldades financeiras para realização de projetos		.43	.21

Q46-Preocupo-me com os hábitos alimentares e de sedentarismo de todos que frequentam o ambiente institucional					.29
				-.40	
Q47-Tenho o cuidado de escrever e divulgar os trabalhos que desenvolvo	.45				.33
Q48-Os profissionais da escola conhecem os projetos que realizo	.41				.45
Q49-Promovo a discussão dos projetos realizados na Instituição com a comunidade			.38*		.44
Q50-Eu me interesso pelos projetos realizados por outros profissionais da Instituição	.46				.45
Q51-Acho importante escrever e divulgar o que realizo no meu dia a dia profissional	.48				.39
Q52-O governo ou sociedade acadêmica conhece os projetos desenvolvidos na Instituição.				-.44	.23
<i>Eigenvalues</i>	13.28	2.96	2.46	2.31	
Variância explicada (%)	25.06	5.59	4.64	4.36	
α de Cronbach	.90	.73	.62	.86	

Nesta solução verificamos que o Fator 1 é o que apresenta maior número de itens, 24 (itens 9, 10, 12, 15, 16, 17, 18, 20, 27, 28, 29, 31, 32, 33, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 47, 48, 50 e 51). Este fator por si só explica 25.06% da variância, e os seus itens apresentam cargas fatoriais entre .27 e .67. Estes são de forma geral referentes a questões ligadas a projetos com que o profissional pode encontrar-se envolvido (e.g. “Q10-Proporho a criação de novos projetos”).

O Fator 2 apresenta 9 itens (11, 13, 14, 22, 23, 24, 25, 26, 45), com cargas fatoriais entre -.32 e -.71, explicando estes 5.59% da variância. O tema subjacente a estes itens parece focalizar-se no reconhecimento e realização sentidos pelo profissional no desempenho das suas funções (e.g. “Q25-Considero que quando desenvolvo um bom trabalho este é reconhecido pela direção”).

No Fator 3 organizam-se oito itens (19, 21, 30, 34, 35, 36, 44, 49), com cargas fatoriais entre .29 e .60, referentes ao envolvimento com a comunidade (e.g. “Q34-Realizo projetos junto a diferentes associações de moradores (ou semelhantes)”). Este fator é responsável por 4.64% da variância.

Finalmente o Fator 4 contém 10 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 46, 52) com cargas fatoriais entre -.40 e -.85, que no seu conjunto explicam 4.36% da variância. Este fator agrupa

os itens que maioritariamente se referem de forma mais direta à promoção da saúde (e.g. “Q1-Penso que como profissional promovo a saúde das pessoas na Instituição de Ensino”).

Oito dos itens apresentaram cargas fatoriais abaixo de .40, pelo que foram retirados da escala (itens assinalados *). Efetuou-se de novo a AFE sem os itens acima assinalados, e obtivemos os seguintes resultados:

Tabela 16

Distribuição dos Itens em Fatores Após Rotação Oblíqua, Respective Pesos Fatoriais, Comunalidade (h^2), Variância Explicada por Fator e Respetivo α de Cronbach

	Pesos Fatoriais				h^2
	1	2	3	4	
Q1-Penso que como profissional promovo a saúde das pessoas na Instituição de Ensino				-.78	.59
Q2-Realizo trabalhos voltados para a saúde dos alunos				-.81	.65
Q3-A minha participação na Instituição favorece a saúde física				-.85	.65
Q4-O meu trabalho promove a saúde mental de todos na Instituição				-.64	.53
Q5-Meu trabalho considera a saúde espiritual de todos na Instituição				-.61	.45
Q6-Meu trabalho promove a saúde social				-.67	.58
Q7-Tenho flexibilidade suficiente para adaptar os meus trabalhos à cultura e as condições de aprendizado do aluno e dos profissionais				-.46	.44
Q8-Realizo trabalhos voltados para a saúde da comunidade				-.55	.55
Q9-Penso que tenho competências para liderar um projeto	.47				.34
Q10-Proponho a criação de novos projetos	.46				.47
Q11-Minhas relações pessoais na escola me fazem bem		-.56			.38
Q12-Sinto que quando inicio um projeto sou totalmente responsável por ele	.53				.30
Q13-Como profissional eu me sinto cuidado pela Instituição		-.70			.58
Q14-Sinto-me realizado com o trabalho que desempenho		-.59			.47
Q16-Preocupo-me em adaptar meus projetos a cada idade escolar	.52				.39

Q17-Tento aproveitar os espaços da			.42
Instituição da melhor forma possível em	.55		
benefício de todos			
Q18-Realizo projetos de curta duração (até			.36
um ano)	.63		
Q19-Realizo projetos de longa duração (mais		.51	.36
de um ano)			
Q20-Quando desenvolvo um bom projeto ele	.54		.36
é mantido			
Q21-A minha maior motivação no trabalho		.39	.25
é financeira			
Q22-Sinto que meu bom desempenho é			.38
reconhecido pelos alunos	-.52		
Q24-Considero que sou reconhecido pela			.43
comunidade no trabalho que desenvolvo	-.49		
Q25-Considero que quando desenvolvo um			.61
bom trabalho este é reconhecido pela direção	-.69		
Q26-Considero-me estimulado pela missão e			.68
visão da Instituição	-.73		
Q28-Já participei de trabalhos em outras			.27
disciplinas ou funções que não a minha	.39		
Q29-Como profissional facilito o			.45
envolvimento de todos nos projetos da	.56		
Instituição			
Q31-Trabalho bem em projetos com outros			.42
profissionais da Instituição	.56		
Q32-Sinto-me a vontade para liderar			.29
trabalhos que envolvam temas de outras	.43		
disciplinas e temas transversais			
Q33-Realizo projetos junto a outros			.39
profissionais com funções diferentes das	.49		
minhas			
Q34-Realizo projetos junto a diferentes			.61
associações de moradores (ou semelhantes)	.71		
Q35-Já realizei projetos junto a diferentes			.48
secretarias públicas	.66		
Q36-Sinto-me estimulado a trabalhar com a			.49
comunidade escolar	.45		
Q38-Preocupo-me com os aspectos			.40
psicológicos dos profissionais e alunos	.44		
Q39-Participo e/ou promovo trabalhos de			.49
desenvolvimento do papel de cidadão dos	.70		
alunos			

Q40-Participo e/ou promovo trabalhos voltados para promoção das relações interpessoais	.69				.54
Q41-Participo de programas culturais realizados na Instituição	.50				.33
Q42-Participo de campanhas e programas sociais na Instituição	.46				.36
Q45-Encontro dificuldades financeiras para realização de projetos		.44			.22
Q46-Preocupo-me com os hábitos alimentares e de sedentarismo de todos que frequentam o ambiente institucional				-.36	.28
Q47-Tenho o cuidado de escrever e divulgar os trabalhos que desenvolvo	.45				.33
Q48-Os profissionais da escola conhecem os projetos que realizo	.41				.45
Q50-Eu me interesso pelos projetos realizados por outros profissionais da Instituição	.47				.45
Q51-Acho importante escrever e divulgar o que realizo no meu dia a dia profissional	.50				.39
Q52-O governo ou sociedade acadêmica conhece os projetos desenvolvidos na Instituição.				-.39	.21
<i>Eigenvalues</i>	11.98	2.57	2.30	2.22	
Variância explicada (%)	27.24	5.85	5.22	5.04	
α de Cronbach	.90	.73	.62	.86	

Como resultado desta análise, o Fator 1 apresenta agora 21 itens (9, 10, 12, 16, 17, 18, 20, 28, 29, 31, 32, 33, 38, 39, 40, 41, 42, 47, 48, 50, 51), com cargas fatoriais entre .39 e .70, explicando 27.24% da variância, e com $\alpha = .90$.

O Fator 2 contém oito itens (11, 13, 14, 22, 24, 25, 26, 45) que explicam 5.85% da variância e cujas cargas fatoriais se situam entre .44 e -.73. O valor do Alfa de Cronbach deste fator é de .73.

O Fator 3, agora com 5 itens (19, 21, 34, 35, 36) é responsável por 5.22% da variância e o seu $\alpha = .62$. As cargas fatoriais oscilam entre .39 e .71.

O Fator 4 apresenta os mesmos 10 itens (1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 46 e 52) com cargas fatoriais entre -.36 e -.85, e $\alpha = .86$. Este fator é responsável por 5.04% da variância.

Foi resolvido desta maneira, manter os itens que tinham descido ligeiramente dos .40 (item 21, com .39; item 28 com .39; item 46 com -.36; item 52 com -.39), de forma a estabilizar a solução obtida.

4.1.10. Análise Confirmatória da EPS

Dado a EPS ser um instrumento novo, considerámos que se poderiam obter resultados interessantes para a compreensão deste conceito e do seu entendimento com uma análise fatorial confirmatória, além da análise fatorial exploratória já efetuada. A revisão de literatura forneceu-nos a base teórica para a definição de 10 dimensões. No entanto, a análise fatorial exploratória revelou apenas quatro. Desta forma, realizámos análises confirmatórias com dois modelos distintos, de forma a determinar qual dos modelos seria mais adequado aos resultados da amostra a que tivemos acesso. Excluámos à partida os itens que apresentaram cargas fatoriais abaixo de .40 após a análise fatorial exploratória.

Dado que o conceito de EPS é holístico e não vive de uma plena independência dos fatores, consideramos para estes modelos de equações estruturais que os fatores representados por variáveis latentes estão correlacionados entre si.

Apresentamos na Figura 4 o modelo com 10 dimensões (variáveis latentes), resultante da revisão bibliográfica efetuada:

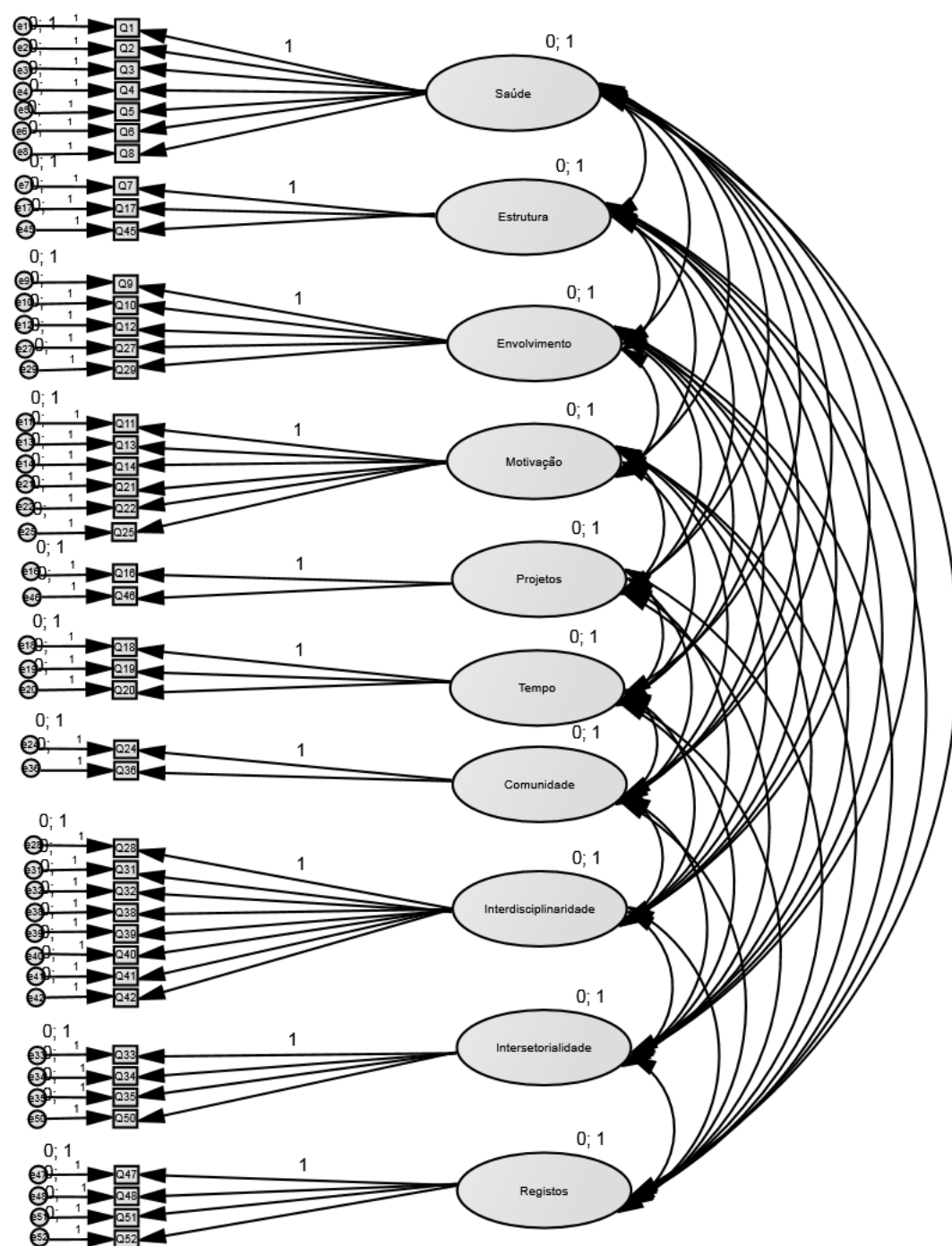


Figura 4. Modelo EPS com 10 dimensões interdependentes.

Apresentamos na figura 5 o modelo com resultados padronizados:

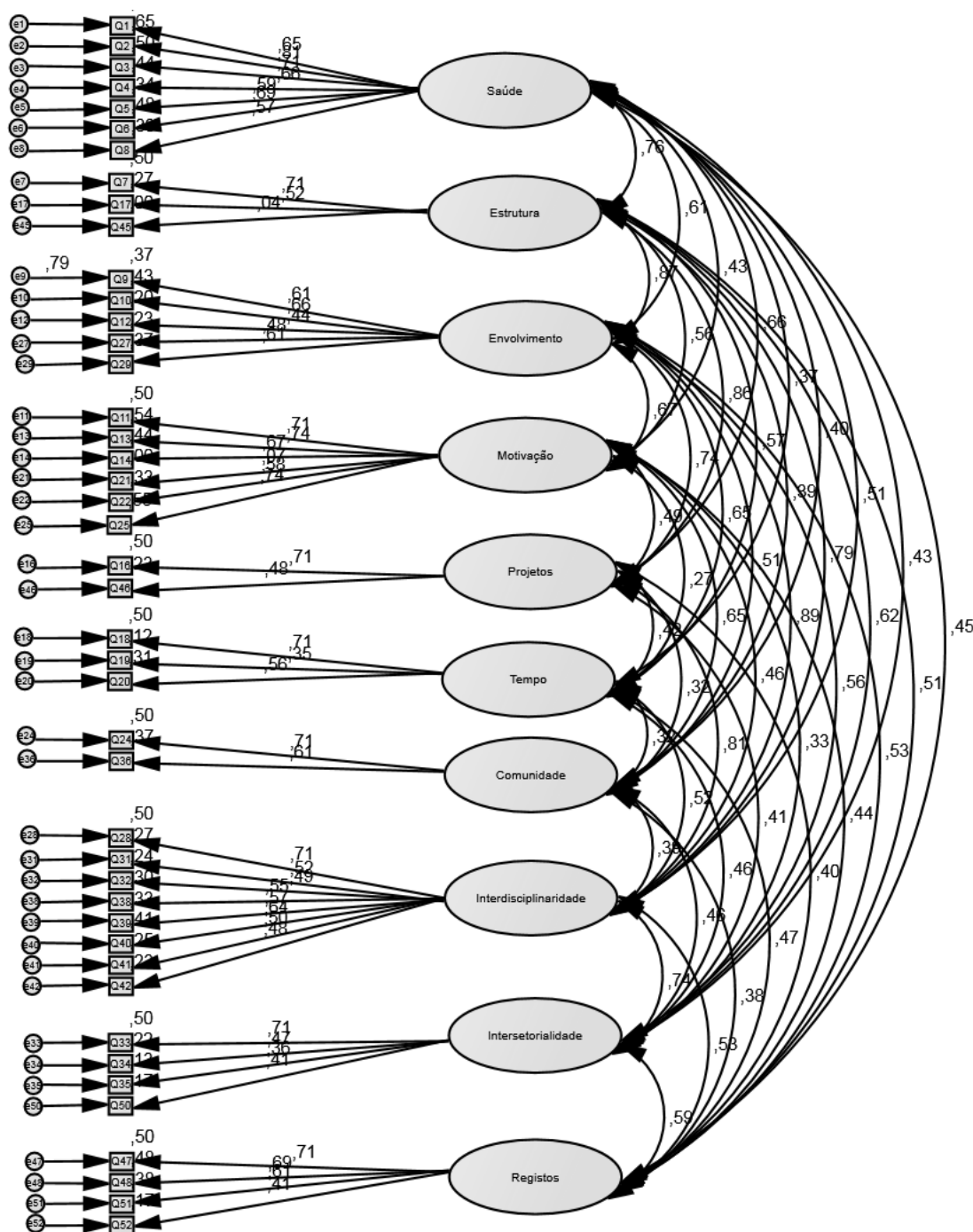


Figura 5. Modelo de EPS com dez dimensões interdependentes com resultados padronizados.

O software AMOS indica-nos que esta solução não é admissível, não tendo sido calculada a estatística do Qui-quadrado. Esta situação poderá dever-se ao elevado número de variáveis, face à amostra recolhida. Refere-se de seguida os indicadores de adequação do modelo calculados para a nossa amostra.

O valor de CMIN = 2631.65 resulta num rácio $CMIN/df = 2631.65/876 = 3.00$ que, sendo abaixo de 5, é considerado um bom valor para Arbuckle (2007). Este autor refere que bons indicadores neste rácio variam entre 2 e 5.

Os valores obtidos para os índices CFI = .61, NFI = .52 e TLI = .55 indicam que este modelo ainda necessita de ajuste (Arbuckle, 2007; Weston & Gore, 2006).

O valor de RMSEA = .09 está acima do limite máximo de .06 de Weston e Gore (2006) e do de .08 referido por Arbuckle (2007). O valor referido encontra-se com intervalo de confiança de 90% [.08, .09], $p = .00$.

Os valores de Holter 0.5 = .95 e Holter 0.1 = .98 não atingem um valor de 200 ou superior, que indicariam um bom ajuste do modelo (Arbuckle, 2007).

O valor de AIC = 2947.65 será útil numa futura comparação modelos (Weston & Gore, 2006).

Na tabela 17 podemos verificar que as dimensões consideradas apresentam correlações entre .27 e .89. Isto indica que algumas dimensões estão apenas fracamente relacionadas com outras, o que não seria de esperar face ao levantamento teórico que nos indica uma interdependência das dimensões consideradas.

Tabela 17
Correlações Entre as Quatro Dimensões da EPS

Dimensão	Saúde	Estrutura	Envolvimento	Motivação	Projetos	Tempo	Comunidade	Interdisciplinaridade	Intersetorialidade	Registos
Saúde	-	.76	.61	.44	.66	.37	.40	.51	.43	.45
Estrutura		-	.87	.57	.86	.57	.39	.79	.62	.51
Envolvimento			-	.68	.74	.65	.51	.89	.56	.53
Motivação				-	.49	.27	.65	.46	.33	.44
Projetos					-	.42	.32	.81	.41	.40
Tempo						-	.32	.52	.46	.47
Comunidade							-	.40	.47	.38
Interdisciplinaridade								-	.74	.53
Intersetorialidade									-	.59
Registos										-

Apresentamos agora o modelo considerado que reflete o resultado da análise fatorial exploratória:

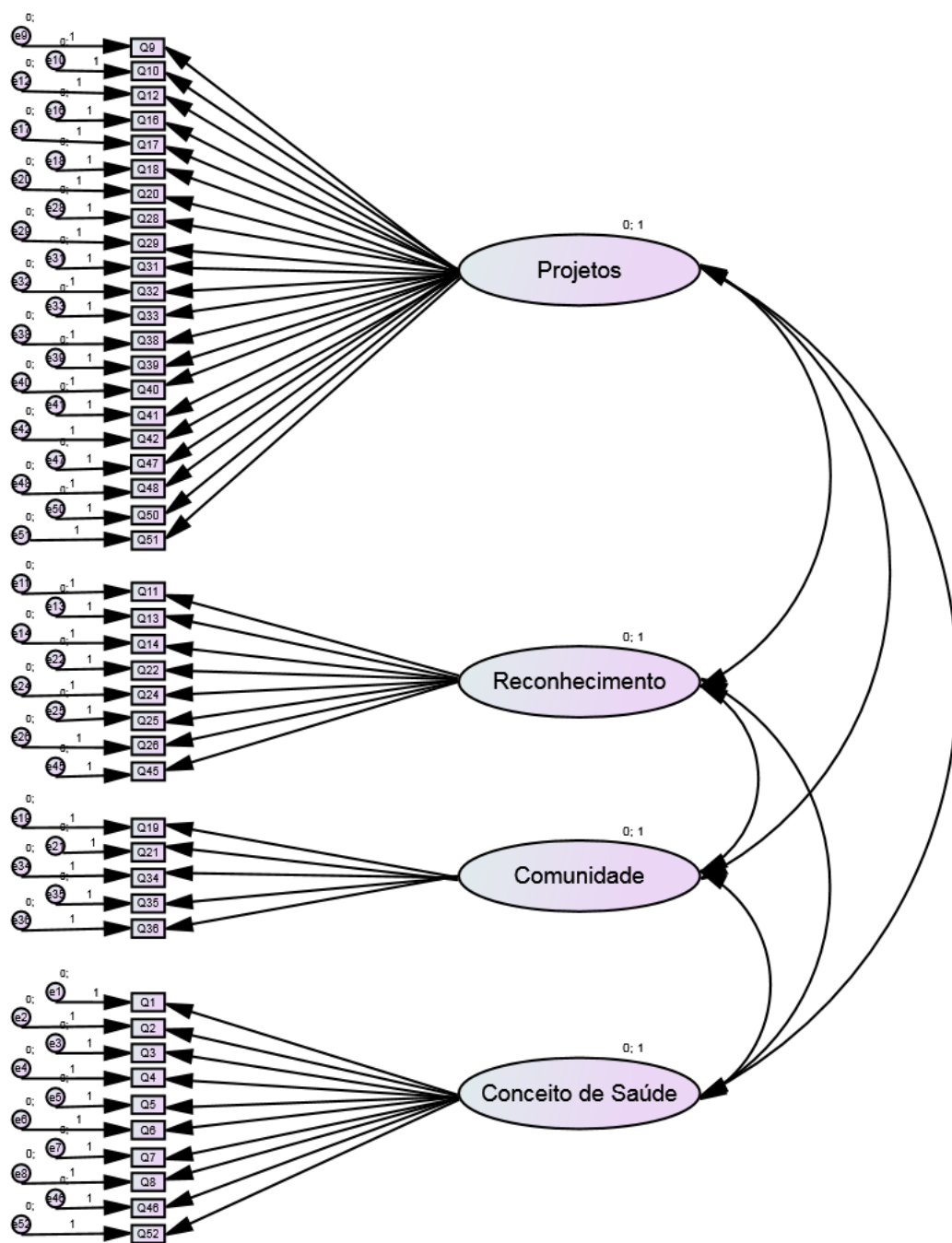


Figura 6: Modelo de EPS com quatro fatores inter-relacionados.

Quando submetido ao software AMOS, o modelo apresentou os seguintes resultados padronizados:

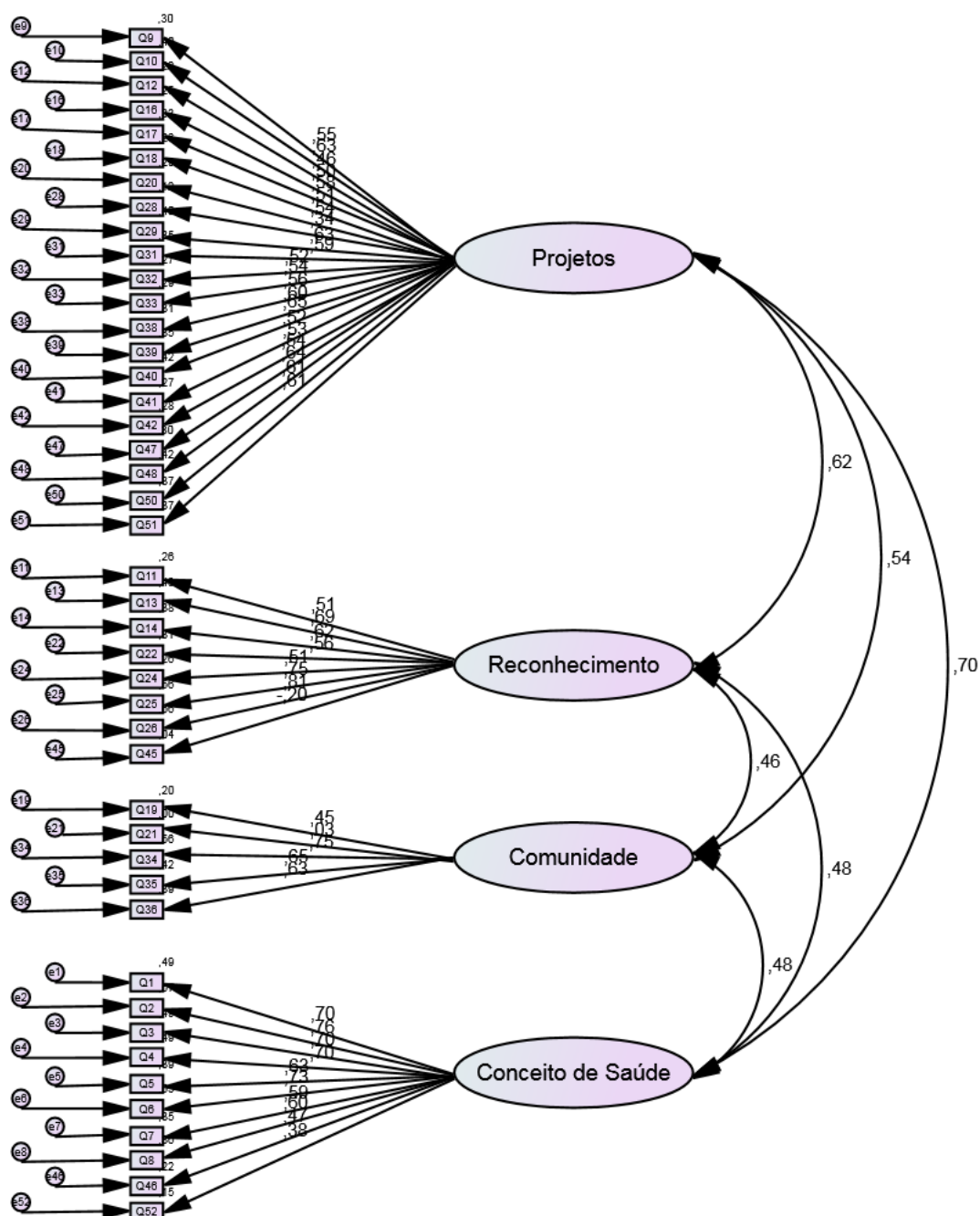


Figura 7. Modelo de EPS com quatro fatores inter-relacionados com resultados padronizados.

Este modelo apresenta um valor $\chi^2(896) = 2183.70$, $p = .00$, um valor significativo da estatística Qui-quadrado pode indicar uma fraca adequação do modelo. No entanto, esta estatística é influenciada pelo tamanho da amostra. Weston e Gore (2006) referem que uma amostra elevada pode levar a um resultado significativo, e assim não indicar uma boa

adequação, quando na verdade ela existe. Iacobucci (2010) indica um limite de 50 participantes, a partir do qual esta estatística deixa de ser fiável como indicador da adequação do modelo. Recordamos que é este o caso da nossa amostra, com 264 participantes.

Esta solução indica-nos um valor de CMIN = 2183.70 e um rácio CMIN/df = 2183.70/896= 2.44. Este valor encontra-se abaixo de 5, e pode ser considerado um bom valor. Arbuckle (2007) considera bons valores para este rácio entre 2 e 5.

Os índices CFI = .72, NFI = .61 e TLI = .69 indicam que este modelo ainda necessita de algum ajuste (Arbuckle, 2007; Weston & Gore, 2006).

O valor de RMSEA = .07, IC [.07, .08], $p = .00$ está acima do limite máximo de .06 de Weston e Gore (2006) mas abaixo do de .08 referido por Arbuckle (2007).

Os valores de Holter 0.5 = 117 e Holter 0.1 = 121 não atingem um valor de 200 ou superior, que indicariam um bom ajuste do modelo (Arbuckle, 2007).

Registamos o valor de AIC= 2459.70 para uma futura comparação modelos (Weston & Gore, 2006).

A tabela 18 ilustra as correlações existentes entre as quatro dimensões consideradas, situando-se estas entre .48 e .70. Estas são, especialmente quanto ao seu limite inferior, melhores indicadores da inter-relação esperada entre as dimensões de um construto holístico, quando comparados com os valores obtidos para o modelo de 10 dimensões.

Tabela 18

Correlações Entre as Quatro Dimensões da EPS

	Conceito de Saúde	Projetos	Reconhecimento	Comunidade
Conceito de Saúde	-	.70	.48	.48
Projetos		-	.62	.54
Reconhecimento			-	.50
Comunidade				-

Apresentamos ainda um quadro comparativo entre os indicadores de adequação da amostra para o modelo de 10 dimensões e para o modelo de quatro dimensões (tabela 18):

Tabela 19

Indicadores dos Modelos para 10 Dimensões e para Quatro Dimensões

Modelo	χ^2	CMIN/df	CFI	NFI	TLI	RMSEA	Holter	
							0.5	0.1
10 dimensões	-	3.00	.61	.52	.55	.09, IC [.08, .09], $p = .00$	95	98
4 dimensões	$\chi^2(896) = 2183.70$, $p = .00$	2.44	.72	.61	.69	.07, IC [.07, .08], $p = .00$	117	121

Verifica-se assim uma melhoria geral dos valores dos índices considerados para o modelo de quatro dimensões, quando comparados como modelo de dez dimensões.

4.2. Discussão de resultados do Estudo 1 segundo a AFE

Neste momento do trabalho já há dados a serem discutidos e apresentados. A Escala Escola Promotora da Saúde para profissionais está criada e demonstra confiabilidade conforme demonstrada anteriormente pelos indicadores estatísticos. Os dados indicam quatro fatores: Projetos, Reconhecimento, Comunidade, e o Conceito de Saúde. O principal objetivo do estudo 1 foi a criação da escala. O objetivo do estudo 2 inclui testá-la com uma nova amostra.

Da revisão da literatura retirou-se dez dimensões que durante a análise estatística da escala reduziu-se a quatro fatores.

O Fator 1 - Projetos - mostrou-se amplo e abarca a maior parte das questões com 24 itens representando 25.06% da variância. Como principal ponto do conceito de EPS encontra-se a proposição de projetos, num trabalho multi e interdisciplinar que envolva trabalhos em grupos e a diversidade de conteúdos programáticos.

O Fator 2 - Reconhecimento e Realização apresenta 9 itens com 5.59% da variância. Ponto importante no conceito é que a saúde também engloba o bem estar do profissional e portanto o reconhecimento de seu trabalho e sua realização como profissional.

O Fator 3 – Comunidade apresenta oito itens com 4.64% da variância. A Promoção da Saúde deve alcançar o entorno da escola e portanto a comunidade e os demais equipamentos por ela utilizados.

E por fim, o Fator 4 – Conceito de Saúde com 10 itens e 4.36% da variância exprime o entendimento do conceito de forma mais direta à promoção da saúde, incluindo as dimensões bio-psico-sociais-espirituais de todos os atores sociais envolvidos.

Compreendendo o agrupamento dos fatores, é facilitado o entendimento da visão e posição dos profissionais da educação quanto ao conceito de EPS. A visão de projetos se apresenta de maneira mais clara, e se agrupa por ter sentido em sua concepção educacional aplicada na atualidade para a educação. A proposta de unificação de conceitos como de Educação e Saúde, a mudança de paradigmas da saúde enquanto promoção e não apenas tratamento, ainda não aparece no agrupamento de todos os itens num mesmo fator, o que talvez fosse possível se este entendimento ocorresse de maneira mais transversal. Desta forma as dimensões teóricas não se apresentam como modelo ideal e sim um modelo mais real é oferecido com estas novas quatro dimensões. A correlação maior está entre o Fator 1 e o Fator 4, onde a visão de trabalho com projetos possibilita o desenvolvimento da saúde, enquanto o Fator 2 e 3 ainda apresenta menor correlação com o 4, isto é, saúde e reconhecimento ou saúde e comunidade ainda não é visto como uma relação que ocorra de forma direta. O paradigma vigente ainda não encontra a conexão entre o papel da educação na sociedade e a valorização do próprio profissional nos resultados do trabalho educacional. O profissional da educação ainda se percebe atuante apenas dentro da escola e não reconhece seu papel promotor de saúde.

Capítulo 5: Estudo 2 – O Sociodrama na Promoção de Saúde Escolar

5.1. Estudo 2 – Metodologia

Em 2012 as pesquisadoras brasileiras Afonso, Tavares e Luiza (2013) na época em que eram comemorados os 10 anos da publicação da Carta de Ottawa e o ano oficial da IREPS (Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde) pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde), publicaram uma revisão do período de 1996-2009 sobre a Escola Promotora de Saúde. Encontraram para a América Latina oito artigos cujas publicações tratavam de verificar nas escolas consideradas EPS, as diferentes questões: a efetividade das ações, análise da coerência conceptual das práticas com os eixos da promoção da saúde ou verificar o processo de capacitação dos atores envolvidos com predominância do uso de métodos qualitativos, envolvendo análise documental, entrevistas semiestruturadas, grupo focal e observação participante. A partir desta ideia, o intuito desta tese foi utilizar a metodologia sociodramática como método de pesquisa e levantar dados de pesquisa ao mesmo tempo que intervém e provoca novas mudanças, caracterizando-se assim, uma pesquisa-ação (Gil, 2010; Thiollent, 1997).

São poucas as publicações de artigos de Psicodrama e ainda mais escassos os artigos de Sociodrama (Guldner, 1990); no entanto as publicações brasileiras de livros de profissionais Psicodramatistas são cada vez mais presentes e neste trabalho foram utilizados diversos destes autores, assim como de outros países para dar sustentação a escolha metodológica. Pretendeu-se ilustrar o uso atual do Sociodrama nas instituições de ensino, diferenciado de outros usos metodológicos, no entanto com a mesma base teórica. Na opinião de Kellerman (1987) os Psicodramatistas confiam mais nas experiências clínicas do que nas experimentais, o que dificulta encontrar pesquisas deste tipo. Também Konopik (2013) destaca a importância do aumento de frequência da produção e publicação de pesquisas científicas, que comprovem a eficácia do método, com o intuito de futuras discussões e fundamentações entre os diversos profissionais que dele se utilizarão.

A pesquisa na visão sociodramática está de acordo com algumas das linhas de pesquisa contemporâneas. Para Thiollent (1997) a pesquisa promove “ampla interação entre pesquisadores e membros representativos da situação investigada”; estar junto com o grupo, conhecer e dar espaço para reflexões que mudem valores, visões, crenças, paradigmas, e principalmente ter como objetivo final mudanças de ações e comportamentos. A pesquisa

sociodramática inclui todo tipo de dados obtidos pelos investigadores. Posturas, tom de voz, demonstrações de sentimentos contraditórios, dúvidas, certezas, e outros sentimentos e comportamentos. Mesquita (2000) defende a ideia de que a metodologia do Psicodrama/Sociodrama é da pesquisa-ação onde o pesquisador participa na criação e recriação das premissas usando a linguagem como verbo e como estética da ação de todas as maneiras. Para o autor, esta abordagem “não se caracteriza assim como um saber especial, mas como uma terapêutica, um meio de ensinar” (Mesquita, 2000).

Na visão de Kellerman (1991), da proposta de Moreno para estudos quantitativos e qualitativos surge o entendimento de que, as respostas dadas pela mente aparecem de uma maneira, porém no corpo elas também se manifestam, trazendo conteúdos adjacentes. Logo, para esta tese, a contribuição da metodologia sociodramática é a ampliação do conceito, integrando assim, as dimensões objetivas e subjetivas por parte dos participantes da pesquisa.

Brito (2006) defende a articulação entre as pesquisas quantitativas e qualitativas, sendo que, como postura metodológica a pesquisa qualitativa toma uma posição na esfera epistemológica que aparece principalmente no momento de discussão e reflexão dos dados, muito mais do que efetivamente nos métodos da pesquisa. Mas, mesmo uma pesquisa qualitativa como a sociodramática pode utilizar métodos quantitativos para levantamento de dados, conciliando criatividade e padronização.

Também podemos dizer que as pesquisas qualitativas caminham na busca da “interdisciplinaridade e da transdisciplinaridade e não da hegemonia de uma ou outra teoria ou método” (Brito, 2006, p. 30). Em suas palavras “Parcial, radical ou relativa, a recusa da posição de neutralidade significa a inserção do pesquisador como coparticipante da investigação e implica considerar a ciência tal qual uma atividade social e seus resultados mais como cocriação do que como descoberta” (Brito, 2006, p. 28). Para o uso da metodologia sociodramática na investigação de um fenómeno “Psicodramatistas realizam encenações dramáticas a fim de conhecer e tratar a dimensão subjetiva, psicológica das pessoas com as próprias pessoas” (Brito, 2006, p.36-37). Já no uso da abordagem sacionômica na pesquisa, utiliza-se a intervenção e a análise dos dados a partir das significações possíveis (dos dados recolhidos) no contexto em que ocorrem (Monteiro, Merengué & Brito, 2006).

Wechsler (2007) postula algumas considerações sobre a pesquisa sacionômica das quais se pode citar algumas com destaque para este trabalho: A primeira questão é na perspectiva de Moreno sobre a apreensão dos sistemas, onde a realidade divide-se em três vértices: realidade externa, realidade social e matriz sociométrica. Sendo que, a realidade

social só pode ser apreendida no movimento contínuo e dialético entre a realidade externa e a matriz sociométrica. Ou seja, a síntese dos 3 vértices resulta na tricotomia social. A segunda questão gira em torno da relação entre os julgamentos e as constatações do diretor de Sociodrama, que não prediz os acontecimentos e em junto aos participantes constrói, incentivando um pensar complexo que ocorre na inter-relação dos participantes. Na articulação entre método e teoria há um contínuo e dinâmico acabamento e inter-relações. Por fim, cita a autora que “A metodologia socionômica cria caminhos para co-construção de conhecimentos que representam uma base suficiente como fonte de informação, não precisando representar uma população para ter seu mérito” (Wechsler, 2007, p.74-75).

Nery, Costa e Conceição (2006) propõem a metodologia sociodramática como método para a pesquisa qualitativa com grupos em interação como foco de investigação, pesquisa ativa e, construção de significações das relações.

“Somente os protagonistas da história podem descrever como têm sido afetados na sua vida, nos seus relacionamentos, nas visões sobre si mesmos e nas suas perspectivas de futuro” (Costa & Vanin, 2005, p.177).

Ponterotto (2013) defende a pesquisa qualitativa dentro da multiculturalidade dos participantes. Defende a proximidade entre este e o pesquisador, pois entende que cada pessoa é diferente e traz seus próprios conteúdos. Para o autor a pesquisa pode, levando à reflexão, ser transformadora de um grupo ou comunidade.

O uso desta tese recaiu desta maneira, sobre a pesquisa-ação e os multi-métodos, com a pesquisa quantitativa e a qualitativa, gerando assim esta complementaridade. Para gerar mudanças de paradigmas e ações propiciadoras de promoção de saúde, a proposta prática deste estudo utilizou os dados quantitativos recolhidos no início dos trabalhos para propiciar e ampliar a discussão, refletindo um determinado conceito, no caso a EPS, e as possibilidades de melhorias nas escolas investigadas.

5.1.1. Justificativas

Com a intenção de integrar dados objetivos como os levantados com a Escala desenvolvida no estudo 1 desta tese, é possível seguir a investigação considerando a subjetividade na percepção de um conceito como o de EPS. Independentemente do conhecimento teórico do conceito, a percepção subjetiva pode aparecer com diferentes dúvidas ou interferências de valores pessoais ou sociais numa determinada escola. A proposta da pesquisa qualitativa em conjunto com a quantitativa é oferecer um espaço de discussão com

resultados que incorporem estes dois tipos de dados: os objetivos com as respostas dadas para a escala, ou indicadores das condições de uma EPS; os dados subjetivos como a produção gerada pelos Sociodramas, refletindo as questões individuais e grupais (Gil 1997; Ponterotto, 2013, Monteiro, Merengué & Brito, 2006; Thiollent, 1997; Wechsler, 2007).

Afinal, o interesse não é o de classificar escolas mais ou menos promotoras de saúde, rotulando ou diagnosticando, e sim mensurar o grau de conhecimento deste conceito; para depois poder intervir de forma mais adequada e consistente.

O estudo 2 tem como base o conceito ‘Escola Promotora de Saúde’ – EPS, e que no Brasil vem definindo metas e realizando esforços para o desenvolvimento da Educação em conjunto com a Saúde. Frente às dificuldades encontradas para implantação e implementação do conceito o presente trabalho se justifica com o claro objetivo de auxiliar o Brasil e quem sabe outros locais a desenvolverem a interligação entre educação e saúde. Visa contribuir indo além da validação da escala para um processo de intervenção em algumas escolas utilizando a fundamentação da Socionomia com a finalidade de promover melhorias e implementar o conceito de EPS. Trabalha o COMO fazer a partir do que já se faz e a partir das experiências próprias do grupo em questão. Como dito anteriormente, baseando-se na Psicologia da Saúde tem-se maior amplitude de análise e intervenção para promover a saúde, tanto no plano pessoal, como de grupos ou comunidades (Jesus, 2006). Segundo o que propõe a promoção de saúde (Ribeiro, 1998) este estudo apresenta-se no nível terciário de saúde; melhoria na saúde global da escola.

Focamos o estudo nos funcionários da escola devido a dificuldade de se comprovar a complexidade dos grupos envolvidos (comunidade, alunos e profissionais), no entanto a expectativa é de que o desenvolvimento final seja da escola como um todo.

Ainda em tempo, assim como pensam Lucca e Schimidt (2004) para se fazer pesquisa não é necessário fazer do participante um assujeitado e sim considerá-lo como sujeito do processo. Desta forma, a metodologia sociodramática recolhe dados e conhecimentos a partir do grupo em si, enriquecendo a pesquisa.

5.1.2. Objetivo

Este estudo tem como objetivo:

- Promover a mudança da percepção do conceito de Escola Promotora de Saúde após a utilização da metodologia do Sociodrama;

- Verificar qual a visão dos participantes sobre a promoção de saúde no âmbito escolar em que trabalham e analisar os resultados por grupos;
- Avaliar a utilização do método sociodramático para promoção de saúde

5.1.3. Hipóteses

H1 - Os profissionais não conhecem o conceito de Escola Promotora de Saúde.

H2 - A percepção do conceito de Escola Promotora de Saúde é alterada pela utilização do Sociodrama.

H3 – As escolas pesquisadas ainda apresentam muitas dificuldades na implantação do conceito de Escola Promotora de Saúde.

5.1.4. Participantes

A amostra se constituiu de 162 profissionais divididos em dez escolas. Sete escolas são do Ensino Infantil, sendo elas cinco Municipais e duas Particulares, duas escolas Municipais de Ensino Básico e uma Estadual de Ensino Fundamental e Médio. Totalizando seis escolas do Município de São Bernardo do Campo e quatro escolas do Município de Barueri, todas no Estado de São Paulo, Brasil.

Os encontros se realizaram em horários de reuniões de professores e contaram com as equipas de professores, gestão da escola, e poucos funcionários administrativos, de cozinha ou de manutenção.

Dificuldades foram encontradas para a entrada da pesquisadora nas escolas pois os gestores demonstravam preocupação com possíveis avaliações ou que suas falas fossem repassadas, além de disporem de tempo limitado para os encontros; gerando assim um número mais escasso de escolas dispostas a participar da pesquisa.

A aplicação da pesquisa do primeiro estudo e as intervenções do segundo estudo foram realizadas com diferentes amostras, ambas no Brasil, e apresentadas em Portugal. Portanto é necessário o entendimento de algumas diferenças no âmbito das divisões e nomenclaturas dos níveis escolares de ambos os países. A diferença entre o sistema Brasileiro e o Português está apenas no 2º e 3º ciclo que para o Brasil se tornam apenas um, o Ensino Fundamental 2.

Tabela 20

Nomenclaturas dos Níveis Escolares em Portugal e Brasil

Portugal		Brasil	
Ensino pré-escolar	até 6 anos	Ensino pré-escolar	até 6 anos
1º Ciclo:	1º	Ensino Fundamental 1	1º
	2º		2º
	3º		3º
	4º		4º
2º Ciclo:	5º	Ensino Fundamental 2	5º
	6º		6º
3º Ciclo:	7º		7º
	8º		8º
	9º		9º
Ensino Secundário	10º	Ensino Médio	1º
	11º		2º
	12º		3º

Escola A – Escola de Ensino Infantil (4 a 6 anos), municipal (gestão da Secretaria de Educação da cidade), situada no Município de São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo, Brasil. Média de 500 alunos e 52 profissionais. Total de 47 participantes entre gestão, professores e auxiliares.

Escola B – Escola de Ensino Infantil (4 a 6 anos), municipal (gestão da Secretaria de Educação da cidade), situada no Município de São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo, Brasil. Média de 300 alunos e 23 profissionais. Total de 16 participantes.

Escola C – Escola de Ensino Infantil (4 meses a 6 anos), particular (gestão dos proprietários), situada no Município de São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo, Brasil. Média de 50 alunos e 35 profissionais. Total de 23 participantes.

Escola D – Escola de Ensino Infantil (4 meses a 6 anos), particular (gestão dos proprietários), situada no Município de São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo, Brasil. Média de 20 alunos e 10 profissionais. Total de 10 participantes.

Escola E – Escola de Ensino Fundamental e Médio (6 a 17 anos, do 1º ao 9º ano e do 1º ao 3º ano do Ensino Médio), estadual (gestão da Secretaria de Educação do Estado de São Paulo), situada no Município de São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo, Brasil. Média de 1200 alunos e 62 profissionais. Total de 38 participantes.

Escola F – Escola de Ensino Fundamental I (em geral com idades entre 6 e 11 anos, do 1º ao 5º ano do Ensino Fundamental), Municipal (gestão da Secretaria de Educação da cidade), situada no Município de São Bernardo do Campo, Estado de São Paulo, Brasil. Média de 500 alunos e 26 profissionais. Total de 19 participantes.

Escola G – Escola de Ensino Fundamental I e II (em geral com idades entre 6 e 15 anos, do 1º ao 9º ano do Ensino Fundamental), Municipal (gestão da Secretaria de Educação da cidade), situada no Município de Barueri, Estado de São Paulo, Brasil. Média de 350 alunos e 35 profissionais. Total de 24 participantes.

Escola H – Escola de Ensino Infantil (4 a 5 anos), municipal (gestão da Secretaria de Educação da cidade), situada no Município Barueri, Estado de São Paulo, Brasil. Média de 200 alunos e 18 profissionais. Total de 9 participantes entre gestão e professores.

Escola I – Escola de Ensino Infantil (4 a 5 anos), municipal (gestão da Secretaria de Educação da cidade), situada no Município Barueri, Estado de São Paulo, Brasil. Média de 220 alunos e 18 profissionais. Total de 7 participantes entre gestão e professores.

Escola J – Escola de Ensino Infantil (4 a 5 anos), municipal (gestão da Secretaria de Educação da cidade), situada no Município Barueri, Estado de São Paulo, Brasil. Média de 180 alunos e 18 profissionais. Total de 6 participantes entre gestão e professores.

Tabela 21

Número de Participantes do Estudo 2

	Escola	Aplicação da Escala	Sociodrama Mapeamento do Clima	Sociodrama TREM®	Sociodrama Ministérios	Aplicação da Escala	Horário das intervenções
1	Escola A	47	52	48	52	46	Noturno
2	Escola B	14	10	13	12	9	Noturno
3	Escola C	18	10	10	6	6	Noturno
4	Escola D	10	9	9	9	9	Noturno
5	Escola E	31	20	21	21	0	Noturno
6	Escola F	20	21	19	18	7	Noturno
7	Escola G	24	10/13	12/12	7/14	17	Vespertino e Noturno
8	Escola H	10	10	11	10	10	Noturno
9	Escola I	11	7	7	11	11	Vespertino
10	Escola J	6	6	8	6	6	Noturno

5.1.4.1 Descrição dos participantes do Estudo 2 pré-intervenção

Na primeira passagem do questionário (imediatamente antes da intervenção), contou-se com 191 participantes, de 10 escolas diferentes, variando o número de participantes por escola. Na Escola A recolheu-se 47 questionários (24.61%), na Escola B, 14 (7.33%), na Escola C, 18 (9.42%), na Escola D, 10 (5.24%), na Escola E, 31 (16.23%), na Escola F, 20 (10.47%), na Escola G, 24 (12.57%), na Escola H, 10 (5.24%), na Escola I, 11 (5.76%), e na Escola J, 6 (3.14%), conforme detalhado na Figura 8. Não existiram valores em falta (*missings*) para esta questão.

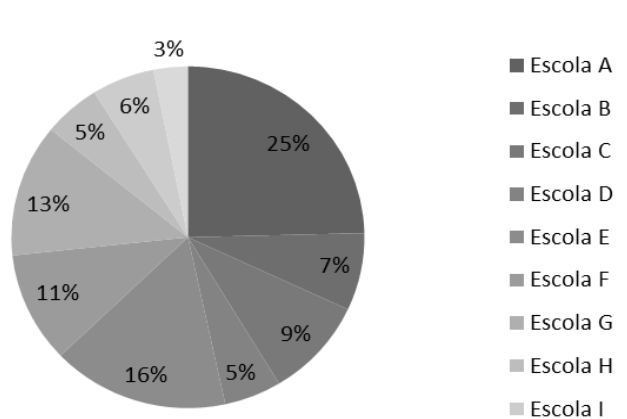


Figura 8. Participação das escolas na primeira passagem do questionário (pré-intervenção).

A maior parte dos participantes são profissionais de escolas do Município de São Bernardo do Campo ($n = 140$, 73.30%). As escolas restantes são de Barueri (figura 9). Ambos os municípios pertencem ao estado de São Paulo, Brasil. Também nesta questão não existiram valores em falta (*missings*).



Figura 9. Participação por município na primeira passagem do questionário (pré-intervenção).

Do total de participantes desta fase, 86.91% ($n = 166$) são do género feminino, e os restantes 12.09% ($n = 25$) são do género masculino (Figura 10). Todos os participantes forneceram este dado.

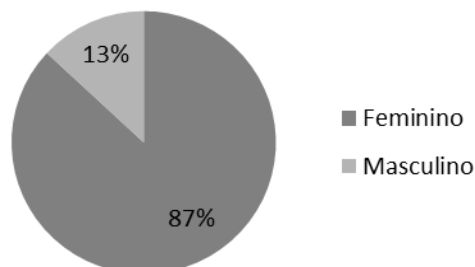


Figura 10. Distribuição da amostra por género na primeira passagem do questionário (pré-intervenção).

A faixa etária mais significativa foi a entre 41 e 50 anos, com 60 participantes (32.26%), de expressão semelhante à faixa entre os 31 e 40 anos ($n = 57$, 30.65%). Os participantes entre 51 e 60 anos constituem 16.13% da amostra ($n = 30$), entre 26 e 30 anos, 12.90% ($n = 24$) e com menos de 25 anos, temos 12 participantes (6.45%). A faixa etária que apresenta menos participantes é o grupo com mais de 61 anos ($n = 3$, 1.61%). Cinco participantes (2.62%) não responderam a esta questão. O detalhe sobre a distribuição da idade dos participantes encontra-se na figura 11.

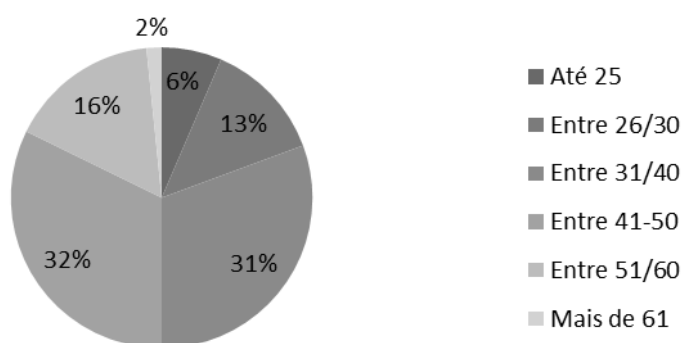


Figura 11. Distribuição da amostra por faixa etária na primeira passagem do questionário (pré-intervenção).

Em termos de escolaridade, a maior parte, 122, correspondendo a 65.24%, são graduados (licenciados). Seguem-se os pós-graduados ($n = 34$, 18.18%), os que possuem o ensino médio/ secundário ($n = 25$, 13.37%), os que apenas completaram o ensino fundamental/ básico ($n = 3$, 1.60%), os mestres ($n = 2$, 1.07%), e os doutorados ($n = 1$, 0.53%), conforme ilustrado pela Figura 12. Apenas 4 respondentes (2.09%) não revelaram o seu nível de escolaridade.

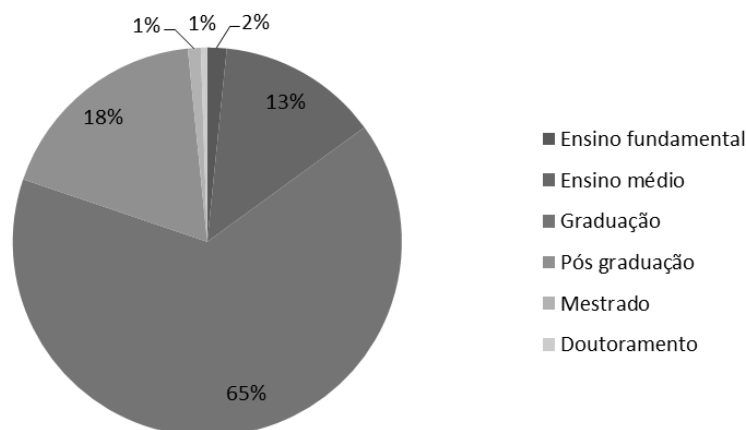


Figura 12. Distribuição da amostra por nível de escolaridade na primeira passagem do questionário (pré-intervenção).

Quanto à função que os participantes desempenham na escola, estes distribuem-se entre a maioria de professores ($n = 155$, 81.15%), funcionários gerais ($n = 22$, 11.52%), gestores ($n = 12$, 6.28%), um administrativo (0.52%) e um psicólogo (0.52%), tal como representado na Figura 13. Todos os participantes responderam a esta questão.

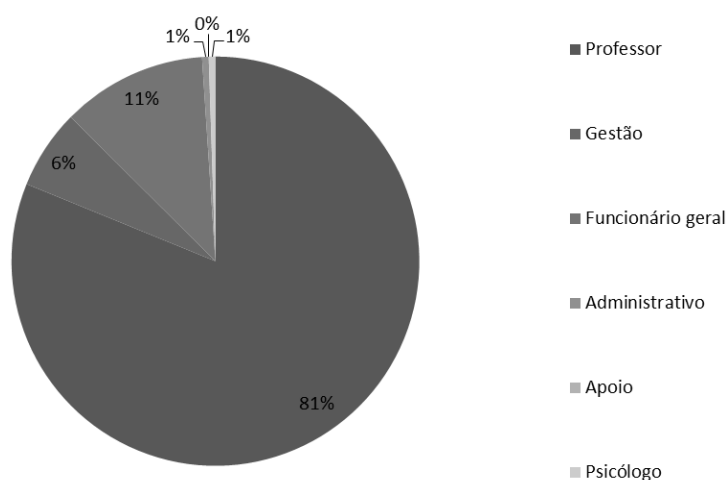


Figura 13. Distribuição da amostra por função na primeira passagem do questionário (pré-intervenção).

Quando indagados sobre se já teriam estudado o conceito de Escola Promotora de Saúde, a maioria dos participantes respondeu negativamente ($n = 163$, 85.79%), havendo uma resposta em branco (0.52%) como se vê na figura 14.

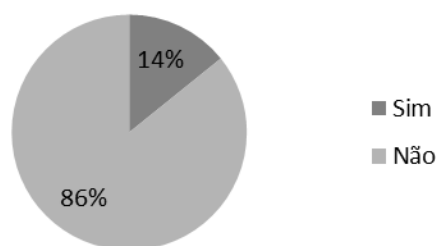


Figura 14. Distribuição da amostra por conhecimento do conceito EPS na primeira passagem do questionário (pré-intervenção).

5.1.4.2 Participantes pós-intervenção

Na segunda passagem do questionário (imediatamente depois da intervenção), contou-se com 130 participantes. Entre as duas passagens existe uma diferença de 61 participantes, que representam 31.94% da primeira amostra deste estudo 2. As mesmas 10 escolas participaram no estudo, tendo no entanto variado o número de participantes por escola, face à primeira recolha. Os trabalhos realizados durante reuniões de professores nem sempre contaram com a participação de todos em todos os encontros. Na Escola A recolheu-se 57 questionários (44.53%), na Escola B, 9 (7.03%), na Escola C, 9 (7.03%), na Escola D, 8 (6.25%), na Escola F, 7 (5.47%), na Escola G, 17 (13.28%), na Escola H, 10 (3.13%), na Escola I, 9 (7.03%), e na Escola J, 8 (6.25%). A escola A foi a única onde se verificou um aumento de participantes (mais 10), e na escola E não foi possível efetuar a segunda recolha. Existem dois valores em falta (*missings*) para esta questão (1.54%). Ver figura 15.

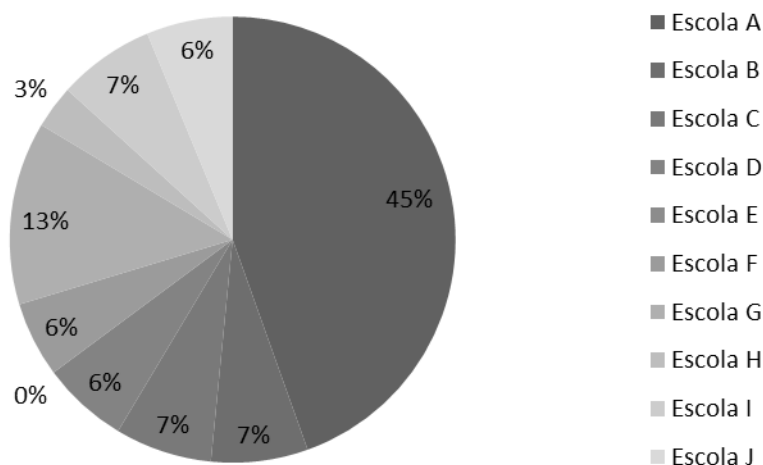


Figura 15. Participação das escolas na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).

A maior parte dos participantes são de escolas que pertencem ao Município de São Bernardo do Campo ($n = 90$, 70.31%), sendo as restantes de Barueri (figura 16), ambos do estado de São Paulo, Brasil. Nesta questão existem dois valores (1.54%) em falta (*missings*).

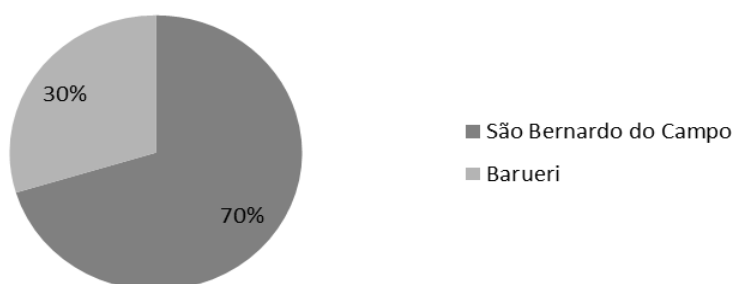


Figura 16. Participação por município na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).

Nesta fase, 94.49% dos participantes ($n = 120$) são do género feminino, e os restantes 5.51% ($n = 7$) são do género masculino (Figura 17). Três participantes (2.31%) não forneceram esta informação.

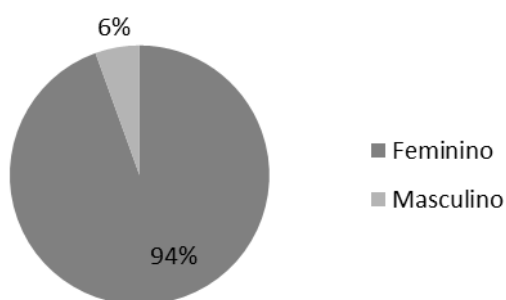


Figura 17. Distribuição da amostra por género na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).

A faixa etária mais significativa nesta segunda passagem foi a entre 31 e 40 anos, com 41 participantes (33.06%), de expressão semelhante à faixa entre os 41 e 50 anos ($n = 39$, 31.45%). Os participantes entre 51 e 60 anos constituem 16.13% da amostra ($n = 20$), entre 26 e 30 anos, 11.29% ($n = 14$) e com menos de 25 anos, tem-se 7 participantes (5.65%). A faixa etária que apresenta menos participantes é o grupo com mais de 61 anos ($n = 3$, 2.42%). Seis participantes (4.62%) não responderam a esta questão. O detalhe sobre a distribuição da idade dos participantes encontra-se na Figura 18.

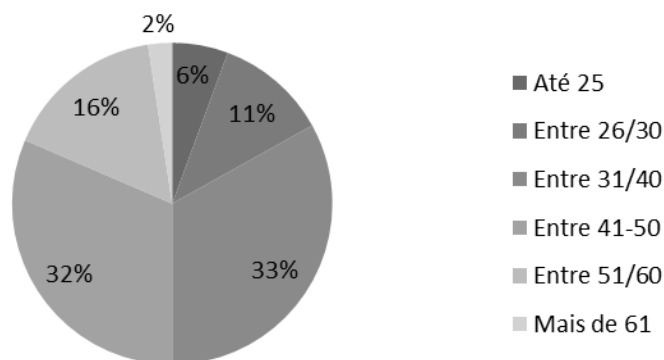


Figura 18. Distribuição da amostra por faixa etária na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).

Em termos de escolaridade, a maior parte, 91 (71.09%), são graduados (licenciados). Seguem-se os pós-graduados ($n = 32$, 25.00%), os que possuem o ensino médio/ secundário ($n = 2$, 1.56%) e mestres ($n = 2$, 1.56%), e os que apenas completaram o ensino fundamental/ básico ($n = 1$, 0.78%). Desta vez não participaram doutorados, conforme ilustrado pela Figura 19. Apenas 2 respondentes (1.54%) não revelaram o seu nível de escolaridade.

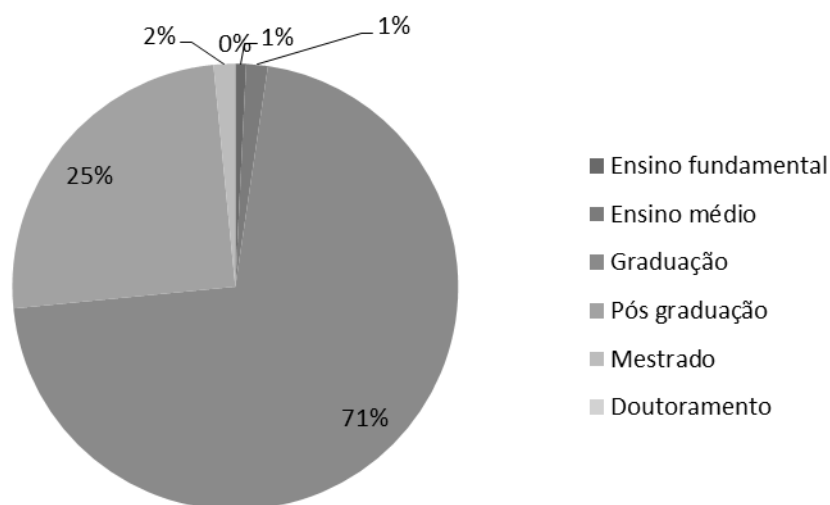


Figura 19. Distribuição da amostra por nível de escolaridade na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).

Relativamente à função desempenhada na escola, estes distribuem-se entre a maioria de professores ($n = 111$, 86.72%), gestores ($n = 12$, 9.38%), funcionários gerais ($n = 3$, 2.34%), e pessoal de apoio ($n = 2$, 1.56%), representado na Figura 20. Dois participantes (1.54%) não responderam a esta questão.

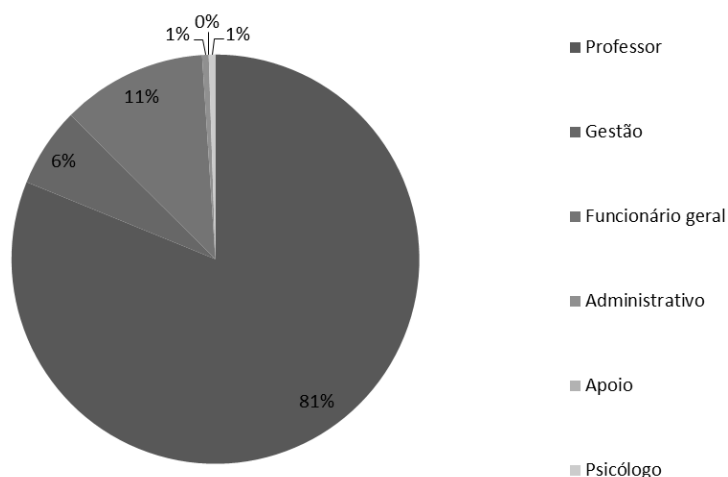


Figura 20. Distribuição da amostra por função na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).

Quando inquiridos de novo se já teriam estudado o conceito de Escola Promotora de Saúde, a maioria dos participantes respondeu afirmativamente ($n = 89$, 69.53%), havendo duas respostas em branco (1.54%). Fica salientado que o número de inquiridos que refere ter estudado o conceito de EPS após a realização dos Sociodramas fica com número com cerca do dobro dos que responderam afirmativamente na primeira vez, face à pré-intervenção, como visto na Figura 21.

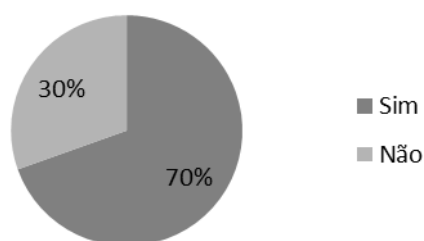


Figura 21. Distribuição da amostra por conhecimento do conceito EPS na segunda passagem do questionário (pós-intervenção).

Pretendendo saber se a intervenção com Sociodrama teria alterado o conhecimento dos participantes sobre o conceito EPS, efetuou-se testes estatísticos, comparando os resultados para cada grupo de respondentes, ou seja, para cada escola. Ao longo da intervenção a composição destes grupos não se manteve exatamente a mesma. Devido à impossibilidade de emparelhamento das respostas, os testes apenas compararam o grupo como um todo, sem atender à evolução de cada indivíduo dentro do seu grupo.

Parece ser importante referir, que na aplicação da escala pela segunda vez ao término das intervenções, alguns participantes continuaram respondendo que nunca estudaram o conceito de EPS.

5.1.5. Procedimentos

As escolas participantes deste estudo foram contactadas pela pesquisadora através de seus contatos profissionais, ou por convite pessoal. As que aceitaram o trabalho receberam a programação proposta.

As escolas do Município de Barueri foram encaminhadas através de um outro pesquisador que entrou em contato com a Secretaria de Educação do Município e autorizou o convite individual nas escolas. À medida que a primeira escola aceitou a proposta conseguimos que indicassem outra e novamente as escolas que aceitaram o convite receberam a proposta do trabalho:

1. Aplicação da escala EPS;
2. Aplicação dos três Sociodramas;
3. Nova aplicação da escala EPS;
4. Análise dos dados registrados pelos participantes e relator durante os Sociodramas.

Os Sociodramas foram aplicados com diferença de 15 a 21 dias entre eles, sendo que nas escolas do Município de São Bernardo do Campo os encontros se realizaram no ano de 2014 e, nas escolas do Município de Barueri no ano de 2015. Dois tipos de registros foram realizados. No primeiro e no segundo encontro a documentação foi produzida tanto pelos participantes da pesquisa quanto por um registrador acompanhante da pesquisadora com preparação prévia para este fim.

O procedimento de cada Sociodrama será detalhado a seguir. No primeiro encontro com os profissionais aplicou-se a Escala EPS, e a pergunta: “O que mais chamou atenção de vocês nas questões da escala?” A seguir iniciou-se o primeiro Sociodrama. Após as realizações dos Sociodramas, a escala foi reaplicada e posteriormente comparada de forma grupal. Os dados não foram emparelhados e nem analisados individualmente, mas sim o grupo de profissionais de cada escola como um todo. A preocupação recorrente dos profissionais era não ser analisado individualmente como se fosse uma avaliação pessoal de seu desempenho profissional.

O principal objetivo destas atividades foi conhecer melhor o que pensam estes profissionais e, cruzar com os dados do questionário para ratificação ou acréscimo de novas discussões sobre a EPS.

5.1.5.1. Primeiro Sociodrama - Mapeamento do clima

Como objetivo desta primeira fase teve-se o reconhecimento das facilidades e dificuldades que se apresentam durante o trabalho cotidiano dos profissionais da educação. Mapear o cotidiano do profissional facilita a reflexão de sua prática (Bronzeri & Capechi, 2012; Drummond & Souza, 2008; Ribeiro & Martins, 2007). Baseado em Drummond e Souza (2008) utilizou-se uma metáfora onde as dificuldades aparecem como “dias de tempestade”, ou “dias nublados” e as facilidades como “dias ensolarados”. O mapeamento do cotidiano da escola foi realizado de forma lúdica e descontraída facilitando o aparecimento de situações específicas da comunidade que não foram mencionadas nos questionários. Os grupos foram divididos aleatoriamente em 3, e a pergunta lançada foi: ” O que deixa o dia ‘ensolarado, nublado ou tempestade’, na visão dos alunos, professores e comunidade?”

O Grupo 1 representou o papel dos alunos e relacionou as situações em que os alunos se sentem como num “dia ensolarado, nublado ou tempestuoso”. O Grupo 2 discutiu representando o papel de profissionais e mencionou as situações quando os professores se sentem como num “dia ensolarado, nublado ou tempestuoso”. O Grupo 3 representou a comunidade e mais uma vez relacionou as situações em que se sentem como em “um dia ensolarado, nublado ou tempestuoso”.

Num segundo momento, misturaram-se os grupos e após nova discussão, agruparam os temas que já haviam sido levantados quando o primeiro grupo falou sobre que é um dia ensolarado e de sentimentos mais positivos advindos do tema, o segundo grupo ficou com o tema sobre o dia nublado e como poderiam transformá-lo em ensolarado ou tempestuoso e por último o terceiro grupo que relatou sobre as situações do dia tempestuoso, discorreu sobre este tema de maior tensão. Resumindo a discussão, também relataram os temas discutidos sobre a relação com a comunidade.

Encerramento: Já baseados na ideia de melhoria das relações pessoais e profissionais dos participantes do grupo foi realizado o exercício da pérola, metáfora sobre a capacidade da ostra em produzir uma pérola ao sentir dor pela entrada de um elemento estranho em sua concha. Cada participante pensou em silêncio sobre suas próprias forças internas, e no

desenvolvimento de suas competências profissionais, e em seguida, usando a pérola que foi distribuída como objeto intermediário, trocou-a com pelo menos três outros profissionais, dizendo o que acreditaria ser a maior competência destes companheiros de trabalho. O exercício leva a reflexão da importância de reconhecimento profissional que todos têm.

5.1.5.2. Segundo Sociodrama - Plano de ação

Para o segundo encontro não foi utilizado um Sociodrama clássico, mas uma ferramenta diferente como aquecimento com o intuito de levar o grupo a repensar suas ações, o TREM[®] de Drummond (2005), que serve de aquecimento para as discussões e para olhar sob diversos pontos de vista um mesmo propósito. O objetivo desta atividade se deu na compreensão junto aos profissionais dos passos necessários à implantação da EPS. Como na psicologia da saúde, o TREM[®] entende situações de “doença”, ou seja, situações que devem ser tratadas e eliminadas, outras situações que devem ser mantidas e preventivamente cuidadas e modificadas, assim como também se deve promover a saúde, realçando o que se encontra de mais saudável no ambiente e nas equipas. O instrumento pretende um plano de ação a partir do que o grupo quer T-transformar, R-realçar, E-eliminar e M-manter. Assim levou-se o grupo a montar um plano de ação para que a escola se percebesse cada vez mais Promotora de Saúde e abrisse novas possibilidades de trabalhos coesas com este conceito. Como Cossa (2006), fica entendido que o Sociodrama é sempre um ponto de partida para as mudanças e estas devem ser efetivadas a partir de um plano de ação planeado e organizado.

Encerramento: Com o objetivo de fortalecer os vínculos entre os profissionais da EPS, foi utilizado um pequeno objeto intermediário (um mini pingente em forma de pé) para que dissessem aos colegas qual o passo que desejariam dar na concretização do plano de ação ali pensado pelo grupo. A ação realizada (procurar uma pessoa do grupo e contar seu plano de ação) auxilia na concretização da proposta, que na medida que é compartilhada com outra pessoa adquire força dentro do próprio indivíduo.

5.1.5.3. Terceiro Sociodrama: Discussão entre o Ministério da Saúde e o da Educação.

Na terceira atividade teve-se como objetivo a inversão de papéis dos profissionais da educação com os profissionais da saúde, a ampliação do conhecimento da saúde e a apreensão do conceito de ser bio-psico-social.

Realizou-se um Sociodrama onde o grupo foi dividido em dois e aquecido para assumirem o papel do Ministério da Saúde, incluindo Ministro, médico, dentista, psicólogos e outros profissionais da área da saúde, enquanto o segundo grupo assumia o Ministério da Educação, incluindo Ministro, professores de diversas disciplinas, pedagogos, diretores, orientadores pedagógicos e outros escolhidos por eles. Os participantes foram aquecidos caminhando pela sala, e estimulados a deixarem o cansaço do dia se soltando para começar uma nova atividade. Foi pedido que deixassem de lado o racional e se preparassem para participar do trabalho de forma mais descontraída e simbólica. Caminharam a passos lentos, rápidos, pesados, em chão quente, pedras; caminhando como crianças, velhos, mães, pais adolescentes, policial, médico, administrador, professor de ensino infantil, de faculdades, de ensino médio. Quando já estavam aquecidos foram divididos em dois grupos e começaram a assumir os personagens. De um lado da sala sentaram-se os personagens do Ministério da Saúde e do outro lado, os do Ministério da Educação. Durante a cena a discussão foi estimulada levantando-se o histórico da origem da Escola Promotora de Saúde e estimulando as discussões para que aparecessem os incômodos e, para que ao se colocarem no lugar do outro percebessem o seu próprio envolvimento no processo como agentes promotores de saúde.

Encerramento: Com a frase escrita num marcador de livros “É se colocando no lugar do outro que o entende e é retornando ao seu, que o ajuda”, foram sugeridos agradecimentos e houve troca sobre as impressões pessoais que ficaram após os encontros e sobre a aprendizagem.

Não foi possível dar continuidade aos encontros com a discussão dos avanços do plano de ação - TREM[®] devido ao tempo que levaria para registro e fechamento da tese e optou-se por encerrar e reaplicar a Escala EPS com a percepção de que o conceito já havia sido assimilado pela maioria dos grupos após os três encontros.

5.1.6. Análise dos dados

Com base na Escala (análise quantitativa) e nos Protocolos das Intervenções (análise exploratória qualitativa) pretendeu-se uma ampla reflexão a respeito da Escola Promotora de Saúde e das hipóteses descritas em subcapítulo anterior.

Uma das formas usadas para a obtenção de dados foi a recolha dos escritos dos participantes (ver anexos) e as anotações do registrador que acompanhou a pesquisadora. Os

dados foram então categorizados conforme os quatro fatores da escala. “O processo de análise é sistemático e compreensivo, mas não rígido” (Gil, 1997, p.176). Nesta fase do trabalho a reflexão do grupo em conjunto com a pesquisadora pode reforçar, discutir ou justificar as categorias descritas nos fatores da EEPS.

Neste capítulo a escolha foi analisar e interpretar os dados em conjunto, conforme sugestão de Gil (1997, 2008). Esta sugestão se aplica em caso de estudos qualitativos que combinem partes quantitativas (estudos de métodos mistos), análise e interpretação, correlacionadas.

5.2. Resultados

Como descrito no capítulo três, a escala contém quatro dimensões que a definem e que foram discutidas nos Sociodramas, após a primeira passagem do questionário, com o objetivo de aceder ao entendimento dos participantes na escola como uma EPS.

5.2.1. Análise do Fator 1 – Projetos

A proposição de projetos, num trabalho multi e interdisciplinar que envolva trabalho intergrupar e diversidade de conteúdos programáticos (programação fornecida pelas secretarias de educação e conteúdos específicos criados conforme as demandas de cada escola) é considerado ponto crucial para o desenvolvimento de uma EPS.

Tabela 22

Médias e Medianas do Fator 1 por Escolas

Escolas	M	Mdn	DP
Escola A	5.26	5.66	0.03
Escola B	5.82	6.30	0.14
Escola C	5.96	6.42	0.26
Escola D	4.90	5.23	0.30
Escola E	4.79	4.85	0.43
Escola F	5.33	5.59	0.01
Escola G	5.05	5.23	0.16
Escola H	5.49	5.78	0.00
Escola I	5.73	6.52	0.08
Escola J	6.14	5.38	0.48

As medianas encontradas neste primeiro fator, estão acima de suas médias demonstrando que o grupo de participantes se percebe trabalhando com projetos. Enquanto uns se encontram mais distantes desta proposta, outros estão mais envolvidos, o que representa uma coerência interna de propostas, confirmando a estabilidade das respostas do fator 1 (tabela 22).

Mesmo que 35.26% dos respondentes se considere sempre apto a liderar um projeto (tabela 23), ainda é mais comum a responsabilidade por um projeto já existente do que a proposta de novos, quando apenas 21.08% assumem propor novos projetos “sempre” (tabela 24). Portanto, o comprometimento com os projetos da escola se mostra assimilado pelos profissionais que o assumem como um compromisso individual, onde 51.87% respondeu “sempre” ao se tratar de se sentir responsável pelos projetos que assume (tabela 25).

Tabela 23

Q9 Penso que Tenho Competências para Liderar um Projeto

	<i>N</i>	%
Nunca	8	4.21
Raramente	4	2.11
Algumas vezes	6	3.16
Regularmente	20	10.53
Muitas vezes	40	21.05
Quase sempre	45	23.68
Sempre	67	35.26
Total	190	100.00

Tabela 24

Q10 Proponho a Criação de Novos Projetos

	<i>N</i>	%
Nunca	13	7.03
Raramente	11	5.95
Algumas vezes	15	8.11
Regularmente	30	16.22
Muitas vezes	41	22.16
Quase sempre	36	19.46
Sempre	39	21.08
Total	185	100.00

Tabela 25

Q12 Sinto que Quando Inicio um Projeto sou Totalmente Responsável por Ele

	<i>N</i>	%
Nunca	4	2,14
Raramente	2	1,07
Poucas vezes	6	3,21%
Regularmente	13	6,95
Muitas vezes	23	12,30%
Quase sempre	42	22,46
Sempre	97	51,87
Total	187	100.00

É presente a preocupação com a adaptação dos projetos de acordo com a idade escolar e aproveitando os espaços físicos da instituição, demonstrando conscientização das necessidades dos alunos (ver tabelas 26 e 27).

Tabela 26

Q16 Preocupo-me em Adaptar Meus Projetos a Cada Idade Escolar

	<i>n</i>	%
Nunca	6	3.2
Raramente	1	0.5
Poucas vezes	3	1.6
Regularmente	7	3.8
Muitas vezes	21	11.3
Quase sempre	37	20.0
Sempre	110	59.1
Total	185	100.00

Tabela 27

Q17 Tento Aproveitar os Espaços da Instituição da Melhor Forma Possível em Benefício de Todos

	<i>N</i>	%
Nunca	4	2.1
Raramente	3	1.6
Poucas vezes	3	1.6
Regularmente	13	6.8
Muitas vezes	28	14.7
Quase sempre	42	22.1
Sempre	97	51.1
Total	190	100.00

Os participantes desta amostra se veem realizando projetos de curta duração, cujo índice aparece acima da média, reforçando a ideia de que os projetos se fazem presentes nas escolas onde 39.8% respondem “sempre”, enquanto 7.5% respondem “nunca” (tabela 28), em oposição para os projetos de longa duração, que se encaixam em trabalhos com a comunidade no Fator 3.

A sensação de continuidade de um projeto é diluída entre os participantes, mas ainda é maior a sensação de manutenção de bons projetos do que de recusa. Apenas 19.12% respondem entre “nunca” e poucas vezes, resultado menor do que os que acreditam ser que os projetos são mantidos (tabela 29).

Tabela 28

Q18 Realizo Projetos de Curta Duração (Até um Ano)

	<i>N</i>	%
Nunca	14	7.5
Raramente	3	1.6
Poucas vezes	11	5.9
Regularmente	22	11.8
Muitas vezes	22	11.8
Quase sempre	40	21.5
Sempre	74	39.8
Total	186	100.00

Tabela 29

Q20 Quando Desenvolvo um Bom Projeto Ele é Mantido

	<i>n</i>	%
Nunca	16	8.7
Raramente	3	1.6
Poucas vezes	16	8.7
Regularmente	33	18.0
Muitas vezes	41	22.4
Quase sempre	33	18.0
Sempre	41	22.4
Total	183	100.00

As relações pessoais no ambiente de trabalho se mostraram positivas para esta amostra que acredita trabalhar bem, e de forma coletiva (tabelas 30, 31 e 32).

Tabela 30

Q28 Já Participei de Trabalhos em Outras Disciplinas ou Funções Que Não é a Minha

	<i>n</i>	%
Nunca	17	8.85
Raramente	9	4.69
Poucas vezes	15	7.81
Regularmente	21	10.94
Muitas vezes	38	19.79
Quase sempre	34	17.71
Sempre	58	30.21
Total	192	100.00

Tabela 31

Q29 Como Profissional Facilito o Envolvimento de Todos Nos Projetos da Instituição

	<i>n</i>	%
Nunca	5	2.6
Raramente	7	3.7
Poucas vezes	13	6.9
Regularmente	25	13.2
Muitas vezes	42	22.2
Quase sempre	35	18.5
Sempre	62	32.8
Total	189	100.00

Tabela 32

Q31 Trabalho Bem em Projetos com Outros Profissionais da Instituição

	<i>n</i>	%
Nunca	3	1.6
Raramente	4	2.1
Poucas vezes	4	2.1
Regularmente	25	13.1
Muitas vezes	41	21.5
Quase sempre	39	20.4
Sempre	75	39.3
Total	191	100.00

Nas questões sobre multidisciplinaridade, os profissionais demonstram que apesar de se sentirem a vontade para liderarem projetos com temas diferentes - 28% “sempre” e 4.8% “nunca” (tabela 33), diminui a média das respostas quando questionados se estão acostumados a realizar projetos em diferentes funções – 22.11% “sempre” e 11.05% “nunca” (tabela 34).

Tabela 33

Q32 *Sinto-me a Vontade para Liderar Trabalhos que Envolvam Temas de Outras Disciplinas e Temas Transversais*

	<i>n</i>	%
Nunca	9	4.8
Raramente	10	5.4
Poucas vezes	17	9.1
Regularmente	31	16.7
Muitas vezes	37	19.9
Quase sempre	30	16.1
Sempre	52	28.0
Total	186	100.00

Tabela 34

Q33 Realizo Projetos Junto a Outros Profissionais com Funções Diferentes das Minhas

	<i>n</i>	%
Nunca	21	11.1
Raramente	14	7.4
Poucas vezes	30	15.8
Regularmente	21	11.1
Muitas vezes	31	16.3
Quase sempre	31	16.3
Sempre	42	22.1
Total	190	100.00

Na tabela 35 encontram-se 45.7% dos participantes que se preocupam sempre com os aspectos psicológicos dos envolvidos com a escola, enquanto 3.76% nunca se preocupam e, 40.45% sempre promovem trabalhos levando as relações interpessoais para 0.56% que nunca promovem este tipo de trabalho (tabela 37). Desta maneira é possível sugerir que os profissionais da educação percebem a importância das questões psicológicas e relacionais dentro da sala de aula e no convívio escolar, propondo e desenvolvendo projetos voltados para estes temas. Os temas transversais aparecem de forma explícita nas questões referentes as tabelas 36 sobre papel do cidadão, 38 de programas culturais e 39 sobre programas sociais. Rodrigues, Dias e Freitas (2010) no trabalho com crianças discutem e enfatizam os trabalhos nas relações interpessoais tanto dos alunos como dos profissionais.

Tabela 35

Q38 Preocupo-me Com o Aspeto Psicológico dos Profissionais e Alunos

	<i>n</i>	%
Nunca	7	3.8
Raramente	4	2.2
Poucas vezes	6	3.2
Regularmente	13	7.0
Muitas vezes	23	12.4
Quase sempre	48	25.8
Sempre	85	45.7
Total	186	100.00

Tabela 36

Q39 Participo e/ou Promovo Trabalhos de Desenvolvimento do Papel de Cidadão dos Alunos

	<i>n</i>	%
Nunca	8	4.21
Raramente	3	1.58
Poucas vezes	7	3.68
Regularmente	15	7.89
Muitas vezes	27	14.21
Quase sempre	43	22.63
Sempre	87	45.79
Total	190	100.00

Tabela 37

Q40 Participo e/ou Promovo Trabalhos Voltados para a Promoção das Relações Interpessoais

	<i>n</i>	%
Nunca	1	0.6
Raramente	5	2.8
Poucas vezes	8	4.5
Regularmente	26	14.6
Muitas vezes	32	18.0
Quase sempre	34	19.1
Sempre	72	40.4
Total	178	100.00

Tabela 38

Q41 Participo de Programas Culturais Realizados na Instituição

	<i>n</i>	%
Nunca	13	6.9
Raramente	10	5.3
Poucas vezes	11	5.8
Regularmente	22	11.6
Muitas vezes	31	16.4
Quase sempre	39	20.6
Sempre	63	33.3
Total	189	100.00

Tabela 39

Q42 Participo de Campanhas e Programas Sociais da Instituição

	<i>n</i>	%
Nunca	13	7.1
Raramente	14	7.7
Poucas vezes	19	10.4
Regularmente	34	18.6
Muitas vezes	27	14.8
Quase sempre	20	10.9
Sempre	56	30.6
Total	183	100.00

A propósito das publicações e divulgações do trabalho desenvolvido (tabelas 40 a 43) a EPS estimula para que o conhecimento seja ampliado e de fato venha a ser promotor da saúde, levando a discussão importantes tópicos do cotidiano da e para a comunidade escolar.

Tabela 40

Q47 Tenho Cuidado em Escrever e Divulgar os Trabalhos que Desenvolvo

	<i>n</i>	%
Nunca	22	11.8
Raramente	14	7.5
Poucas vezes	16	8.6
Regularmente	28	15.1
Muitas vezes	37	19.9
Quase sempre	27	14.5
Sempre	42	22.6
Total	186	100.00

Tabela 41

Q48 Os Profissionais da Escola Conhecem os Projetos que Realizo

	<i>n</i>	%
Nunca	13	7.0
Raramente	11	5.9
Poucas vezes	19	10.2
Regularmente	30	16.1
Muitas vezes	27	14.5
Quase sempre	37	19.9
Sempre	49	26.3
Total	186	100.00

Tabela 42

Q50 Eu me Interesse pelos Projetos Realizados por Outros Profissionais da Instituição

	<i>n</i>	%
Nunca	5	2.7
Raramente	1	0.5
Poucas vezes	8	4.3
Regularmente	32	17.1
Muitas vezes	28	15.0
Quase sempre	45	24.1
Sempre	68	36.4
Total	187	100.00

Tabela 43

Q51 Acho Importante Escrever e Divulgar o Que Realizo no Meu Dia-A-Dia Profissional

	<i>n</i>	%
Nunca	8	4.3
Raramente	12	6.4
Poucas vezes	16	8.5
Regularmente	35	18.6
Muitas vezes	35	18.6
Quase sempre	27	14.4
Sempre	55	29.3
Total	188	100.00

Na visão da Secretaria da Educação Fundamental (1997), o governo necessita conhecer o que é realizado pelas escolas. Apesar deste fato ser de conhecimento dos participantes, o percentual é baixo, conseqüentemente pouco praticado.

Em suma, o fator projetos demonstrou que este conceito já se encontra incorporado por parte dos profissionais nas escolas estudadas, independente de se envolverem em maior ou menor grau com os projetos, embora ainda não tenham o hábito de escrever e divulgar estes trabalhos.

5.2.2. Análise do Fator 2 – Reconhecimento

Sentir-se realizado e reconhecido em seu trabalho pode ser considerado um dos pilares da EPS, pois é saudável e promotor de saúde, o bem-estar profissional.

“Nomeadamente, considera-se que o debate em torno da profissão docente é um dos aspetos mais relevantes na análise da qualidade do ensino, pois a concretização dos processos de reforma dos sistemas educativos passa pelo empenhamento dos professores” (Jesus, 2006, p.131).

As medianas deste fator se apresentam acima das médias o que demonstra uma relação positiva para a maioria dos participantes (ver figura 23 e tabela 44).

Tabela 44

Médias e Medianas do Fator 2 por Escola

Escolas	<i>Ms</i>	<i>Mdn</i>	DP
Escola A	5.15	5.00	0.23
Escola B	5.49	5.81	0.11
Escola C	5.61	5.68	0.23
Escola D	5.26	5.37	0.12
Escola E	4.50	4.62	0.88
Escola F	5.15	5.50	0.23
Escola G	5.28	5.62	0.10
Escola H	5.62	5.75	0.24
Escola I	5.86	6.31	0.48
Escola J	5.90	5.18	0.52

Para esta amostra, as relações pessoais fazem bem aos participantes (51% sempre), mas não se sentem cuidados pela instituição na mesma medida (25.5% sempre), conforme tabelas 45 e 46. Embora a soma das respostas entre 5 e 7 sejam maiores do que as respostas com índice baixo entre 1 e 4, 58.3% considera-se muito importante o reconhecimento do trabalho, e o índice de realização no trabalho se apresenta alto com 41.4% “sempre”, além de 26.2% “quase sempre” (tabela 47). Sobre o reconhecimento do trabalho por parte da direção 37% (tabela 50) os participantes sentem-se sempre reconhecidos, e por parte dos alunos, 32.1% (tabela 48), sendo que pela comunidade este índice cai para 21.6% (tabela 49).

Como já foi dito anteriormente, há estudos que reforçam a importância deste reconhecimento, Silva e Remminger (2014), assim como St Leger (2004) e Minayo (2013) reconhecem a importância da valorização do profissional em qualquer ambiente de trabalho.

Tabela 45

Q11 Minhas Relações Pessoais na Escola me Fazem Bem

	<i>n</i>	%
Nunca	3	1.6
Raramente	2	1.0
Poucas vezes	4	2.1
Regularmente	15	7.8
Muitas vezes	20	10.4
Quase sempre	50	26.0
Sempre	98	51.0
Total	192	100.00

Tabela 46

Q13 Como Profissional eu me Sinto Cuidado pela Instituição

	<i>n</i>	%
Nunca	13	6.8
Raramente	14	7.3
Poucas vezes	20	10.4
Regularmente	29	15.1
Muitas vezes	39	20.3
Quase sempre	28	14.6
Sempre	49	25.5
Total	192	100.00

Tabela 47

Q14 Sinto-me Realizado com o Trabalho que Desempenho

	<i>N</i>	%
Nunca	5	2.6
Raramente	2	1.0
Poucas vezes	8	4.2
Regularmente	20	10.5
Algumas vezes	27	14.1
Quase sempre	50	26.2
Sempre	79	41.4
Total	191	100.00

Tabela 48

Q22 Sinto que Meu Bom Desempenho é Reconhecido Pelos Alunos

	<i>n</i>	%
Nunca	3	1.6
Raramente	5	2.6
Poucas vezes	9	4.7
Regularmente	16	8.4
Muitas vezes	40	21.1
Quase sempre	56	29.5
Sempre	61	32.1
Total	190	100.00

Tabela 49

Q24 Considero Que Sou Reconhecido pela Comunidade no Trabalho Que Desenvolvo

	<i>n</i>	%
Nunca	9	4.7
Raramente	13	6.8
Poucas vezes	14	7.4
Regularmente	29	15.3
Algumas vezes	37	19.5
Muitas vezes	47	24.7
Sempre	41	21.6
Total	190	100.00

Tabela 50

Q25 Considero Que Quando Desenvolvo Um Bom Trabalho Este é Reconhecido Pela Direção

	<i>n</i>	%
Nunca	8	4.2
Raramente	7	3.7
Poucas vezes	13	6.9
Regularmente	20	10.6
Muitas vezes	26	13.8
Quase sempre	45	23.8
Sempre	70	37.0
Total	189	100.00

A questão 26 na tabela 51 mostra que a missão e visão da instituição influenciam positivamente os participantes e em contrapartida, a questão 45 demonstra que as dificuldades financeiras não estão influenciando o desenvolvimento do trabalho destes profissionais (tabela 52).

Tabela 51

Q26 Considero-me Estimulado Pela Missão E Visão da Instituição

	<i>n</i>	%
Nunca	5	2.7
Raramente	13	7.0
Poucas vezes	13	7.0
Regularmente	25	13.4
Muitas vezes	41	21.9
Quase sempre	48	25.7
Sempre	42	22.5
Total	187	100.00

Tabela 52

Q45 Encontro Dificuldades Financeiras Para a Realização de Projetos

	<i>n</i>	%
Nunca	42	23.0
Raramente	13	7.1
Poucas vezes	20	10.9
Regularmente	43	23.5
Muitas vezes	25	13.7
Quase sempre	12	6.6
Sempre	28	15.3
Total	183	100.00

A qualidade de vida conforme Myers e Botkin (2013) é uma experiência individual e para Schalock e Alonso (2013) tem caráter multidimensional. Nos resultados apresentados nesta amostra, apesar de não ser avaliada a questão qualidade de vida, é possível pensar que os participantes estão sentindo-se bem em sua maioria nas relações com as escolas estudadas. Autores já citados no capítulo 1 como Guimarães e Vizzoto (2013), Fleck et al. (1999),

Barofsky (2012) e Minayo e Gualhano (2014) demonstram que a Qualidade de Vida está ligada à realização e o bem-estar de todos em um ambiente sustentável.

5.2.3. Análise do Fator 3 – Comunidade e Intersetorialidade

Este é o fator com menor constância e entendimento, visto que as diferenças entre as médias e as medianas demonstram maiores discrepâncias, como por exemplo a escola C, que apresenta média de 3.41 e mediana de 2.7 (tabela 53). Isto reflete que a maioria dos participantes ainda percebe seu trabalho somente no ambiente da escola. Apesar de não gostarem de trabalhos individuais, os trabalhos em conjunto com a comunidade ou com outros setores não são comuns (37.2% dos participantes consideram nunca ter participado de projetos de longa duração, tabela 54). A equipa não se percebe como parte integrante da escola ou não percebe o alcance de suas ações. Trabalha parcialmente com as diferentes Secretarias públicas, mas como visto na tabela 55 esta distância maior em relação à comunidade fica clara, quando 53% dos participantes nunca se sentem motivados para este tipo de parceria e na tabela 56 evidencia-se ainda de forma tímida o trabalho junto à comunidade.

Tabela 53

Médias e Medianas do Fator 3 por Escola

Escolas	<i>Ms</i>	<i>Mdn</i>	DP
Escola A	3,26	2,7	0,25
Escola B	3,45	3,4	0,06
Escola C	3,41	2,7	0,10
Escola D	3,34	2,8	0,17
Escola E	3,18	2,8	0,33
Escola F	3,4	3,3	0,11
Escola G	3,17	2,9	0,34
Escola H	3,88	3,6	0,37
Escola I	3,87	3,8	0,36
Escola J	4,16	4	0,65

Tabela 54

Q19 Realizo Projetos de Longa Duração (Mais de Um Ano)

	<i>n</i>	%
Nunca	67	37.2
Raramente	20	11.1
Poucas vezes	23	12.8
Regularmente	13	7.2
Muitas vezes	18	10.0
Quase sempre	18	10.0
Sempre	21	11.7
Total	180	100.00

Tabela 55

Q21 A Minha Maior Motivação no Trabalho é a Financeira

	<i>n</i>	%
Nunca	35	19.0
Raramente	15	8.2
Poucas vezes	27	14.7
Regularmente	39	21.2
Muitas vezes	31	16.8
Quase sempre	15	8.2
Sempre	22	12.0
Total	184	100.00

Tabela 56

Q34 Realizo Projetos Junto a Diferentes Associações de Moradores (ou Semelhantes)

	<i>n</i>	%
Nunca	95	50.5
Raramente	31	16.5
Poucas vezes	14	7.4
Regularmente	11	5.9
Muitas vezes	18	9.6
Quase sempre	10	5.3
Sempre	9	4.8
Total	188	100.00

Tabela 57

Q35 Já Realizei Projetos Junto a Diferentes Secretarias Públicas

	<i>n</i>	%
Nunca	11	5.7
Raramente	18	9.4
Poucas vezes	14	7.3
Regularmente	29	15.1
Muitas vezes	46	24.0
Quase sempre	38	19.8
Sempre	36	18.8
Total	192	100.00

Tabela 58

Q36 Sinto-me Estimulado a Trabalhar com a Comunidade Escolar

	<i>n</i>	%
Nunca	97	53.0
Raramente	23	12.6
Poucas vezes	11	6.0
Regularmente	18	9.8
Muitas vezes	10	5.5
Quase sempre	12	6.6
Sempre	12	6.6
Total	183	100.00

Apesar da documentação brasileira se mostrar empenhada em fortalecer e implantar uma política transversal, integrada e setorial, para melhoria da qualidade de vida da população (Ministério da Saúde, 2007) e autores como Cintra (2013) e Silva e Delorme (2002) insistirem nas questões de intersetorialidade, a prática ainda se mostra distante na realidade das escolas estudadas.

5.2.4. Análise do Fator 4 – Conceito de Saúde

O Fator 4 foi o fator com a média e a mediana mais próximas, mantendo uma constância interessante. A média geral também atinge um bom valor reconhecendo que os profissionais se percebem contribuindo com a saúde dos alunos e da instituição.

Tabela 59

Médias e Medianas do Fator 4 por Escolas

Escolas	Ms	Mdn	DP
Escola A			
	4.36	4.5	0.15
Escola B			
	4.77	5.09	0.26
Escola C			
	4.96	5.13	0.45
Escola D			
	4.13	4.04	0.38
Escola E			
	3.53	3.63	0.98
Escola F			
	4.56	4.81	0.05
Escola G			
	4.17	4.18	0.34
Escola H			
	4.11	4.27	0.40
Escola I			
	5.38	5.95	0.87
Escola J			
	5.09	4.1	0.58

Em relação ao Fator 4, o conceito internalizado e vivenciado de saúde é diferenciado da simples ausência de doença, 60.2% dos participantes se considera acima da média no trabalho com a saúde, com médias acima de 5 e assim pode-se concluir que para esta amostra os profissionais em sua maioria se percebem promotores da saúde na instituição escolar (tabela 59). Para Heleno, Vizzoto e Bonfim (2007) o raciocínio de valorização da saúde ainda é mínimo, no entanto, a amostra desta pesquisa demonstrou que vem ampliando-se aos poucos este conceito.

Tabela 60

Q1 Penso que Como Profissional Promovo a Saúde das Pessoas na Instituição de Ensino

	n	%
Nunca	20	10.7
Raramente	10	5.3
Poucas vezes	20	10.7
Regularmente	30	16.0
Muitas vezes	32	17.1
Quase sempre	36	19.3
Sempre	39	20.9
Total	187	100.00

Vê-se no entanto como se comportam estas respostas quando separadas didaticamente nos grupos e questões específicas destacadas pelo conceito de saúde na EPS. Quando se pensa a respeito da saúde dos alunos, as respostas entre “muitas vezes”, “quase sempre” e “sempre” alcançam 58% dos participantes (tabela 61), quando se trata da saúde física, este índice se mantém em 58% (tabela 62). Em relação saúde mental, o índice declina 43.4% (tabela 63), e próximo a este, se encontra a saúde espiritual com 43.6% (tabela 64). O índice se eleva na questão da saúde social, apresentando 65,2% (tabela 65), e finalmente o mais baixo índice, 34.5% (tabela 66) na saúde da comunidade.

A partir destes resultados é possível discutir se há o entendimento de EPS por parte dos profissionais. No caso da amostra atual considerou-se o fato de não se tratar de um grupo fechado e homogêneo e nem suficientemente representativo de uma amostra brasileira, mas apenas compatível para demonstrar a validade da escala. Neste caso o grupo estudado mostrou não considerar o entorno da escola, ou seja, a comunidade como participante da instituição, tem a intenção de obter a melhora da saúde social da instituição, mas não a da comunidade. Também demonstrou que ainda há a falta de projetos que entendam a escola como parte da comunidade e que abra e mantenham abertas as portas da escola para este contato. Ou, também pode-se pensar que em alguns momentos o próprio profissional da educação não percebe, que suas realizações dentro da escola tenham tamanho alcance.

Apesar da questão da saúde espiritual ter sido a grande provocadora de questionamentos sobre sua pertinência como questão referente à prática escolar, durante a confecção da escala ficaram demonstrados posicionamentos divididos nos diversos níveis da escala e encontrou-se o maior posicionamento negativo (tabela 64). Independentemente da escola ser considerada laica ou religiosa, pensar sobre as crenças, valores e ideias levantadas no ambiente escolar podem ser interessantes na Promoção de Saúde.

Tabela 61

Q2 Realizo Trabalhos Voltados Para a Saúde dos Alunos

	<i>n</i>	%
Nunca	8	4.2
Raramente	11	5.8
Poucas vezes	15	7.9
Regularmente	31	16.4
Muitas vezes	45	23.8
Quase sempre	20	10.6
Sempre	59	31.2
Total	189	100.00

Tabela 62

Q3 A Minha Participação na Instituição Favorece a Saúde Física

	<i>n</i>	%
Nunca	7	3.7
Raramente	10	5.3
Poucas vezes	20	10.6
Regularmente	27	14.3
Muitas vezes	38	20.1
Quase sempre	28	14.8
Sempre	59	31.2
Total	189	100.00

Tabela 63

Q4 O Meu Trabalho Promove a Saúde Mental de Todos na Instituição

	<i>n</i>	%
Nunca	9	4.7
Raramente	12	6.3
Poucas vezes	18	9.5
Regularmente	28	14.7
Muitas vezes	38	20.0
Quase sempre	32	16.8
Sempre	53	27.9
Total	190	100.00

Tabela 64

Q5 Meu Trabalho Considera a Saúde Espiritual de Todos na Instituição

	<i>n</i>	%
Nunca	11	5.9
Raramente	11	5.9
Poucas vezes	15	8.0
Regularmente	23	12.2
Muitas vezes	52	27.7
Quase sempre	29	15.4
Sempre	47	25.0
Total	188	100.00

Tabela 65

Q6 Meu Trabalho Promove a Saúde Social

	<i>n</i>	%
Nunca	25	13.3
Raramente	14	7.4
Poucas Vezes	19	10.1
Regularmente	31	16.5
Muitas vezes	34	18.1
Quase sempre	30	16.0
Sempre	35	18.6
Total	188	100.00

Tabela 66

Q8 Realizo Trabalhos Voltados Para a Saúde da Comunidade

	<i>n</i>	%
Nunca	4	2.1
Raramente	9	4.7
Poucas vezes	9	4.7
Regularmente	15	7.9
Muitas vezes	37	19.5
Quase sempre	48	25.3
Sempre	68	35.8
Total	190	100.00

A capacidade de adaptação dos trabalhos à cultura e condições de aprendizado foi considerada atendida “sempre” por 37,4% e “quase sempre” por 24% dos respondentes o que é esperado na atualidade pelos profissionais da educação (tabela 67). Já a preocupação com hábitos alimentares, que seriam projetos diferenciados do currículo formal das escolas teve pouca adesão (tabela 68).

Tabela 67

Q7 Tenho Flexibilidade Suficiente para Adaptar os Meus Trabalhos à Cultura e as Condições de Aprendizado dos Alunos e dos Profissionais

	<i>n</i>	%
Nunca	4	2.2
Raramente	2	1.1
Poucas vezes	3	1.7
Regularmente	25	14.0
Muitas vezes	35	19.6
Quase sempre	43	24.0
Sempre	67	37.4
Total	179	100.00

Tabela 68

Q46 Preocupo-me com os Hábitos Alimentares e de Sedentarismo de Todos que Frequentam o Ambiente Institucional

	<i>n</i>	%
Nunca	36	19.1
Raramente	18	9.6
Poucas vezes	33	17.6
Regularmente	29	15.4
Muitas vezes	34	18.1
Quase sempre	20	10.6
Sempre	18	9.6
Total	188	100.00

Tabela 69

Q52 O governo ou Sociedade Acadêmica Conhece os Projetos Desenvolvidos na Instituição

	<i>n</i>	%
Nunca	27	14.7
Raramente	30	16.3
Poucas vezes	15	8.2
Regularmente	41	22.3
Muitas vezes	27	14.7
Quase sempre	17	9.2
Sempre	27	14.7
Total	184	100.00

E por fim, é possível inferir que a divulgação dos projetos desenvolvidos ainda não se mostra bem incorporada, embora existam profissionais que se preocupem com isto. Enfim, o conceito de saúde de um ser bio-psico-social vem sendo ampliado por parte dos profissionais da educação, mas ainda se encontra distante do que é esperado para uma EPS.

5.3. Análise quantitativa

Pretendendo saber se a intervenção com Sociodrama teria alterado o conhecimento dos participantes sobre o conceito EPS, efetuaram-se testes estatísticos, comparando os resultados para cada grupo de respondentes, ou seja, para cada escola. Ao longo da intervenção a composição destes grupos não se manteve exatamente a mesma. Devido à impossibilidade de emparelhamento das respostas, os testes apenas compararam o grupo como um todo, sem atender à evolução de cada indivíduo dentro do seu grupo.

Levaram-se a cabo testes comparativos de forma a aferir a evolução do conceito EPS antes e depois da realização dos Sociodramas. Os testes compararam a pontuação global na EEPS, e também a pontuação nas suas várias dimensões (Projetos, Reconhecimento, Comunidade e Conceito de Saúde), conforme encontrado no estudo 1. Utilizou-se para tal testes *t* para amostras independentes (devido a não dispormos de emparelhamento), com 5000 amostras por *bootstrapping*, utilizando um intervalo de confiança (IC) de 95% (tal como recomendado por Hayes, 2009), corrigido e acelerado por viés.

A opção pela utilização do *bootstrapping* prendeu-se com o reduzido tamanho da amostra em cada escola, variando entre 57 e 6 participantes. Esta é uma técnica estatística moderna e robusta, permitindo resultados fiáveis, independentemente das características da distribuição da amostra (Erceg-Hun & Mirosevich, 2008; Hayes, 2009). Assim, apresenta vantagens relativamente às técnicas clássicas, quer sejam paramétricas ou não paramétricas (Erceg-Hun & Mirosevich, 2008; Hayes, 2009).

A Tabela 69 apresenta o número de participantes em cada momento comparado. Na Escola E, apenas foi possível realizar a primeira medição, pelo que não são reportados testes estatísticos para este caso.

Tabela 70

Número de Participantes de Cada Escola, em Pré e Pós-Intervenção

Escola	N	
	T1	T2
A	47	57
B	14	9
C	18	9
D	10	8
E	31	-
F	20	7
G	24	14
H	10	5
I	11	9
J	6	8
Total	191	126

Em termos globais, apenas encontrou-se diferenças estatisticamente significativas nas Escolas A e J, para um nível de significância de .05. Quanto às dimensões, as diferenças estatisticamente significativas ao nível de .05 verificaram-se na escola G (Projetos e Reconhecimento), na escola H (Conceito de Saúde), na escola I (Reconhecimento) e na escola J (Comunidade).

Após a aplicação dos trabalhos, a resistência em responder à nova escala na Escola E foi tanta que se desistiu da recolha do material, denotando que, a medida em que se perceberam tão distantes do conceito EPS o grupo se recusou a continuar.

Escola A

A média da pontuação global para a escola A subiu de 243.77, IC [232.00, 254.88] em T1 para 259.89, IC [250.94, 269.05]. Esta diferença de -16.13, IC [-30.52, -1.82], $p = .03$, apresenta-se estatisticamente significativa (grupos com homogeneidade de variância), $t(102) = -2.18$, IC [-30.81, -1.45], $p = .03$. O efeito encontrado nesta diferença é fraco, $r = .22$. Pode-se assim afirmar que a pontuação EEPS na escola A foi significativamente superior após a realização dos Sociodramas, apesar de ter tido um impacto de baixa força.

Comparou-se ainda a pontuação obtida nas várias dimensões da escala EPS: Conceito de Saúde, Projetos, Reconhecimento e Comunidade. Apresentamos na tabela 70 os valores obtidos para as médias, diferenças entre médias e resultados do teste t , bem como respectivos intervalos de confiança.

Tabela 71

Médias, Diferenças, Intervalos de Confiança, e Resultados do Teste t para as Dimensões EPS na Escola A, Antes e Depois dos Sociodramas

Dimensão	Média e IC		Diferença de médias, IC, p	Teste t , IC, p
	T1	T2		
Conceito de Saúde	48.67, [45.73, 51.53]	50.42, [48.12, 52.67]	-1.75, [-5.44, 2.08], $p = .38$	$t(81) = -0.88$, [-5.72, 2.22] $p = .38$
Projetos	110.29, [104.26, 116.08]	113.65, [108.33, 118.72]	-3.36, [-11.27, 4.20]	$t(75) = -0.87$, [-11.04, 4.33] $p = .39$
Reconhecimento	41.45, [39.07, 43.72]	43.22, [41.47, 44.88]	-1.77, [-4.71, 1.23]	$t(84) = -1.18$, [-4.75, 1.22], $p = .24$
Comunidade	16.76, [14.62, 19.03]	17.38, [15.91, 18.94]	-0.62, [-3.29, 2.08]	$t(91) = -0.47$, [-3.24, 2.00], $p = .64$

Na escola A os valores para as quatro dimensões consideradas na escala EPS entre T1 (antes da execução dos Sociodramas) e T2 (depois da execução dos Sociodramas) subiram, embora não de forma estatisticamente significativa.

Escola B

A média da pontuação global para a escola B manteve-se bastante semelhante, sendo 274.93, IC [256.33, 292.72] em T1 para 274.56, IC [247.79, 298.20]. Esta diferença de .373, IC [-29.80, 33.21] não se apresenta estatisticamente significativa (grupos com homogeneidade de variância), $t(21) = 0.024$, IC [-31.57, 32.31], $p = .98$. A pontuação EEPs na escola B manteve-se bastante semelhante após a realização dos Sociodramas.

Também para a escola B se comparou a pontuação obtida nas várias dimensões da escala EPS: Conceito de Saúde, Projetos, Reconhecimento e Comunidade. Apresenta-se na tabela 71 os valores obtidos para as médias, diferenças entre médias e resultados do teste t , bem como respectivos intervalos de confiança.

Tabela 72

Médias, Diferenças, Intervalos de Confiança, e Resultados do Teste t para as Dimensões EPS na Escola B, Antes e Depois dos Sociodramas

Dimensão	Média e IC		Diferença de médias, IC, <i>p</i>	Teste <i>t</i> , IC, <i>p</i>
	T1	T2		
Conceito de Saúde	56.00, [52.24, 59.51]	54.33, [49.00, 59.00]	1.67, [-4.80, 8.50]	$t(18) = 0.51$, [-5.23, 8.56] $p = .62$
Projetos	123.36, [114.42, 131.93]	122.29, [105.60, 135.43]	1.08, [-13.59, 17.59]	$t(16) = 0.14$, [-15.78, 17.93] $p = .89$
Reconhecimento	44.62, [40.00, 48.00]	43.33, [38.43, 48.00]	1.28, [-5.00, 7.33]	$t(20) = 0.39$, [-5.62, 8.018], $p = .70$
Comunidade	17.91, [14.50, 21.36]	19.25, [14.35, 24.43]	-1.34, [-6.67, 3.85]	$t(17) = -0.47$, [-7.35, 4.67], $p = .64$

Na escola B os valores para três das dimensões consideradas (Conceito de Saúde, Projetos e Reconhecimento) baixaram apenas ligeiramente entre T1 (antes da execução dos Sociodramas) e T2 (depois da execução dos Sociodramas), tendo a dimensão Comunidade subido dois pontos. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Escola C

A média da pontuação global para a escola C desceu ligeiramente de 263.78, IC [243.57, 283.03] em T1 para 261.22, IC [244.33, 279.12]. Esta diferença de 2.56, IC [-26.76, 30.32] não apresenta significância estatística (grupos com homogeneidade de variância), $t(25) = 0.17$, IC [-29.21, 34.32] $p = .87$. Pode-se assim afirmar que a pontuação EEPS na escola C foi semelhante após a realização dos Sociodramas.

Na escola C a comparação da pontuação obtida nas várias dimensões da escala EPS (Conceito de Saúde, Projetos, Reconhecimento e Comunidade) estão representados na tabela 72, que contém os valores obtidos para as médias, diferenças entre médias e resultados do teste *t*, bem como respectivos intervalos de confiança.

Tabela 73

Médias, Diferenças, Intervalos de Confiança, e Resultados do Teste t para as Dimensões EPS na Escola C, Antes e Depois dos Sociodramas

Dimensão	Média e IC		Diferença de médias, IC, p	Teste t , IC, p
	T1	T2		
Conceito de Saúde	51.36, [46.56, 56.27]	54.33, [50.00, 57.00]	-2.97, [-8.58, 3.00]	$t(12) = -0.50$, [-15.91, 9.97] $p = .63$
Projetos	112.18, [95.27, 123.70]	110.00, [104.00, 117.00]	2.18, [-16.64, 16.19]	$t(12) = 0.14$, [-31.01, 35.38] $p = .89$
Reconhecimento	43.18, [38.42, 47.45]	41.00, [38.00, 46.00]	2.18, [-4.56, 7.94]	$t(12) = 0.44$, [-8.55, 12.91], $p = .67$
Comunidade	15.73, [12.27, 19.36]	16.67, [11.00, 22.00]	-0.94, [-7.57, 5.98]	$t(12) = -0.22$, [-10.40, 8.52], $p = .83$

Na escola C os valores para duas das dimensões consideradas (Projetos e Reconhecimento) baixaram apenas ligeiramente entre T1 (antes da execução dos Sociodramas) e T2 (depois da execução dos Sociodramas), tendo as dimensões Conceito de Saúde e Comunidade subido. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Escola D

A média da pontuação global para a escola D subiu de 245.20, IC [229.73, 259.82] em T1 para 269.13, IC [248.50, 286.75]. Esta diferença de -23.93, IC [-46.17, -0.75], $p = .09$, não se apresenta estatisticamente significativa (grupos com homogeneidade de variância), $t(16) = -1.847$, IC [-51.39, 3.54], $p = .08$. Pode-se assim afirmar que a pontuação EEPS na escola D não apresentou diferenças significativas após a realização dos Sociodramas.

Na tabela 73 apresentam-se os valores obtidos para as médias, diferenças entre médias e resultados do teste t , bem como respectivos intervalos de confiança, após efetuar a comparação da pontuação obtida nas várias dimensões da escala EPS (Conceito de Saúde, Projetos, Reconhecimento e Comunidade) para a escola D.

Tabela 74

Médias, Diferenças, Intervalos de Confiança, e Resultados do Teste t para as Dimensões EPS na Escola D, Antes e Depois dos Sociodramas

Dimensão	Média e IC		Diferença de médias, IC, <i>p</i>	Teste <i>t</i> , IC, <i>p</i>
	T1	T2		
Conceito de Saúde	47.43, [43.86, 51.00]	53.17, [49.25, 57.25]	-5.74, [-11.98, 0.28]	$t(11) = -1.87$, [-12.51, 1.04] $p = .09$
Projetos	108.71, [98.01, 118.45]	117.00, [96.00, 128.33]	-8.28, [-22.36, 8.50]	$t(11) = -0.90$, [-28.52, 11.95] $p = .39$
Reconhecimento	42.29, [40.50, 44.25]	45.33, [39.20, 50.00]	-3.05, [-7.48, 2.28]	$t(11) = -1.16$, [-8.85, 2.75], $p = .27$
Comunidade	18.43, [15.80, 21.33]	17.50, [14.33, 20.84]	0.93, [-4.42, 6.17]	$t(11) = 0.36$, [-4.73, 6.59], $p = .73$

Na escola D os valores para três das dimensões consideradas (Conceito de Saúde, Projetos e Reconhecimento) subiram entre T1 (antes da execução dos Sociodramas) e T2 (depois da execução dos Sociodramas), tendo a dimensão Comunidade subido. As diferenças encontradas não são estatisticamente significativas.

Escola F

A média da pontuação global para a escola F subiu de 256.60, IC [240.36, 271.55] em T1 para 277.43, IC [264.83, 290.86]. Esta diferença de -20.83, IC [-43.93, 0.57], $p = .08$ não é estatisticamente significativa (grupos com homogeneidade de variância), $t(25) = -1.44$, IC [-50.62, 8.96], $p = .16$. Estes resultados indicam que a pontuação EEPS na escola F não apresenta diferenças significativas a nível estatístico, após a realização dos Sociodramas.

Na tabela 74 apresentam-se os valores obtidos para as médias, diferenças entre médias e resultados do teste *t*, bem como respectivos intervalos de confiança, após efetuar a comparação da pontuação obtida nas várias dimensões da escala EPS (Conceito de Saúde, Projetos, Reconhecimento e Comunidade) para a escola F.

Tabela 75

Médias, Diferenças, Intervalos de Confiança, e Resultados do Teste t para as Dimensões EPS na Escola F, Antes e Depois dos Sociodramas

Dimensão	Média e IC		Diferença de médias, IC, p	Teste t , IC, p
	T1	T2		
Conceito de Saúde	53.27, [46.57, 58.73]	55.29, [51.00, 59.20]	-2.02, [-9.38, 4.47]	$t(20) = -0.40$, [-12.68, 8.64] $p = .70$
Projetos	113.60, [105.94, 120.86]	117.14, [112.00, 123.50]	-3.54, [-12.87, 5.06]	$t(20) = -0.51$, [-17.99, 10.91] $p = .62$
Reconhecimento	42.07, [39.38, 44.60]	45.14, [40.80, 50.17]	-3.08, [-7.79, 1.21]	$t(20) = -1.18$, [-8.51, 2.36], $p = .25$
Comunidade	16.93, [15.26, 18.71]	19.43, [15.83, 23.25]	-2.50, [-6.62, 1.68]	$t(20) = -1.25$, [-6.67, 1.68], $p = .23$

Os valores obtidos na escola F para as quatro dimensões consideradas (Conceito de Saúde, Projetos, Reconhecimento e Comunidade) subiram entre T1 (antes da execução dos Sociodramas) e T2 (depois da execução dos Sociodramas). Estas diferenças não são estatisticamente significativas.

Escola G

A média da pontuação global para a escola G desceu de 247.88, IC [231.65, 263.67] em T1 para 231.47, IC [216.94, 246.57]. Esta diferença de 16.40, IC [-8.46, -39.52], $p = .15$ apresenta-se estatisticamente significativa (grupos com homogeneidade de variância), $t(39) = 1.44$, IC [-6.66, 39.47], $p = .16$. A pontuação EEPS na escola G não se alterou significativamente após a realização dos Sociodramas.

Na tabela 75 apresentam-se os valores obtidos para as médias, diferenças entre médias e resultados do teste t , bem como respectivos intervalos de confiança, após efetuar a comparação da pontuação obtida nas várias dimensões da escala EPS (Conceito de Saúde, Projetos, Reconhecimento e Comunidade) para a escola G.

Tabela 76

Médias, Diferenças, Intervalos de Confiança, e Resultados do Teste t para as Dimensões EPS na Escola G, Antes e Depois dos Sociodramas

Dimensão	Média e IC		Diferença de médias, IC, p	Teste t , IC, p
	T1	T2		
Conceito de Saúde	48.31, [42.68, 53.67]	42.60, [38.50, 47.22]	5.71, [-1.36, 12.54]	$t(29) = 1.52$, [-1.97, 13.39] $p = .14$
Projetos	108.25, [99.40, 116.69]	95.13, [86.96, 103.47]	13.12, [0.78, 25.36]	$t(29) = 2.08$, [0.24, 25.99] $p = .05$
Reconhecimento	44.13, [41.91, 46.38]	39.40, [35.92, 42.91]	4.73, [0.84, 8.49]	$t(29) = 2.27$, [0.47, 8.98], $p = .03$
Comunidade	16.75, [14.68, 18.80]	15.20, [13.59, 16.83]	1.55, [-1.19, 4.20]	$t(29) = 1.11$, [-1.31, 4.41], $p = .28$

Os valores obtidos na escola F para as quatro dimensões consideradas desceram entre T1 (antes da execução dos Sociodramas) e T2 (depois da execução dos Sociodramas). No caso das dimensões Conceito de Saúde e Comunidade as diferenças não são estatisticamente significativas. Para as dimensões Projetos e Reconhecimento, as diferenças são estatisticamente significativas ao nível .05, ambas de efeito médio ($r = .35$ e $r = .39$ respetivamente).

Escola H

A média da pontuação global para a escola H subiu de 264.50, IC [243.18, 282.15] em T1 para 288.80, IC [253.59, 317.67]. Esta diferença de -24.30, IC [-54.60, 8.45], $p = .20$, não se apresenta estatisticamente significativa (grupos com homogeneidade de variância), $t(13) = -1.40$, IC [-61.80, 13.20], $p = .19$, pelo que a realização dos Sociodramas não alterou significativamente a pontuação EEPS nesta escola.

Na tabela 76 apresentam-se os valores obtidos para as médias, diferenças entre médias e resultados do teste t , bem como respectivos intervalos de confiança, após efetuar a comparação da pontuação obtida nas várias dimensões da escala EPS (Conceito de Saúde, Projetos, Reconhecimento e Comunidade) para a escola H.

Tabela 77

Médias, Diferenças, Intervalos de Confiança, e Resultados do Teste t para as Dimensões EPS na Escola H, Antes e Depois dos Sociodramas

Dimensão	Média e IC		Diferença de médias, IC, <i>p</i>	Teste <i>t</i> , IC, <i>p</i>
	T1	T2		
Conceito de Saúde	44.20, [37.38, 49.50]	57.00, [52.40, 61.50]	-12.80, [-24.22, -3.56]	$t(7) = -2.59$, [-24.50, -1.10] $p = .04$
Projetos	117.20, [112.00, 122.20]	124.25, [111.67, 133.67]	-7.05, [-20.17, 12.18]	$t(7) = -0.95$, [-24.55, 10.45] $p = .37$
Reconhecimento	45.40, [43.14, 47.67]	46.75, [44.29, 48.67]	-1.35, [-4.62, 2.85]	$t(7) = -0.73$, [-5.75, 3.05], $p = .49$
Comunidade	18.60, [14.00, 23.00]	23.25, [14.33, 30.33]	-4.65, [-14.47, 8.23]	$t(7) = -0.88$, [-17.14, 7.84], $p = .41$

Os valores obtidos na escola H para as quatro dimensões consideradas subiram entre T1 (antes da execução dos Sociodramas) e T2 (depois da execução dos Sociodramas). Apenas no caso da dimensão Conceito de Saúde a diferenças são estatisticamente significativas ao nível .05, com um efeito forte ($r = .70$).

Escola I

A média da pontuação global para a escola I desceu de 284.73, IC [255.53, 310.03] em T1 para 270.44, IC [252.00, 287.75]. Esta diferença de 14.28, IC [-17.49, 43.32] não se apresenta estatisticamente significativa (grupos com homogeneidade de variância), $t(18) = 0.81$, IC [-22.66, 51.23], $p = .43$. Podemos assim afirmar que a pontuação EEPS na escola I foi não sofreu alteração significativa após a realização dos Sociodramas.

Na tabela 77 apresentam-se os valores obtidos para as médias, diferenças entre médias e resultados do teste *t*, bem como respectivos intervalos de confiança, após efetuar a comparação da pontuação obtida nas várias dimensões da escala EPS (Conceito de Saúde, Projetos, Reconhecimento e Comunidade) para a escola I.

Tabela 78

Médias, Diferenças, Intervalos de Confiança, e Resultados do Teste t para as Dimensões EPS na Escola I, Antes e Depois dos Sociodramas

Dimensão	Média e IC		Diferença de médias, IC, p	Teste t , IC, p
	T1	T2		
Conceito de Saúde	59.80, [52.00, 67.00]	53.43, [47.50, 59.72]	6.37, [-3.51, 15.50]	$t(10) = 1.30$, [-4.55, 17.29] $p = .22$
Projetos	127.80, [108.50, 142.00]	112.86, [101.72, 123.57]	14.94, [-5.86, 32.55]	$t(10) = 1.47$, [-7.68, 37.56] $p = .17$
Reconhecimento	48.40, [45.00, 51.33]	42.14, [38.20, 45.75]	6.26, [2.00, 10.38]	$t(10) = 2.28$, [0.14, 12.37], $p = .05$
Comunidade	20.60, [12.71, 28.00]	21.00, [18.00, 24.00]	-0.40, [-9.64, 7.63]	$t(5.02) = -0.87$, [-17.14, 7.84], $p = .93$

Os valores obtidos na escola I para três das quatro dimensões consideradas (Conceito de Saúde, Projetos e Reconhecimento) desceram entre T1 (antes da execução dos Sociodramas) e T2 (depois da execução dos Sociodramas). A pontuação da dimensão Comunidade subiu entre T1 e T2, sendo a única a não apresentar homogeneidade de variância entre os dois grupos considerados. Apenas no caso da dimensão Reconhecimento a diferença é estatisticamente significativa ao nível .05, com efeito forte ($r = .58$).

Escola J

A média da pontuação global para a escola J subiu de 241.33, IC [215.81, 263.00] em T1 para 279.63, IC [259.33, 301.44]. Esta diferença de -38.29, IC [-70.75, -8.38.32] é estatisticamente significativa (grupos com homogeneidade de variância), $t(12) = -2.29$, IC [-74.77, -1.81], $p = .04$. Esta diferença apresenta um efeito grande, $r = .55$. Podemos assim afirmar que a pontuação EEPS Nesta escola foi sofreu uma subida significativa após a realização dos Sociodramas.

Na tabela 78 apresentam-se os valores obtidos para as médias, diferenças entre médias e resultados do teste t , bem como respectivos intervalos de confiança, após efetuar a comparação da pontuação obtida nas várias dimensões da escala EPS (Conceito de Saúde, Projetos, Reconhecimento e Comunidade) para a escola J.

Tabela 79

Médias, Diferenças, Intervalos de Confiança, e Resultados do Teste t para as Dimensões EPS na Escola J, Antes e Depois dos Sociodramas

Dimensão	Média e IC		Diferença de médias, IC, p	Teste t , IC, p
	T1	T2		
Conceito de Saúde	46.00, [46.00, 46.00]	51.60, [46.40, 56.67]	-5.60, [-21.33, 10.17]	$t(1.14) = -0.45$, [-123.50, 112.30] $p = .72$
Projetos	97.50, [94.00, 101.00]	119.20, [106.50, 131.80]	-21.70, [-37.12, -5.50]	$t(5) = -1.58$, [-57.08, 13.68] $p = .18$
Reconhecimento	41.00, [38.00, 44.00]	44.20, [42.00, 46.23]	-3.20, [-7.40, 1.00]	$t(5) = -1.34$, [-9.34, 2.94], $p = .24$
Comunidade	16.00, [-, -]	24.00, [20.00, 27.67]	-8.00, [-12.17, -3.40]	$t(4.00) = -3.41$, [-14.51, -1.50], $p = .03$

Notou-se que na primeira aplicação, a dimensão Comunidade apenas dispõe de 2 valores preenchidos, pelo que a média não apresenta intervalo de confiança. As dimensões Conceito de Saúde e Comunidade não apresentam homogeneidade de variâncias.

Os valores obtidos na escola J para as quatro dimensões consideradas subiram entre T1 (antes da execução dos Sociodramas) e T2 (depois da execução dos Sociodramas). Apenas no caso da dimensão Comunidade a diferença é estatisticamente significativa ao nível .05, com um efeito forte ($r = .86$).

O modelo de investigação ou hipóteses originadas no capítulo 3 passam a ser discutidas neste capítulo. No primeiro momento serão comentados os itens que apareceram em cada encontro, para depois serem discutidos na inter-relação dos fatores da escala.

A média geral da amostra atingiu as seguintes médias de 1 (nunca) a 7 (Sempre):

Fator 1 – Projetos – 5.44; Fator 2 – Reconhecimento – 5.38; Fator 3 – Comunidade – 3.51; Fator 4 - Conceito de Saúde – 4.50. Na tabela 79 é possível acompanhar as medianas mais altas que as médias nos fatores 1, 2 e 4 e apenas no Fator 3 a mediana se apresenta mais baixa que a média.

Tabela 80

Médias e Medianas Relativas aos Quatro Fatores

	<i>M F1</i>	<i>Mdn F1</i>	<i>M F2</i>	<i>Mdn F2</i>	<i>M F3</i>	<i>Mdn F3</i>	<i>M F4</i>	<i>Mdn F4</i>
Escola A	5,26	5,66	5,15	5,37	3,26	2,70	4,36	4,50
Escola B	5,82	6,30	5,49	5,81	3,45	3,40	4,77	5,09
Escola C	5,96	6,42	5,61	5,68	3,41	2,70	4,96	5,13
Escola D	4,90	5,23	5,26	5,37	3,34	2,80	4,13	4,04
Escola E	4,79	4,85	4,50	4,62	3,18	2,80	3,53	3,63
Escola F	5,33	5,59	5,15	5,50	3,40	3,30	4,56	4,81
Escola G	5,05	5,23	5,28	5,62	3,17	2,90	4,17	4,18
Escola H	5,49	5,78	5,62	5,75	3,88	3,60	4,11	4,27
Escola I	5,73	6,52	5,86	6,31	3,87	3,80	5,38	5,95
Escola J	6,14	5,38	5,90	5,18	4,16	4,00	5,09	4,10
Média	5,44	5,69	5,38	5,52	3,51	3,20	4,50	4,57

O menor índice se refere a atuação da escola junto com a Comunidade e seu entorno, os Projetos estão presentes, mas ainda pouco abrangentes, o Reconhecimento se faz presente, e o Conceito de saúde ainda se encontra abaixo do esperado para Escolas Promotoras de Saúde.

5.4. Resultados dos Sociodramas

1º Encontro – Ao iniciar o trabalho em cada escola, foi esclarecido o intuito da pesquisa, em especial sobre a autonomia dos pesquisadores. Alguns participantes se assustaram no início imaginando que fosse um serviço da Secretaria de Educação que estivesse preparando-os para implantação de novos projetos. Foi comunicado não ter-se como objetivo a avaliação da escola, esclarecendo que suas respostas não exigiriam conhecimento, nem iriam mostrar o nível da escola, mas sim questionar o próprio conceito e suas possibilidades práticas. Após os esclarecimentos a escala foi entregue aos participantes que responderam individualmente. Em seguida foi dada a oportunidade de comentarem quais as afirmativas que mais provocaram dúvidas ou com quais se incomodaram, com a seguinte questão: “O que mais chamou atenção de vocês nas questões da escala?”

Escola A – A principal questão levantada pelo grupo foi pensar na saúde do profissional, o que não é o costume. Exemplo: “Me chamou atenção o questionário não ser apenas sobre os alunos e ter-se pensado na saúde dos professores também. Normalmente ninguém lembra disto”

Escola B – A principal questão levantada pelo grupo foi a espiritualidade x escola laica. Exemplo: “A escola TEM que ser laica!!!!”

Escola C – As questões consideradas mais interessantes foram a inclusão da dimensão espiritual, e o trabalho envolvendo também a comunidade. Exemplo: “falar de espiritualidade.... me chamou atenção”, “não podemos falar de religião”.

Escola D – Para este grupo chamou atenção a saúde não ser apenas física. Em especial considerar-se a comunidade no trabalho, e a saúde dos profissionais.

Escola E – O papel do professor na espiritualidade dos alunos e, o fato da preocupação da saúde não ser apenas relacionada aos alunos. Exemplo: “Eu acho que temos que respeitar a religião de cada um, e as vezes a opção religiosa interfere muito na escola. Tem alunos que não podem fazer certos programas com a escola por causa da religião”, “Professor não tem boa saúde. Vocês já viram quantos estão afastados?”

Escola F - A primeira fala de um dos professores remeteu a reflexão individual de como estão atuando na escola. Um forte comprometimento com o que realizam apareceu desde o início do grupo. A segunda ideia que se destacou no grupo foi a participação da comunidade no conceito de saúde, e a terceira foi a importância das relações grupais.

Escola G – Turma da tarde - Chamou atenção do grupo perceber que na verdade o trabalho é muito restrito à sala de aula e é muito fracionado (participam de projetos parciais). A saúde é vista como matéria do professor de ciências ou Educação Física (os outros participam só quando o projeto é proposto pela gestão).

Turma da noite – Salientou-se o trabalho do educador e seu efeito na instituição, e não apenas em sala de aula. - “Só penso no aluno, mas deveria ter pensado em algo mais abrangente”. Questionaram sobre as relações que causam bem-estar e quanto à importância no envolvimento com o outro. A saúde mental e espiritual de todos também foi discutida.

Escola H – O que chamou atenção deste grupo foi a saúde espiritual e a preocupação com o bem-estar do profissional. - “Nunca ninguém me perguntou isso! Ninguém se interessa pela pessoa. Ao adentrar a escola tem que se deixar a pessoa para fora e ser apenas profissional”. Acharam interessante um novo questionamento além do físico. Os professores alegaram já terem participado de projetos de Promoção de Saúde sobre a relação entre peso/altura dos alunos ou maus tratos que o aluno poderia ter sofrido. Gostaram desses projetos, mas nunca receberam retorno.

Escola I – Nesta escola, comentaram o fato de jamais se ter pensado em saúde espiritual. A gestão também discutiu sobre a escola ser laica e reforçou a preocupação constante com a adaptação de todo e qualquer projeto para a idade dos alunos. Mencionaram também, os projetos referentes a “Dengue” vindos da Secretaria de Educação, e outros

criados por professoras da escola: o “Mexa-se”, e o “Comer direitinho” e que terão continuidade ao longo do ano vigente.

Escola J – O que chamou atenção neste grupo foi a fala sobre projetos, pois é como sentem que estão trabalhando, tanto com projetos individuais como coletivos, criados e geridos pelo próprio grupo ou pela secretaria, e que muitos se relacionam com a promoção de saúde. Na questão sobre a presença ou não de departamento médico e psicológico alegaram não fazer diferença ter o médico e o psicólogo dentro da escola pois as parcerias funcionam. – “O Posto de Saúde é vizinho e acontece a política da boa vizinhança”. - “Quando precisamos eles estão lá e quando necessário eles vêm até a escola”. - “O programa do FIEB oferece enfermeiros e acompanhamento psicológico”. Também ressaltaram a questão do trabalho realizado junto à comunidade.

Após os comentários livres a pesquisadora expôs o conceito do ser bio-psico-social e espiritual da OMS, levando o grupo a pensar sobre a influência de seus próprios valores e crenças tanto no campo espiritual, quanto referente ao sentido de vida e morte, levando a considerações sobre questões éticas e morais. Em sequência, a pesquisadora explanou rapidamente sobre questões gerais com referência à saúde de todos os envolvidos com o ambiente escolar. Em algumas escolas, destacou-se a necessidade de serem feitos registros dos trabalhos desenvolvidos pelos profissionais. Outro assunto que recebeu atenção, foi a conscientização da influência da escola no entorno da mesma, abrangendo a comunidade do bairro, o que foi mais discutido com o Sociodrama realizado a seguir: “Mapeamento do Clima”.

O que é possível perceber na discussão dos grupos, é que há uma tentativa de manter a escola laica, mas quando se permite a discussão de forma mais descontraída os profissionais percebem a dificuldade deste intento. De qualquer forma, é claro o interesse em manter o respeito pelas escolhas individuais de religião, e a preocupação em respeitar a família dos alunos, mesmo passando por alguns constrangimentos. Como alguns professores citaram, há momentos em que por causa da religião, alguns alunos são impedidos pelos pais de participarem de um determinado programa (exemplo: visitar uma universidade, de crença Metodista), sendo assim perdem a oportunidade de estarem com sua turma.

Apenas um grupo, que foi o mais calado sobre a escala, quando começaram as explicações sobre o que significa a EPS e o conceito de ser integral, também salientou a questão espiritual, mas não citou a escola laica aparentando perceber a espiritualidade como parte dos valores e preceitos passados na escola infantil. O comentário em uma das escolas

sobre a saúde espiritual não ter chamado atenção, foi por não sentirem ser destoante do conceito do ser bio-psico-social (escola de educação infantil).

Foi interessante para esta pesquisa a inclusão desta dimensão, pois a discussão após preenchimento da escala, levou o grupo a reflexões nunca feitas dentro do ambiente escolar, e pelos seus depoimentos, foi considerado um momento importante.

A segunda questão mais discutida neste primeiro momento foi o envolvimento de todos na saúde, abrangendo os professores, o que ainda não é sentido como realidade. Relataram que se a maioria das escolas demonstra respeito pelas crenças dos alunos e pais, muitos dos profissionais não se sentem aceitos em suas escolhas, inclusive pela sociedade que não os respeita em seu papel de educadores.

O conceito de saúde neste primeiro encontro ainda aparece distante da proposta de “completo bem-estar físico, mental e social” como apregoado pela WHO (2014).

5.4.1. Primeiro Sociodrama – Mapeamento do Clima

(Ver anexo B)

Sobre a metodologia: Foi utilizada a técnica “Inversão de Papéis” ou “*Role Play*”, com o intuito de provocar a reflexão e facilitar o entendimento do conceito da escola e de seu entorno.

Os participantes das diversas escolas relataram que, com a atividade tiveram a clareza de que a visão da comunidade difere da visão dos professores e da escola. Como o exercício foi realizado com os profissionais, a maior dificuldade encontrada foi inverter o papel com a comunidade. Estão acostumados a pensar como profissional ou como aluno, mas foi difícil pensar como pais, e mais difícil ainda como cidadãos da comunidade, que representam o entorno da escola incluindo outras pessoas que não os pais dos alunos. Apenas uma das escolas que lida com crianças muito pequenas, considerou complicado se colocar no lugar dos alunos e mais fácil ocupar o papel da comunidade. De qualquer forma, pensar na comunidade foi um momento de expansão da visão dos profissionais que se conscientizaram um pouco mais da interação que ocorre entre a escola e as famílias dos alunos, além da vizinhança e membros da comunidade do bairro. Alguns participantes demonstraram maior envolvimento na proposta, ao assumirem o papel dos alunos ou da comunidade, experimentando as sensações destes personagens. A inversão de papéis durante o Sociodrama possibilitou a ampliação do olhar como preconizado pelos autores citados no capítulo 2. Foi

tão impactante para alguns grupos que uma das professoras replicou o trabalho com seus alunos adolescentes e obteve dados sobre eles que ela não esperava.

Sobre a EPS: O que se mostra nublado numa escola é tempestuoso para outra. O que é bom para a comunidade nem sempre é o melhor para os profissionais e vice e versa. Alguns itens aparecem tanto nas escolas de Ensino Infantil quanto no Ensino Médio, enquanto outros itens mais específicos apresentam-se diferenciados. As escolas se mostram de forma diferente quanto à idade dos alunos, ou quanto ao nível social da comunidade em que estão inseridas. Serão discutidos a seguir os resultados comparativos das escolas estudadas e a relação com o conceito de EPS.

Para o grupo dos alunos das escolas infantis, a maioria das situações favorece o dia ensolarado. Do ponto de vista destes profissionais, os alunos percebem a escola de forma positiva e o brincar é positivo; o que vira tempestade para estes alunos é o inversamente proporcional, isto é, qualquer situação que os impeça de brincar. Para as escolas infantis a falta do professor é sentida pelos alunos de forma negativa, enquanto no ensino médio eles gostam da falta do professor para terem outro tipo de atividade, o que pode significar a oportunidade de “brincar”, vista por outro ângulo, conforme a mudança dos níveis escolares. Nas escolas infantis a mudança na rotina das crianças é uma situação que pode ser mais tensa, assim como as mudanças climáticas. A escola é bem aceita, por isso o dia sem aula como em feriados prolongados, pode virar tempestade ou serem considerados uma situação incômoda para os alunos. Já para os pais, a falta de aula também é sentida como tempestade, mas por outros motivos, a presença da criança em casa pode ser problema para quem trabalha fora e é obrigado a encontrar outra pessoa que possa assumir este cuidado com a criança. Num primeiro momento, para alguns professores a escola é vista como um alívio dos pais por deixarem os filhos e não assumirem seus cuidados, mas percebem que a escola é vista como referência por toda a comunidade para cuidados com as crianças.

A sintonia ou falta dela, entre pais e escola, aparece como ponto de alteração do “clima”. Para alguns profissionais os pais estão se negando a assumir determinados cuidados com os filhos e exigem que a escola os represente, dando educação formal e informal. As escolas de educação infantil mostraram maior facilidade para inverter papel e considerar que os pais são preocupados, mas para as escolas que trabalham com a fase da adolescência sentem maior dificuldade em criar empatia com os pais, os considerando omissos.

Inversamente às crianças, a quebra na rotina para os adolescentes é sentida como ensolarada, e para os profissionais isto pode ser mais difícil. Para os profissionais, a mudança de rotina pode ser vista como falta de planejamento ou como no exemplo dado por eles, a

imposição de projetos durante o ano letivo sem a devida capacitação ou programação anterior, pode ser sentida como injusta. No caso dos grupos da comunidade, a mudança também pode ser angustiante, pois não sabem ao certo o que pode acontecer. A palavra que mais aparece nas tempestades é “falta”. Quando algo considerado importante não se faz presente, como professores, capacitação ou material, em oposição ao dia ensolarado que é quando tudo se encaixa e acontece como previsto.

De acordo com a EPS o ambiente escolar requer estrutura adequada (Viig, Fosse, Samdal, & Wold, 2012) inclusive para poder dar alternativas aos alunos e profissionais, como no caso dos dias de chuva. A falta de um profissional também deveria ser previsto e as alternativas serem tão positivas quanto a rotina.

As propostas de trabalho precisam ser condizentes com as idades e as programações adaptadas a estas diferenças. Nas escolas infantis este fator parece estar mais equilibrado, pois as diferenças maiores são sentidas nas questões de necessidades especiais físicas e as diferenças sociais ou psicológicas não estão presentes. Isto é, no Ensino Infantil as discrepâncias são contornadas com maior facilidade. No entanto, tratando-se de crianças mais velhas, alunos com dificuldade de aprendizagem, ou com diversidade no *status* social se evidenciam perante ao grupo e a escola nem sempre apresenta estrutura para lidar com isso.

As doenças físicas sempre são consideradas tempestades. Os projetos de inclusão de alunos com necessidades especiais também são considerados como momento tempestuoso. A falta de capacitação exerce peso sobre as dificuldades encontradas com as doenças e tratamentos. São exemplos de comentários dos profissionais durante a reflexão: “Já precisamos dar alimento por sonda para alunos. Eu não sou enfermeira”. “Os pais dão remédio para baixar a febre e mandam os filhos para a escola. Quando a criança chega e piora, nós temos que cuidar”.

Para duas das escolas infantis este não foi um ponto importante porque ainda não encontraram situações difíceis para serem resolvidas com as poucas experiências que tiveram de inclusão. Mas, mesmo pequenos machucados podem virar tempestade na relação com os pais, pois estes não aceitam que a criança se machuque nem mesmo quando isto possa ser natural para quem está se desenvolvendo. Por exemplo uma criança aprendendo a andar, frequentemente irá cair, ou mesmo sujar a roupa. A superproteção de algumas famílias assusta os profissionais, assim como a exigência destes nos cuidados com os alunos como se fossem os responsáveis únicos pela educação dessas crianças. Os efeitos destas relações aparecem ainda mais nas escolas de nível avançado e na fase da adolescência.

As relações interpessoais entre os profissionais, e dos profissionais com a comunidade afetam o andamento do trabalho. Muitas vezes os profissionais se sentem abandonados em seus trabalhos, sentem falta de estrutura, de apoio, mesmo quando o ambiente não se encontra nos piores cenários. As escolas pesquisadas gozam de privilégio dentro da realidade brasileira, pois apesar de públicas, se situam perto da cidade mais desenvolvida do Brasil, recebendo apoio da Secretaria da Educação. Mesmo assim, na visão dos profissionais, eles trabalham sozinhos na sala de aula, não tendo apoio suficiente para manter o serviço em andamento (falta de professores, equipa de apoio e/ou especialistas). Para os participantes, o resultado na promoção de saúde dos profissionais e dos alunos é diretamente afetado. A falta de profissionais ou o excesso de compromissos, são fatores estressantes para todos afetando os resultados. Em algumas turmas isto pode ser considerado nublado, enquanto outras já consideram tempestade.

A EPS prioriza a relação comunidade escolar e comunidade do entorno da escola, no entanto as atividades realizadas para os pais ainda provocam certo incômodo, e são vistas pelas escolas municipais e estaduais como momentos duvidosos, que muitas vezes atrapalham os pais. Eventos na escola podem ser considerados um tempo nublado para a comunidade, principalmente para as escolas de Ensino Fundamental e Médio. Já as creches e escolas de ensino infantil encontram apoio dos pais para os momentos festivos.

Chamou atenção que mesmo a aprovação dos alunos pode ser tempestade para os pais que não querem que seus filhos mudem de escola. Quer dizer, quando gostam da escola e a sentem como parceira não desejam mudanças, para levar para outra escola em que não imaginam a parceria da mesma forma, demonstrando a relação afetiva criada entre os profissionais e a comunidade.

Na realidade atual do país é recorrente dizerem, que para a comunidade, todo programa de assistencialismo é bem-vindo e, qualquer mudança ou atraso por parte do governo, reflete na reação com a escola. Alguns destes programas são diretamente ligados a escola como a entrega de uniformes ou material escolar, enquanto outros parecem aos profissionais da educação programas de outras áreas, como a entrega de leite ou de cesta básica, mas o controle destes programas muitas vezes fica na responsabilidade da escola, o que por vezes incomoda aos profissionais.

Uma das escolas citou a participação intensa e a proximidade das profissionais junto da comunidade, com visitas para famílias com problemas para assim entenderem o que ocorre dentro da família que atinge o desenvolvimento da criança; ou apenas com o intuito de aproximarem o contato família e escola. No entanto, as mesmas profissionais comentam que

este contato mais próximo nas relações com as famílias vem diminuindo com o tempo, sendo que algumas professoras dizem evitar esta relação mais íntima por medo de envolvimento e retaliações por parte da própria comunidade.

Também apresentam a questão salarial como uma queixa dos profissionais, que aparece na jornada dupla de diversos professores. As reuniões de grupos, chamadas de horário coletivo ou de horas trabalhadas, apesar de serem sentidas como importantes e necessárias, representam um terceiro horário de trabalho o que prejudica a própria saúde física dos profissionais. Houve pedidos de desculpas por parte de alguns participantes em diferentes escolas, pelo cansaço do horário, e uma professora chegou a cochilar no início de um dos encontros. Fica exposta a falta de saúde física e de estresse nos profissionais por excesso de trabalho.

As relações burocráticas e reuniões também se mostraram tensas ou nubladas, mas como em todas as escolas houve participação das equipes gestoras, talvez sem estas presenças o grupo questionasse mais. De qualquer maneira a presença da gestão trouxe também outras questões, e as que foram levantadas já puderam ser trabalhadas, no sentido de escuta dos gestores e de expressão do grupo. Também houve elogios para equipes gestoras que se colocam como parceiras das equipes.

As relações políticas e programas que mudam conforme as eleições também são tensões sentidas pela comunidade e pelos profissionais. Como iniciamos as intervenções num ano político, as discussões poderiam ter sido ainda mais tensas. No Brasil, isto ocorre a cada quatro anos mudando gestão e projetos, tanto das secretarias de educação como da saúde. Os profissionais se mostram questionadores das políticas, mas apenas a escola de ensino médio se mostrou mais polarizada, demonstrando diferenças partidárias. As escolas pesquisadas após as eleições trouxeram questionamentos mais acirrados sobre a corrupção e o assistencialismo.

Uma das diretoras comentou que estão realizando propostas de ações para o programa de “Escola Promotora de Saúde” do município. Este programa é um pedido da Secretaria de Educação para todas as escolas. Reforçando, apenas uma comentou o fato, as demais nunca haviam ouvido falar do conceito.

As escolas de Barueri foram escolhidas para este trabalho por indicação de um professor universitário que tem um programa pela Escola Promotora de Saúde e a autorização para a pesquisa partiu da Secretaria de Educação da cidade por ter o programa implantado. Mesmo assim os profissionais das escolas são rápidos em dizer que nunca ouviram falar a respeito deste conceito. Alguns falam em projetos de Promoção de Saúde.

É possível dizer que dependendo da forma de entendimento emocional de uma nova proposta há quem entenda como um desafio ou como um problema, e conforme a proposta é passada aos participantes, estes podem absorver ou não. A entrada da pesquisadora no primeiro encontro era vista como “perigosa” e ao final do primeiro encontro muitas resistências já haviam diminuído.

Resumindo, este primeiro Sociodrama ajudou a pesquisadora a recolher dados das escolas pesquisadas que se referem às dimensões estruturais, de reconhecimento do trabalho realizado pelos profissionais, e relacionais em especial na relação dos profissionais com a comunidade escolar e de seu entorno.

5.4.2. Segundo Sociodrama - Plano de ação - TREM[®]

(ver anexo C)

Sobre a metodologia: Como dito nos procedimentos, o segundo encontro não utilizou um Sociodrama clássico, mas uma ferramenta para se realizar um plano de ação, o TREM[®]. A cena sociodramática apareceu no próprio trabalho do grupo, que divididos em subgrupos e discutindo as questões levantadas, se inter-relacionaram e se posicionaram quanto às suas semelhanças e diferenças na forma de pensar. O compartilhar da realização do trabalho fechou o Sociodrama do TREM[®]. Como Cossa (2006a) na visão do Sociodrama também é preciso o planejamento para busca de novas saídas mais organizadas e voltadas para a ação.

Ao aquecer o grupo para começar o trabalho foi incentivado o pensar nos extremos tanto quanto no equilíbrio das mudanças e depois usar as letras:

T-Transformar significa que coisas que precisam de pequenas mudanças para alcançarem novas ações;

R-Realçar, ao perceber que já há coisas positivas acontecendo e podem ser valorizadas;

E-Eliminar, significa refletir as ações e ideias que devem deixar de lado, jogar fora ou minimizar;

M-Manter, pensar o quanto é necessário investir em manutenção de ideias, projetos ou ações positivas.

Neste momento os participantes foram divididos em 4 grupos e relacionaram quais mudanças eram vistas como prementes para se deixar a escola mais saudável e mais

promotora de saúde, lembrando que, assim como no primeiro encontro, deveriam pensar nos alunos, nos profissionais e na comunidade.

As escolas também mostraram suas relações interpessoais no momento em que formaram-se os subgrupos. A sociometria das relações apareceram e as rejeições ficaram claras quando foi pedido para que os grupos se misturassem. Duas das escolas mostraram maior dificuldade em se misturarem, e no resultado da atividade incluíram a melhoria das relações, divididas entre o manter e o realçar, sem colocarem explicitamente alguns incômodos. Nos resultados escritos o que se vê é um bom relacionamento, mas tendo base nas cenas e na percepção dos diretores do trabalho pode ser percebido um incômodo nas relações, e que precisaria ser trabalhado. Nas escolas em que o número de participantes era menor, ficou-se pouco tempo nos subgrupos e rapidamente iniciaram-se as discussões em grupo (ver anexos).

Sobre a EPS: A maioria das escolas falou mais sobre a estrutura física e não sobre transformações pessoais. Uma participante justificou esta preocupação, por entender que ter estrutura é a base do seu trabalho. As escolas infantis evidenciaram questões específicas envolvendo a necessidade de mudanças físicas no espaço e na estrutura da escola, visando facilitar as atividades. As escolas de ensino básico e médio discutiram mais sobre políticas públicas e valorização do profissional em geral.

As escolas particulares demonstraram preocupações diferentes das municipais quanto às questões estruturais e nas relações com os pais, mas ambas percebem as dificuldades relacionais.

Uma das escolas particulares iniciou a atividade do TREM[®] com a diretora compartilhando uma decisão tomada a partir do encontro anterior. Sentiu que para o ano seguinte deverá diminuir o número de atividades extra curriculares como as festas e eventos, que requerem planejamento e envolvimento intenso dos profissionais provocando cansaço e diminuição de outras atividades importantes. Após a execução da atividade e durante o compartilhamento a maior parte das propostas do plano de ação acabavam se conectando com o excesso de atividades. Exemplo: Se o calendário for alterado, o ambiente ficará mais leve e os profissionais menos cansados o que pode diminuir o absenteísmo e melhorar o relacionamento interpessoal.

Nesta atividade quando realizada com a escola de Ensino Fundamental e Médio, chamou atenção quando na primeira fala dos profissionais sobre o que eliminar apareceu: “os alunos”. Mais tarde novamente “brincaram” de eliminar os alunos. A tensão destes profissionais aparece de forma contundente e percebe-se nitidamente o quanto sentem

dificuldade de assumirem sua corresponsabilidade nos processos, culpando a família, o governo e a sociedade sem se perceberem participantes dela.

Nas escolas do Município de Barueri iniciamos os encontros no início do ano letivo e uma das escolas concentrou um grande número de professores novos na escola, o que muda a configuração do grupo. Ainda não estavam todos conscientes das questões daquela escola e sim mais voltados para experiências anteriores em outros ambientes. De qualquer forma o segundo Sociodrama foi uma aproximação do grupo ao incentivar a reflexão conjunta e a troca de experiências.

Uma das escolas alegou não ver a inclusão como problema e comentou sua experiência atual com uma criança *down* e uma criança autista, mas é uma das poucas escolas que conta com a presença de uma acompanhante na sala que os alimenta e cuida. Também é uma escola com poucos alunos e cuja participação dos pais é intensa, o que facilita o convívio e os cuidados.

Sobre os registros dos projetos serem ou não realizados, foram discutidas as questões sobre falta de comunicação. Os relatórios enviados pelos professores aos profissionais de outras áreas não recebem retorno, e com isto não oferecem continuidade, fato que aparece tanto no município de São Bernardo como no de Barueri. Sobre registros acadêmicos, esses nem aparecem nas escolas infantis e pouco no ensino médio. Já as escolas particulares veem os registros e a divulgação principalmente como propaganda para captação de novos alunos.

Muitas questões de estrutura física incomodam os profissionais como a falta de espaços adequados para atividades extra curriculares ou a divisão de espaço com outros equipamentos da comunidade, no caso das escolas municipais que dividem a mesma estrutura com escolas estaduais ou duas escolas com diferentes gestões utilizando também o mesmo espaço. O grande número de alunos em sala de aula foi citado por mais de uma escola. A dificuldade em trabalhar com um número excessivo de alunos é como dar atenção diferenciada. Uma das falas dos professores é de que a prefeitura não está contratando novos professores porque, apesar de terem passado nos concursos públicos, os profissionais não demonstram nível mínimo de conhecimento para serem contratados para a função. Com isto a prefeitura não está conseguindo abrir novas salas de aula e equilibrar o número de alunos por sala. Esta discussão entre os profissionais demonstra desconfianças políticas quanto aos verdadeiros motivos que levam à falta de estrutura fornecida pelo governo para o desenvolvimento dos programas educacionais.

Uma das escolas citou a falta de sala só para os professores e que as reuniões são realizadas num pequeno espaço localizado debaixo das escadas, onde os professores se

encaixam ao redor de uma mesa. Nesta mesma escola comentaram que apesar da falta de alguns recursos, procuram não deixar que isto afete o envolvimento e a realização destas reuniões.

Sobre questões financeiras, numa das prefeituras é possível para a escola ganhar dinheiro extra através de festas abertas para a comunidade, na outra isto não é mais permitido. Mas, mesmo a escola que consegue algum dinheiro, não se sente com autonomia para gerenciá-lo, pois quando encontra soluções rápidas para a manutenção, conserto ou melhoria da escola, esbarra na burocracia. Para qualquer gasto da escola é necessário que sejam feitos três orçamentos diferentes a serem passados para a Secretaria Municipal, justificando o gasto. A burocracia causa atraso nas decisões estruturais e incomoda a maioria das escolas.

Uma outra questão chama atenção: a sensação de excessos, e como cada escola investe num determinado projeto, chegando a consumir a energia dos profissionais em detrimento de outros projetos que não recebem o mesmo tratamento. Um exemplo foi a reclamação da Escola F sobre o exagero na preocupação sobre o controle na alimentação e com relação às atividades interdisciplinares.

As escolas infantis demonstraram um grande desconforto com a falta de continuidade da visão integrada antes disseminada na educação infantil. Sentem que a criança que foi cuidada e desenvolvida como um ser integral durante a sua frequência na creche e na educação infantil perde quando passa a frequentar a escola de ensino fundamental. Como exemplo, citaram situações básicas como o ensino da escovação dos dentes, que deixa de ser realizado no ensino fundamental ou a estimulação da autonomia geral da criança, que regride muitas vezes, como no caso do aluno que na hora do almoço já se servia sozinho durante o Ensino Infantil e que no Ensino Básico volta a ser servido pela merendeira. Outro exemplo, são as “palavrinhas mágicas” (por favor, obrigado, desculpe, entre outras), que deixam de ser habituais quando as crianças mudam de fase escolar. O comentário de uma professora que saiu do Ensino Básico para trabalhar no Infantil, foi que os professores de Ensino Básico também não costumam usar estas palavras e a falta de gentileza está presente também nas salas de professores.

Foi neste sentido que as escolas trouxeram a preocupação sobre a melhoria das relações interpessoais e numa das escolas também se falou sobre como foi importante perceber os diferentes pontos de vista de uma mesma realidade experimentada na escola no encontro anterior. O mesmo item que para um participante deve ser colocado como manter, para outro é transformar, e ainda outro acha que já existe, mas é preciso realçar.

A maioria das gestoras emitiu agradecimentos para as pesquisadoras, pela oportunidade dada aos participantes para escutarem o grupo de uma outra maneira. Ficou nítido que de um encontro para outro algumas escolas já percebiam e relatavam mudanças no ambiente. Uma professora gostou da técnica de Sociodrama usada na reunião pelas pesquisadoras e resolveu reproduzi-la em outra escola, com alunos mais velhos, ficando encantada com os resultados e com a possibilidade de conhecer estes mesmos alunos de uma forma diferenciada, mais metafórica do que objetiva, além de perceber que criou uma confiança maior do grupo para com ela.

Sintetizando, as questões estruturais das escolas foram foco dos profissionais. A falta de estrutura adequada prejudica a todos e em especial o trabalho em formato de projetos. Fica claro que a adequação dos projetos em relação à idade ou cultura depende mais do próprio profissional, mas a adequação da estrutura depende de atores externos à escola. Também foi ressaltada a importância do ambiente entre o próprio grupo nas relações interpessoais.

5.4.3. Terceiro Sociodrama – Ministério da Saúde X Ministério da Educação

Sobre a metodologia: No terceiro encontro na maioria das escolas, o grupo já se mostrava mais aquecido e disponível para falar com liberdade sobre o que acontece na escola, pois como em cada sessão de Sociodrama sempre existe, também houve um aquecimento do grupo no primeiro e no segundo encontro para que no terceiro, os participantes já inteirados sobre o trabalho, se sentissem mais descontraídos, aquecidos, e integrados, e então pudessem se soltar para participar da dramatização de um Sociodrama mais clássico. Mesmo assim, como no primeiro Sociodrama, a maioria dos participantes ainda teve grande dificuldade em inverter papel assumindo a posição dos profissionais da saúde. Utilizou-se um aquecimento da experimentação do caminhar se imaginando em diversos papéis e irem aos poucos assumindo os que seriam incorporados neste Sociodrama. A inversão de papéis como citada no capítulo 2, não é comum para os participantes, mas é a essência do Sociodrama.

Sobre a EPS: As escolas municipais se aqueceram mais facilmente e apesar da timidez de alguns participantes, a medida que o Sociodrama foi acontecendo, foram entrando nos papéis e trazendo várias das questões que os incomodavam.

Na escola A (municipal) o tema mais forte foi a autoestima dos professores e como aceitam determinações sem mesmo colocarem o que pensam. Muitas vezes, o professor percebe que saberia o que fazer para que um projeto da saúde surtisse maior efeito, mas se

cala porque entende que este não é seu papel. A escola B (municipal), também discutiu o tema autoestima, mas a discussão maior se deu nas questões da falta de profissionais especializados para a inclusão de alunos com necessidades especiais.

As escolas de Ensino Infantil particulares (C e D) apresentaram como principal demanda o interesse em cursos de aprimoramento fornecidos pelos profissionais da saúde. Não sentem a necessidade deste profissional dentro da escola, mas como parceiros. Um exemplo que foi proposto pelas duas escolas como responsabilidade do Ministério da Saúde foi a necessidade de um curso de “Primeiros socorros”. Existe uma grande preocupação por parte dos pais de crianças pequenas quanto à saúde delas e o perigo dos acidentes ocorridos dentro dos limites das escolas e portanto esta preocupação também atinge os profissionais que trabalham com alunos nesta fase e são responsáveis pela integridade física dessas crianças. Apenas quando as crianças crescem é que os pais começam a ter mais interesse nos outros aspectos como por exemplo, linhas de aprendizagem. Isto se reflete nos profissionais que gostariam de participar de cursos sobre primeiros socorros. Ambas as escolas particulares acabaram refletindo sobre a “falta de verba” dos Ministérios, e por fim, chegaram à conclusão que independente de verba, podem praticar “parcerias”. Exemplo: convidar o corpo de bombeiros para ministrar os cursos de capacitação aos profissionais das escolas, sendo importante a participação de todos os funcionários, e também, parcerias com as equipes de enfermagem das Unidades Básicas de Saúde do bairro. Esta ideia de trabalho em parceria é fundamental para a condição de EPS, pois para estas escolas, diferentemente das duas municipais, a presença da equipe disciplinar pode ser composta por parceiros que ora executam projetos, ora apenas compartilham conhecimentos. Já as municipais explicitam a falta de profissionais presentes no cotidiano da escola, como enfermagem ou psicólogos. Alguns profissionais sentem a proximidade das Unidades de Saúde como parceiros e outros não. A mesma escola pode relatar experiências quando houve a participação dos profissionais destas Unidades de Saúde e em outras situações, se sentiu abandonada por eles.

Na escola de Ensino Fundamental e Médio, o Sociodrama explicitou o conflito entre as gerações de professores e as expectativas em relação aos alunos. Um dos professores mais jovens, de Geografia, quando se colocou no papel do médico que implantou a EPS no estado, se inflamou discutindo “o Ministério da colonização” dos alunos. Uma outra professora que já havia chegado atrasada também se inflamou, discutiu e de forma agressiva se levantou, despediu-se do grupo, então retirando-se da sala. Ela já havia sinalizado que teria que sair mais cedo, mas foi de forma tensa denotando intransigência em relação ao ponto de vista do outro profissional. Ous professora, a mesma que na atividade do TREM[®] desejou eliminar os

alunos, ao final da atividade do Ministério manifestou-se como se fosse um adolescente, dizendo alto que já estava na hora de terminar a reunião. Ficou claro o descontentamento de muitos professores que ao se colocarem na posição de alunos se manifestaram da mesma forma que eles, de forma agressiva. Reagiram do mesmo modo que criticam. Se sentem agredidos pelo sistema e por não terem conseguido se colocar no papel profissional da forma como desejariam.

Uma das escolas participou em dois diferentes horários, vespertino e noturno, e apresentou olhares diferentes mas complementares, porque as duas turmas trouxeram questões políticas que muitas vezes evidenciaram interesses opostos. Um momento de forte impacto foi a inversão de papéis com a figura do supervisor da educação, um papel que pode ser considerado intermediário entre a escola e a política. Todos perceberam a impotência deste profissional, o que provocou maior empatia a esta relação e um sentimento de aceitação, no entanto, mais forte ficou a sensação de imposição dos programas políticos por interesses que nem sempre servem aos profissionais da escola e assim, causam o descrédito destes.

A seguir serão citadas algumas das falas dos personagens retiradas conforme a pertinência do conceito EPS. Neste Sociodrama, surgiram personagens variados: Ministro da Saúde, Ministro da Educação, médico, dentista, assistente social, psicóloga, professores, orientador pedagógico, ONG, direção, assistente, supervisor.

Como a escola pode ser vista como um local de encontro do aluno e da família, os profissionais das escolas de crianças pequenas veem os pais com maior frequência e a medida que a idade das crianças avança, a participação da família diminui. “A mãe some!!!!!!” “Deviam trazer os pais”.

Quanto ao conceito de saúde e à separação entre saúde e educação, no aquecimento e ainda na escolha das personagens já tínhamos algumas indicações de como pensam os profissionais e a realidade que vivenciam. Nenhum grupo colocou a personagem psicólogo como membro da área de educação, apenas da saúde. A forma de falar dos personagens demonstrou em alguns momentos a competição por *status* e apareceu em todos os grupos.

“Os professores são mais criativos... Eles têm que ser... (risadas)”. “Todos pensam que o professor deve ser criativo, mas o médico precisa de estrutura!”. Demonstraram sentirem-se desvalorizados e em alguns momentos, educadores e profissionais da saúde se colocaram em confronto. Parecia existir um sentimento inicial de que os profissionais da educação são desvalorizados por parte dos profissionais da saúde.

Foi falado de dinheiro com comentários do tipo: “Precisa de saúde salarial”. Existe bolsa família mas não tem bolsa saúde!” (como MS). Os programas do governo apareceram com um ar de descontentamento, pois metade das escolas públicas reclamaram das exigências dos programas para com os professores que sempre precisam enviar relatórios ao governo mas ficam sozinhos para encarar os pais quando algo sai errado.

“AH! A parceria já chegou às escolas, oftalmologista, dentista... (risadas) ” (como MS) Com isso querem dizer que os profissionais visitam as escolas mas não foram preparados para falar com as crianças, na linguagem que elas entendam e assim, os trabalhos que deveriam ser de prevenção por meio do ensino de práticas saudáveis, acabam sendo trabalhos pro forma.

As escolas particulares se mostraram menos arredias ao conceito de que a escola seja um espaço útil para a saúde, mas a medida que se trabalha com crianças mais velhas, a preocupação com o conteúdo das disciplinas aumenta e há uma tendência a reclamarem quando outras responsabilidades são impostas e o papel do profissional recebe novas demandas.

“Já temos na rotina das crianças os hábitos de higiene, não precisa de um projeto para isso”. Nossa necessidade hoje é outra. Curso de primeiros socorros”. As duas escolas particulares reivindicam cursos de capacitação, como necessidade básica, enquanto para as escolas públicas, há carência de um número maior de profissionais. As duas alternativas parecem complementares, isto é, sempre se faz necessário conhecimento por parte dos profissionais da escola, mas à medida que o número de alunos aumenta, o número de especialistas da saúde também deve ser ampliado.

Na escola de Ensino Médio, não ficou evidente o projeto de inclusão de alunos com necessidades especiais. As demais escolas ao questionarem este projeto com maior ou menor intensidade, denotaram sentir a mudança do papel do professor ao expressarem as seguintes falas: “Professor tem que ser de tudo” “secretário geral”. Apareceram diferentes posições sobre o assunto inclusão entre as escolas municipais e particulares, como por exemplo na escola municipal: “Precisava ter enfermeira”... “E psicóloga, pois não damos conta dos problemas que aparecem”. Exemplo na escola particular: “Não precisamos da enfermagem na escola, mas precisamos de treinamento, de capacitação para alguns cuidados”. O que já era preconizado por St Leger desde o ano 2001.

Os profissionais da educação infantil, na sua grande maioria feminina, já estão acostumados a adicionar outras funções às suas, como babás, enfermeiras, psicólogas, assistentes sociais, etc., e não acreditam que as Secretarias da Educação e da Saúde se

preocupem com isso. Durante o trabalho afirmaram que não creem que haja alguém preocupado com elas, mas que nunca haviam se colocado no papel da Secretaria de Educação ou Saúde e pensado a respeito. Por isso, a troca de papéis teve um grande impacto na forma dos profissionais enxergarem os problemas. Fala de uma professora: “Nunca tinha pensado no papel da Secretaria da Educação e muito menos da Secretaria da Saúde”.

Uma professora de biologia que atualmente atua na educação infantil, ao fazer o papel do Ministro da Saúde mostrou a preocupação com a geografia do país e as demandas específicas. – “Como Ministro preciso fazer o programa chegar em todos os lugares e, como faço isto? Nosso país tem necessidades muito diferentes numa cidade de São Paulo ou uma do interior da Bahia”, reforçando a valorização das diferenças culturais.

Apareceu numa das escolas a menção a um projeto governamental denominado Amigo da Escola, que envolve as famílias nos cuidados com a escola e com novos projetos de forma voluntária.

Um professor comentou: - “Tinha que ter aula de civilidade”, (destaque de estudos escolares sobre civilidade, como o de Rodrigues, Dias & Freitas, 2010).

Na posição do supervisor um professor se manteve calado. Ao final comentou: - “Me senti impotente. Tentava pensar no que falar, mas entendia que não tinha o que discutir, apenas seguir as ordens”. Foi um momento impactante para o grupo que se percebeu impotente.

Fala do Ministro da Educação em tom enfático: - “Não adianta só começar. Eu aceito o trabalho, mas quero ver começo, meio e fim” (foi aplaudido pelo grupo).

Uma das participantes ao final do Sociodrama refletiu sobre a importância de se colocar no lugar do outro, mesmo sem nunca ter nem discutido o assunto, percebendo com isso a importância da essência da inversão de papéis. Nas outras turmas foi a pesquisadora quem trouxe a ideia de inversão. Numa das escolas pesquisadas, como houve tempo sobrando pelo horário disponibilizado, a pesquisadora trabalhou com as professoras e a diretora, a inversão de papéis com os pais, pois estes provocavam a maior queixa da escola (pais que interferem na autoridade do professor e são muito permissivos com os filhos). A pesquisador voltou à escola 1 mês depois a convite da escola para promover um novo Sociodrama no “Dia da Família” envolvendo pais e alunos.

Este terceiro Sociodrama apresentou diversas questões políticas que envolvem a educação e a saúde e retratam algumas angústias que estão sendo vividas pelos participantes no momento brasileiro. O que deveria ser uma construção conjunta é sentida e efetivada de forma hierárquica imposta, contradizendo a proposta de EPS. A impotência é sentida pelos

profissionais e apareceu durante a dramatização como impotência de algumas personagens, principalmente quando representaram posições de maior poder como o das autoridades governamentais. Durante este Sociodrama o entendimento de conceito de saúde bio-psico-social foi refletido e a intersectorialidade manteve-se como o principal foco do trabalho. Refletir as questões da intersectorialidade apenas entre os profissionais da escola não atinge resultados objetivos, no entanto prepara o terreno para que estes profissionais se aproximem de outros com menor resistência, diminuindo o sentimento de sentirem-se abusados quando solicitados para a participação em novos projetos.

5.4.4. O fechamento das atividades

Através das atividades feitas com as pérolas, com os marcadores de livros e com os pezinhos, usados como objetos intermediários, os participantes dos grupos puderam entrar em contato uns com os outros e a comunicação fluiu com facilidade e organização. Não foi pesquisado e não foram levantados dados sobre a relação grupal e o status sociométrico, como indicação de alguns autores como Kipper (2006) ou Liberali e Grosseman (2015), mas assim como o conceito de relacionamento interpessoal foi mais bem compreendido, as relações saíram mais fortalecidas, incluindo uma melhoria na autoestima dos profissionais ao receberem *feedbacks* positivos dos seus parceiros de trabalho.

No depoimento de uma das diretoras, após o primeiro encontro e após a troca de pérolas, o grupo se transformou e situações que a preocupavam e não via como resolver, haviam-se dissolvido, pois o grupo passou a se mostrar “mais saudável”. Para outras diretoras foi marcante a troca de pérolas e provocou reflexões posteriores.

Na escola de Ensino Médio, onde o grupo de profissionais denotava ser mais tenso, a pérola foi utilizada em sala de aula por uma das professoras mostrando o quanto foi significativa para ela que incorporou o método.

No primeiro encontro, para professores que ainda não se conheciam bem, foi difícil a atividade de trocar pérolas com o outro, mas sentiram que foi bom para reconhecerem afinidades. Quando chegaram ao segundo encontro comentaram a importância do encontro anterior e da atividade sobre as competências.

No grupo que já se conhecia, o comentário foi: - “ A palavra sobre esta atividade é - Oportunidade – não temos a oportunidade de falar para algumas pessoas. Não temos tempo e nem oportunidade”.

Uma professora da escola infantil encerrou dizendo: - “Ganhei a noite, ganhei o dia, ganhei a semana” Ao final comentaram que a nova diretora iniciou com uma atividade diferente de apresentação do grupo e que também foi importante, mas a falta de tempo acaba sempre consumindo a todos e ninguém deixa tempo para estes cuidados.

A atividade do pezinho foi reconhecida como marcante para lembrarem de sua própria responsabilidade. Uma participante disse que lembrou várias vezes do seu passo em direção a melhora de seu próprio trabalho.

Na terceira atividade, com a utilização dos marcadores de livros, uma atividade mais racional e menos simbólica, o envolvimento entre os participantes foi menor do que nos encontros anteriores, mas ficou clara a proposta psicodramática de inversão de papéis, o quanto cada um consegue ou não, expor seu próprio ponto de vista e a dificuldade encontrada no dia-a-dia de se colocarem no lugar dos outros.

De todas as escolas, apenas uma, a escola estadual de Ensino Fundamental e Médio não demonstrou alcançar estágio de entendimento maior na troca de papéis, provavelmente porque encontrava-se com dificuldades maiores de aceitação pelos participantes em seu papel profissional. Para esta escola o período de trabalho com apenas três encontros foi curto para o objetivo almejado. A coordenadora ao final pediu imensas desculpas, pois não foi conseguido que o grupo respondesse novamente a escala para título de comparação.

5.4.5. Comentários finais dos sujeitos da pesquisa

Comentários finais dos sujeitos da pesquisa sobre os encontros e a metodologia utilizada:

- Você construiu com a gente o conceito, isso foi bacana. Seria diferente se apenas fosse falado. Saio diferente daqui.
- Nunca mais vou participar da reunião com a equipa de saúde, do mesmo modo.
- Vou querer saber mais sobre os projetos.
- Descobri que posso falar também, não preciso apenas ouvir e depois reclamar.
- Foi interessante pensar no conceito desta forma.
- Este trabalho me trouxe “Liberdade de expressão”, poder falar, pensar, discutir e refletir, antes de concluir. O espaço lúdico sem a preocupação da resposta certa, o que facilita a abertura do olhar e do pensar.

- Você não imagina o que o grupo mudou depois destes encontros, especialmente depois do primeiro.

- Os pais também precisam participar de trabalhos assim.

Algum tempo após o encerramento deste trabalho, foi recebido pela pesquisadora, o depoimento de uma participante que passou a questionar a maior participação dos professores junto à equipa gestora, sua fala era: podemos aprender com o trabalho das psicólogas e conversar mais sobre os conceitos e não apenas “aceitar” como imposições.

Outra fala significativa foi: - “Fazemos mais do que pensávamos que fazíamos”.

- “Nunca mais entenderemos a palavra saúde da mesma forma. Você nos mostrou que o que fazemos também é saúde”.

Fala de uma gestora – “Não tenho vergonha de dizer: Eu nunca tinha ouvido falar em EPS, e depois que começamos a conversar aqui comecei a ouvir. Estamos discutindo isto nas Metas do Milênio, nas reuniões da secretaria”.

Uma professora terminou dizendo: É muito possível ter uma “Escola Promotora de Saúde”

Mais uma vez é possível perceber que a visão de saúde ainda permanece apenas como ausência ou tratamento de doenças como dizem Heleno, Vizzoto e Bonfim (2007) e necessita de maiores discussões e aprendizagem por parte dos educadores (Minayo, Hartz & Buss, 2000) para que se efetivem em ações.

5.5. Análise exploratória qualitativa segundo os quatro fatores

Conforme descrito nos procedimentos, a análise e a interpretação foram realizadas ao mesmo tempo, e segundo os quatro fatores definidos no capítulo 3.

Fator 1 – Projetos

A percepção da pesquisadora em relação a este fator, é de que o conceito de projetos, independentemente de ser utilizado com maior ou menor frequência é bem compreendido pelos profissionais. A maioria das questões referente ao desenvolvimento dos projetos é relacionada à estrutura física e profissional da escola. A falta de profissionais no dia-a-dia da escola; a falta de profissionais especializados para inclusão de alunos com necessidades especiais, a falta de estrutura física adequada, a falta de material escolar adequado, entre outras faltas, são sentidas como dificultadores na implantação de projetos, mesmo quando estes são vistos com agrado pelo grupo de profissionais, em consonância com Hargreaves,

Earl, Moore e Manning (2001) que citam a estrutura escolar como uma das mudanças necessárias nas escolas, e com Viig, Fosse, Samdal, e Wold (2012) que citam as dificuldades encontradas pelas limitações de ações por parte dos profissionais nas questões estruturais, pois isso depende da gestão e muitas vezes uma gestão distanciada do dia-a-dia. Turunen, Tossavainen e Vertio (2004), também entendem as questões estruturais como básicas para a implementação da EPS.

Estas faltas também se refletem nos relacionamentos interpessoais dos profissionais, pois sem estrutura adequada pequenos conflitos surgem diariamente. Por exemplo, quem ficará com a sala de aula mais bem iluminada ou melhor posicionada?

Os professores de Educação Infantil estão mais habituados com os trabalhos multi e interdisciplinares do que os que trabalham no Ensino Fundamental 2 e no Ensino Médio, o que ocorre em função das características do projeto pedagógico, que exige do professor infantil o ensino de todas as disciplinas, enquanto os demais são exigidos apenas por suas especialidades.

Fator 2 - Reconhecimento e Realização

Segundo a percepção da pesquisadora durante os encontros, a principal falta de reconhecimento profissional sentida pelos profissionais se dá em relação à sociedade em geral. Na opinião dos professores, a profissão de educador não é valorizada pela sociedade nem pelo governo federal, nem tão pouco pelo governo local. Os professores especializados em alguma das disciplinas deixaram claro que muitos deles não escolheram trabalhar na educação, sendo uma opção apenas por falta de outras oportunidades, ou apenas uma passagem profissional momentânea.

O reconhecimento do aluno é visto como fator importante e que, em geral, ocorre mais por parte das crianças do que por parte dos adolescentes. A comunidade também reconhece melhor o profissional de educação infantil do que os demais, e isto se reflete na atuação dos mesmos.

Como cita Neves (2006) nas pesquisas, o bem-estar do docente é acobertado pela valorização do mal-estar deste. O trabalho de promoção da saúde com estes profissionais ainda tem muito para ser investido e estes profissionais precisam ser reforçados em suas estratégias de *coping* e em suas competências de resiliência.

Fator 3 - Comunidade

É possível perceber as dificuldades no conceito de entorno da escola e como os profissionais sentem a cobrança da comunidade e não a parceria com ela. Quando estes profissionais se colocam no lugar da comunidade posicionam as questões sociais como os

principais entraves relacionais entre escola e comunidade. A falta de material escolar, de uniformes ou de estrutura mais adequada é fonte de problemas. A ausência de vagas para todas as crianças, as diferenças entre a estrutura física de uma escola para outra e a carência de profissionais especializados, são fatores sentidos pela comunidade que acredita ser uma obrigação governamental cuidar da equidade social, o que hoje ainda não ocorre no Brasil.

A comunicação ineficiente entre a comunidade e a escola, também é citada como obstáculo para o desenvolvimento de projetos, assim como a falta de estrutura social e familiar que também reflete as dificuldades encontradas pela comunidade na aceitação de algumas condições impostas pela escola.

Os profissionais da educação expressaram uma grande expectativa quanto ao seu papel de educador frente às autoridades, à comunidade e aos alunos, mas ao mesmo tempo sentem que são responsabilizados por todos os problemas e soluções, o que os torna sobrecarregados. Em contrapartida, os profissionais da educação não sentem o mesmo retorno por parte da comunidade e de outros setores. Isto aparece nas falas de todos os grupos e em todos os encontros, pois, embora, dependendo da escola algumas parcerias já aconteçam tanto com a comunidade como com as prefeituras dos municípios, a maioria dos profissionais sente que ao procurar outros grupos para constituírem equipes de trabalho conjuntas, não recebem retorno. É um pensamento unânime de que a escola não é tão valorizada quanto deveria ser.

Fator 4 - Conceito de Saúde

O conceito de saúde bio-psico-social ainda parece mais ser um conceito teórico do que prático, segundo o que a pesquisadora sentiu durante os trabalhos. Isto é, os profissionais entendem que o indivíduo é um ser bio-psico-social, no entanto o seu trabalho é especializado para o aprendizado, e se espera dos alunos uma dissociação de suas condições biológicas, psicológicas e sociais, em especial tratando-se de alunos adolescentes. As escolas infantis apresentam maior facilidade para o trabalho segundo este conceito, mas também sentem e agem como se fossem questões distintas. Os professores se sentem abusados por parte dos profissionais de outros setores, como se fosse exigindo deles, a resolução de problemas que seriam da responsabilidade de outros profissionais, por exemplo: por vezes defendem a crença de que não deveria ser obrigação da escola cuidar de questões emocionais dos alunos, e sim apenas questões de aprendizagem. Esta visão é parecida com a presente na pesquisa de Viig e Wold (2005). Entendem a saúde mais voltada para as doenças e questões biológicas, e com isso, os projetos ligados à saúde são os de alimentação saudável, doenças sexualmente

transmissíveis, vacinação, uso de substâncias psicoativas, entre outros. Os pequenos acidentes ocorridos na escola também são vistos como cuidados com a saúde.

Mas, um dos principais temas desta amostra se baseia na inclusão de crianças com necessidades especiais. A falta de especialistas e a exigência de conhecimento por parte dos educadores é vista como abusiva e insustentável, assim, coloca-se a necessidade de capacitação dos profissionais como o principal investimento na proposta de Escola Promotora de Saúde, coincidindo com a visão de Turunen, Tossavainen e Vertio (2004) que consideram inadequada a preparação dos professores e dos prestadores de serviços de educação nas questões de saúde.

Durante os trabalhos dos Sociodramas evidenciou-se a falta de conhecimento sobre EPS por parte dos profissionais, sendo que a maioria dos temas referia-se a projetos, em segundo lugar, assunto sobre o relacionamento com os pais. O tema saúde ainda é pouco abordado.

5.6. Escala 1 x Escala 2

Após a pesquisa qualitativa do Estudo 2, isto é, sobre as intervenções sociodramáticas que trabalharam o conceito de EPS, os questionários foram novamente aplicados aos profissionais que participaram dos encontros e foi possível perceber-se diferenças em algumas questões, tanto pelo entendimento do conceito como pela reflexão a respeito do que já realizavam nas escolas e nem se apercebiam disso.

Não foi analisado cada sujeito, mas a escola como sujeito. Desde o início, o que possibilitou a entrada da pesquisadora nas escolas foi explicar ao grupo de professores que não seriam avaliados individualmente, pois estes profissionais se sentem avaliados todo o tempo e oferecem resistência a novas pesquisas. Apenas com a fala de que seriam analisados os pacotes de escalas em grupo é que aceitaram a pesquisa. Mesmo assim, um grupo optou por não responder à segunda aplicação da escala, por ser igual à primeira. Nesta situação é possível pensar na hipótese de que estes entraves à pesquisa representem sintomas da própria falta de saúde profissional e organizacional do ambiente escolar.

Comparando a pontuação total antes do Sociodrama (T1) e depois (T2), apenas temos significativas as pontuações da Escola A: (a pontuação média subiu de 243.77 para 259.89) e 10 (a pontuação média subiu de 241.33 para 279.63).

Comparando os quatro fatores (Projetos, Reconhecimento, Comunidade e Conceito de Saúde), apenas obtemos resultados significativos para as escolas G, H, I e J;

Escola G: a pontuação média da dimensão Projetos desceu de 108.25 para 95.13 e o Reconhecimento desceu de 44.13 para 39.40;

Escola H: o Conceito de Saúde subiu de 44.20 para 57.00;

Escola I: o Reconhecimento desceu de 48.40 para 42.14;

Escola J: a Comunidade subiu de 16.00 para 24.00.

Isto é, as escolas que apresentaram maiores mudanças nas médias foram as do Município de Barueri e a escola de São Bernardo do Campo, que neste trabalho tem o maior número de alunos. A princípio, este dado apenas revela que existem diferenças entre os municípios, mas não é possível definir quais. Uma hipótese pode ser que, quando se tem um maior conhecimento prévio do tema a escala se mantém com os mesmos resultados e quando a escola possuía menores informações sobre tema, os números se modificaram, pois após as intervenções, o grupo aprendeu mais e se apercebeu sobre suas próprias atuações e sobre o trabalho que já realizam.

Tabela 81

Médias, Intervalos de Confiança, e Resultados do Teste para as Dimensões EPS nas 10 Escolas, Antes dos Sociodramas

Fator	EA	EB	EC	ED	EF	EG	EH	EI	EJ
1	48.67, [45.73, 51.53]	50.42, [48.12, 52.67]	51.36, [46.56, 56.27]	47.43, [43.86, 51.00]	53.27, [46.57, 58.73]	48.31, [42.68, 53.67]	44.20, [37.38, 49.50]	59.80, [52.00, 67.00]	46.00, [46.00, 46.00]
2	110.29, [104.26, 116.08]	113.65, [108.33, 118.72]	112.18, [95.27, 123.70]	108.71, [98.01, 118.45]	113.60, [105.94, 120.86]	108.25, [99.40, 116.69]	117.20, [112.00, 122.20]	127.80, [108.50, 142.00]	97.50, [94.00, 101.00]
3	41.45, [39.07, 43.72]	43.22, [41.47, 44.88]	43.18, [38.42, 47.45]	42.29, [40.50, 44.25]	42.07, [39.38, 44.60]	44.13, [41.91, 46.38]	45.40, [43.14, 47.67]	48.40, [45.00, 51.33]	41.00, [38.00, 44.00]
4	16.76, [14.62, 19.03]	17.38, [15.91, 18.94]	15.73, [12.27, 19.36]	18.43, [15.80, 21.33]	16.93, [15.26, 18.71]	16.75, [14.68, 18.80]	18.60, [14.00, 23.00]	20.60, [12.71, 28.00]	16.00, [-, -]

A tabela 81 demonstra que todas as escolas se encontram na mesma média em relação a cada fator o que demonstra a força da escala, e por outro lado, a fragilidade da proposta de EPS que, apesar da teoria bem elaborada por parte dos proponentes do conceito, ainda não atinge boas médias em alguns de seus fatores demonstrando que o conceito como um todo, ainda não foi incorporado pelos profissionais.

5.7. Limitações do Estudo

Este estudo apresenta algumas limitações. A hipótese de que o conceito EPS ainda se mostra pouco presente nas escolas se manifesta através das próprias dificuldades da pesquisadora para ingressar nas escolas e realizar a pesquisa. Encontrou-se resistência das escolas para a pesquisa, com um forte sentimento de medo de avaliações. Em geral gestores de escolas e professores, não gostam de participar de pesquisas por experiências de fortes críticas aos trabalhos por eles realizados. Sentimentos de pouco reconhecimento profissional, de cobranças excessivas e de falta de integração das equipes, os impede muitas vezes de se colocarem de forma límpida e transparente, como ao responder uma pesquisa, e portanto se esquivam e se negam a participar.

Outro motivo alegado pela maioria das escolas é a falta de tempo dos profissionais para participação de trabalhos como as intervenções programadas. Também foi sentida a falta de tempo para um número maior de intervenções e para a comparação dos dados entre diferentes escolas.

Apesar destas resistências foi possível a participação de um número pequeno, mas participativo de escolas.

São lacunas neste estudo, o número restrito de sessões interventivas e a análise dos dados com frases parafraseadas e não literais, com sugestão de utilização de análise por meio de outras metodologias estatísticas na próxima amostra.

5.8. Futuras propostas de investigações

A amostra deve ser ampliada em todos os níveis: o número de escolas participantes com uma amostra maior de escolas de ensino infantil, fundamental, médio e técnico, e as cidades brasileiras com significância para cada região do país, além da diferenciação entre escola pública e privada.

Sugere-se que a pesquisa-ação seja processual com acompanhamento por mais tempo em algumas destas escolas representativas das regiões na busca de um levantamento de dados qualitativos que contribuam para o entendimento das particularidades das escolas.

Novas escalas podem ser criadas e validadas para amostras entre alunos e comunidade escolar. Os grupos podem ser avaliados repetidamente, ano após ano, para acompanhamento da evolução do conceito.

As escalas aplicadas podem ser mensuradas de forma individual e/ou grupal, fornecendo dados diferenciados de outros modelos de avaliação já considerados pela literatura.

Outro grupo de interesse de pesquisa quanto ao entendimento do conceito de EPS é composto pelos profissionais de saúde. O entendimento e o envolvimento destes profissionais junto à educação são de fundamental importância para o sucesso do conceito.

5.9. Aplicações práticas

As intervenções junto aos grupos de profissionais se mostraram como reflexões importantes e práticas, com um modelo de pesquisa interessante para as escolas e não exclusivamente para o universo acadêmico. Mostra-se o estado do grupo em relação ao conceito, ao mesmo tempo que facilita a ampliação tanto individualmente para os participantes que podem levar estes conhecimentos para outros grupos do qual participem; como para a escola e sua gestão, atendendo a proposta de promoção de saúde.

Secretarias de Educação e escolas particulares podem aplicar a pesquisa e intervir ao mesmo tempo, o que agilizaria a implantação e implementação do conceito. Também como indica a literatura (Gomes, 2009; Hernández, 2010), a disciplina Promoção de Saúde pode ser recomendada para instituições de ensino em especial na formação de educadores, como nas graduações de pedagogia. O estudo de EPS também deve ser ampliado junto aos profissionais da saúde.

Capítulo 6: Discussão

Neste trabalho foram realizados estudos quantitativos e qualitativos que se mostraram complementares, sendo utilizada a metodologia multi-métodos. Na revisão da literatura foram discutidos vários tópicos a respeito do conceito de Escola Promotora de Saúde, culminando com a criação de uma tabela com dez dimensões teóricas que apresentam as condições necessárias para uma EPS. No estudo 1 foi possível perceber a concepção do grupo sobre a promoção de saúde, corroborada pelos fatores estatísticos que encontraram força na escala identificando-se também os que não alcançaram bons índices, provavelmente por não estarem integrados no entendimento do conceito por parte dos profissionais. Concluiu-se então que seria necessária a redução de dez, para quatro fatores com força estatística. Parece visível que estas quatro dimensões representam o conceito de EPS, ainda não incorporados como um conceito único, e sim em quatro campos diferenciados.

Era esperado que outras escolas aceitassem o convite para participar do estudo, no entanto houve grande resistência. A principal dificuldade foi encontrar um momento em que os profissionais pudessem se reunir para o trabalho em grupo. O ingresso nas escolas por meio das instituições governamentais não foi permitido de forma direta, e sim deixado a cargo da gestão de cada escola. As escolas que aceitaram foram as que já contam com um horário semanal reservado para a “educação continuada” com os profissionais. Estas resistências deixam em aberto muitas questões e novas hipóteses. No Brasil já são ministradas aos professores muitas palestras de conhecimentos específicos e/ou motivacionais, o que faz com que já estejam acostumados a assisti-las e não as valorizar (são estudos obrigatórios definidos pelas Secretarias de Educação). Os professores não acreditam em reformas positivas nas escolas, principalmente porque não se sentem ouvidos! Não acreditam em mudanças e revelaram isso de forma maciça e direta ao entrarem em contato com a proposta deste estudo.

Um dado relevante desta amostra de validação da escala (Estudo 1 - capítulo 3), é que como a grande maioria dos profissionais é graduada, e em especial na área da Pedagogia, poderia ser comum a resposta positiva ao conhecimento do conceito de EPS, no entanto, são poucos os que afirmaram prévio conhecimento (11% respondem sim e 89% respondem não). Este é um dado importante para conhecimento das Secretarias de Saúde e Educação.

Também participaram do Estudo 1 os profissionais de apoio da escola, o que não foi possível no Estudo 2, que ficou reduzido ao grupo de professores e gestão. Os professores

costumam fazer reuniões para discutir os trabalhos da escola, mas não se reúnem com a turma de apoio, o que pode significar que ainda falta muita integração das equipes. Esta união de todos os profissionais também deveria ser um dos pontos mais importantes para a promoção de saúde, pois a transdisciplinaridade deve acontecer perpassando todos os ambientes e pessoas envolvidas.

Neste estudo 1, para criação da escala, foi realizado estudo exploratório das questões com auxílio de profissionais especializados e a escala foi então aplicada em 264 profissionais de escolas de ensino infantil, fundamental e médio que trabalham de forma direta ou indireta com os alunos, independente da função, sexo ou idade. A escala apresenta 52 itens, tendo sido realizada a análise fatorial exploratória e a análise confirmatória. O instrumento apresentou valor de RMSEA=.069 num intervalo de confiança de 90%.065-.072. O valor de KMO = .0879 indica uma boa adequação. O teste de esfericidade de *Bartlett* apresenta um valor de $\chi^2_{(1378)} = 6103.85$, e alto grau de significância ($p = .000$). Realizada uma *Rotação Oblíqua* e com o corte baseado no *scree plot*, extraiu-se dos 52 itens quatro fatores, que em sua correlação representam o modelo ideal de EPS. De qualquer forma, as relações estatísticas se mostraram divididas desta maneira, possivelmente por ser a EPS, ainda um conceito de difícil internalização, e que está sendo absorvido com o tempo pelos profissionais da educação.

Como resultado desta análise, o Fator 1 apresenta 21 itens, com cargas fatoriais entre .39 e .70, explicando 27.24% da variância, e com $\alpha = .90$. O Fator 2 contém oito itens que explicam 5.85% da variância e cujas cargas fatoriais se situam entre .44 e -.73. O valor do com $\alpha = .73$. O Fator 3, agora com 5 itens é responsável por 5.22% da variância e o seu $\alpha = .62$. As cargas fatoriais oscilam entre .39 e .71. O Fator 4 apresenta 10 itens (com cargas fatoriais entre -.36 e -.85, e $\alpha = .86$. Este fator é responsável por 5.04% da variância. Desta maneira, optou-se por manter os itens que tinham descido ligeiramente dos .40, de forma a estabilizar a solução obtida.

Resumindo, a elaboração da escala EPS passou por três principais momentos: a identificação dos fatores relacionados ao grupo de profissionais, a identificação dos itens relacionados a cada fator e as análises fatorial e confirmatória, que alteraram os fatores iniciais, confirmando quatro fatores, até que por fim concluiu-se com a escala em sua versão final.

Uma das vantagens desta escala é ser rápida e considerar os resultados tanto do ponto de vista individual quanto do ponto de vista grupal da escola. Também pode ser avaliado o entendimento e o envolvimento do profissional quanto à EPS no cenário de cada escola,

região, país e, com a aplicação contínua, no cenário da educação nacional como um todo. A amostra poderá se estender a diferentes contextos sociais nos próximos estudos, incluindo profissionais da saúde, questão discutida mais a frente deste capítulo.

Para que se entenda o conceito de EPS é preciso equacionar de novo o conceito geral de saúde, em especial a ideia de um Ser humano integral e integrado que absorve as dimensões biológicas/físicas; mentais/emocionais/espirituais/noéticas e sociais/cidadania (WHO, 2014). Foi encontrada nesta amostra, uma grande falta de conhecimento sobre este conceito, reduzindo muitas vezes a Saúde a um conceito biológico, tanto na relação com os alunos como na relação entre os próprios profissionais e gestores que também não consideram todas estas dimensões. No que se refere a entender saúde como um completo bem-estar físico, mental e social e não apenas como ausência de doenças ou enfermidades (WHO, 2014), verifica-se que os profissionais da educação não se consideram envolvidos com a promoção de saúde e levam em conta apenas o nível primário de tratamento de doenças. Desta forma é confirmado pelo discurso dos profissionais (no início da pesquisa-ação), que a visão de saúde-doença é ainda entendida como distante da visão de educação, e só após as intervenções do Estudo 2 os profissionais se aperceberam desta relação. Ficou claro a singularidade da percepção de cada indivíduo sobre saúde e doença durante os encontros, e o quanto isso sempre interfere no dia-a-dia da escola, reforçando as mesmas discussões de Scliar (2007) e Kaur e Sinha (2013) sobre esta visão.

No estudo 2 (capítulo 4), as escolas são diferentes umas das outras, assim como os alunos, que conforme a idade e o nível social possuem necessidades diversas e buscam respostas diferentes para a mesma questão. A mesma resposta para a mesma pergunta não será eficaz se não forem levadas em consideração as diversidades. Muitas vezes existe o desejo de ajudar um determinado grupo, mas se desconhece suas necessidades. Pelos depoimentos dos grupos fica claro que o levantamento dos dados junto a estes grupos, e a troca de papéis no processo sociodramático deixou tudo mais fácil e até divertido, como a fala de uma professora que se repetiu de outras formas em outros grupos: “o tempo passou rápido porque foi leve”. Ou em outras falas, em que pediram para outras reuniões serem da mesma forma, e ao final ainda convidarem as pesquisadoras para trabalharem com os pais da mesma maneira.

Como dito durante este estudo, a área da educação ainda conhece pouco o conceito de EPS, no entanto muito deste conceito como a concepção do ser integral e integrado e/ou a visão de projetos já está incorporado na visão de alguns profissionais. Como pensa o grupo e quais as diferenças entre estas escolas estudadas? Se faz necessária a continuidade da

pesquisa para se entender melhor essas diferenças, mas algumas hipóteses já podem ser lançadas. Alguns paradigmas ainda estão muito arraigados nos profissionais, mas quando reconhecem sua própria competência de trabalho reconhecem também seu papel na saúde. Muitas atividades que os profissionais realizam podem ser consideradas como promotoras de saúde apesar de não ser um termo incluído em suas rotinas. Aparecem muitas diferenças entre os profissionais de ensino infantil, básico, fundamental ou de ensino médio, e é perceptível a maior dificuldade na medida em que aumenta a idade dos alunos e as propostas de trabalho se tornam mais intensas em relação ao aprendizado das disciplinas curriculares.

Como dizem os estudiosos citados no capítulo 3 como Wechsler (2007) e Nery e Costa (2008), o papel do psicodramatista é a co-construção, trazendo seus próprios valores e seu modo de ver o mundo, tendo muito cuidado e abertura, sem preconceitos e ideias pré-concebidas, visando proporcionar o melhor entendimento possível com o grupo com quem trabalha. O conhecimento da pesquisadora sobre o universo escolar e sobre o conceito de EPS permitiu sua aproximação ao grupo, quebrando algumas resistências naturais e facilitando que falassem a vontade, num processo de reconhecimento de suas competências e de seus desafios.

Nenhum dos grupos dramatizou a mesma situação e nem os mesmos personagens apareceram, mas como as questões que permeiam o tema saúde versus educação são as mesmas, todos os grupos trouxeram dados importantes para a pesquisa, e também discutiram temas específicos de suas escolas ou momento, conforme referências anteriores de que as questões levantadas pelo grupo e que predominam nas cenas resultam em dados de pesquisa, e são emergentes do grupo no “aqui e agora”. (Martins, & Lima, 2009; Moreno, 1997; Ramos-Cerqueira; Torres; Willman, 2013).

Nenhum dos grupos já havia feito qualquer trabalho semelhante de inversão de papéis com setores hierarquicamente superiores, como no caso, com as Secretarias de Educação e da Saúde. Acredita-se que desta forma foi possível desmistificar a situação de rivalidade, e todos olhando por diversos prismas, chegar-se a conclusões mais abrangentes. A participação dos gestores nos trabalhos também facilitou a inversão de papéis em algumas atividades provocando pequenas mudanças na forma de comunicação, o que no futuro podem vir a se concretizar com maior facilidade. Por outro lado, alguns momentos sem a gestão se mostraram igualmente benéficos, libertando a expressão de outros desconfortos que não teriam sido mencionados, fato que ocorreu em apenas uma das escolas. Durante todos os encontros os participantes fizeram inversões de papéis com outros profissionais responsáveis por diferentes funções, inclusive de outras posições hierárquicas, o que contribuiu para a

ampliação de sua visão, conseguindo olhar por outros prismas e podendo encontrar soluções inéditas para os problemas em comum. Como dito no capítulo três o jogo dos papéis teve como objetivo levar o grupo à mudança da fase de intérpretes de papéis para repensarem e recriarem seus próprios papéis (Datner 2014; Dedomenico, 2013; Hipólito, Roriz & Laneiro, 2010).

Como afirmam os autores de trabalhos organizacionais (Datner, 2006; Laneiro, 2011; Monteiro, 2014), o trabalho em grupo é imprescindível para a integração das pessoas e dos conhecimentos, o que também ocorre na escola. Almejando atingir a meta de trabalho multi, inter e transdisciplinar não se pode ignorar as relações interpessoais e grupais no ambiente de trabalho, exigindo o trabalho em equipa. Não apenas os métodos, mas o entendimento da Socionomia visa facilitar este objetivo. Foi possível perceber que através do Sociodrama, o desenvolvimento da capacidade espontânea, com as emoções e as razões que surgiram no contexto sociodramático, possibilitaram novas reflexões e ações individuais e coletivas. Assim, como o trabalho com os alunos deve incluir a todos, o trabalho com os professores também deve ser inclusivo e participativo.

Mclennan (2007) comenta que por vezes pode ser difícil ao aluno assumir certos papéis, como o dos pais, e encontramos também esta dificuldade em professores assumirem o papel da Secretaria de Saúde, ou dos alunos, ou da comunidade. Isto ocorreu no Sociodrama do mapeamento do clima, e de forma direta no Sociodrama dos Ministérios. As dificuldades para se colocarem de fato no lugar do outro foram reais, pois o primeiro momento de tomada do papel era sempre carregado de preconceitos e estereótipos, para aos poucos serem assumidos de forma mais sensível, até que de fato se colocavam no lugar do outro, independente do perfil de cada um.

Em relação ao conceito levado para o grupo, lembrando Fernandes e Kellerman (2009) iniciou-se um processo de reflexão e, junto com o grupo, chegou-se à conceituação de Escola Promotora de Saúde a partir da experiência do próprio grupo, que acrescida destas vivências, mudou o olhar do grupo em relação ao conceito e ampliou a própria experiência. Como para Nery e Conceição (2005), é perceptiva a troca intersíquica ocorrida no grupo facilitando a mudança de crenças e valores. Neste sentido é entendido que o método propiciou a quebra de paradigmas, que neste estudo diz respeito aos relacionados com o conceito de saúde e doença, e com a visão do ser bio-psico-social para que, com consciência crítica, cada envolvido se perceba protagonista de sua própria saúde e das pessoas que o rodeiam. Como para L'abbate (1994) o Sociodrama em sua vertente pedagógica facilitou a

plasticidade, rapidez e capacidade de síntese dos participantes para entendimento do conceito de EPS proposto pelas atividades.

O objetivo do trabalho com a espontaneidade dos papéis é permitir que o indivíduo possa atuar livremente, da forma mais saudável possível, sendo capaz de escrever um *script* melhor para si e para o mundo em que está inserido. A liberdade tão almejada no dia de hoje deve estar a serviço do contexto individual e social, abrindo espaço para uma amplitude emocional e intelectual de si e que se reflete nos outros. Os papéis trabalhados nos grupos da comunidade social, escolar ou organizacional, facilitam o desprendimento dos participantes e o entendimento de suas funções. Por exemplo, o papel de professor pode ser entendido dentro de um contexto grupal diferenciado do seu papel de funcionário e/ou de seu papel de pai. Nos Sociodramas realizados a espontaneidade foi estimulada, mas sempre diferenciando estes papéis de cada participante.

A prática da educação mundial apresenta ainda uma visão dicotomizada do indivíduo, e descontinuada de seus projetos, perdendo a visão do indivíduo integrado. Apesar das teorias valorizarem a integração, estas encontram dificuldades para se efetivar. Nas escolas temos disciplinas essencialmente voltadas para o conteúdo, que valorizam a teoria, mas que pouco levam o aluno ao entendimento da sua prática, crítica intensa realizada pelos professores, mas que de qualquer forma é mantida por todos. Opostamente a este pensamento encontrou-se nas escolas infantis um profundo interesse na interdisciplinaridade e a atual preocupação em não exagerar, pois sentem que também é necessário o trabalho parcial objetivando o entendimento das partes. Alguns projetos quando tentam dar conta de uma grande diversidade de elementos acabam perdendo o foco, e diluindo a aprendizagem tornando-a pouco contributiva. A amostra confirma a ideia de Lipai, Layrargues e Pedro, (2007) de que no Brasil, a mudança se apresenta mais como teoria do que como prática. Isto é, quando perguntados sobre algumas das realizações de forma mais acadêmica (escala) os participantes consideram fazer menos pela saúde do que pensam após as intervenções e a reflexão sobre sua prática.

Contro (2011) situa a pesquisa sociométrica de Moreno como pesquisa-ação, e como tal demonstra a necessidade de ao pesquisar sobre uma determinada realidade, também atuar sobre ela. Sendo assim, o estudo aconteceu por meio de pesquisas e levantamento de dados sobre a realidade das escolas estudadas, entendendo o que pensam os profissionais e sobre como atuam para tornar a escola, uma EPS, este estudo pode ampliar o conceito, refletindo a prática específica do grupo em questão.

Conforme depoimento do próprio grupo, a metodologia facilitou e instigou a reflexão e a mudança de paradigmas, como afirmam duas escolas sobre nunca mais serem as mesmas nas discussões sobre saúde e educação, após estes encontros. Assim, como são percebidos interesses de manipulação onde o pesquisador goze de certa autonomia de participação, também é possível que haja interesse de emancipação dos grupos. A discussão sobre a participação do pesquisador nos grupos é pertinente, ressaltando que neste caso o conhecimento da pesquisadora auxiliou o grupo a entender melhor o conceito.

Lembrando que, segundo a Federação Brasileira de Psicodrama (Febrap, 2008), quando um trabalho socionômico se trata de um tema grupal e das relações grupais, e não de questões individuais e de raízes mais profundas na história pessoal de cada participante como os trabalhos aqui relatados, chama-se Sociodrama. A pesquisa foi desenvolvida buscando conhecer melhor o pensamento dos participantes destas dez escolas com base em suas respostas mais racionais na aplicação da escala e das respostas mais emocionais durante as intervenções sociodramáticas, com ênfase no pensamento do grupo e não individual. A mudança de visão apesar de provocada, se mostrou fruto da liberdade dada ao grupo de pensar, falar, discutir e repensar seus próprios valores.

O uso do Sociodrama na Educação pode facilitar a implementação do conceito de EPS, integrando escola e comunidade, de maneira prática como o que é proposto na documentação brasileira. A visão da Socionomia está muito próxima da visão da Psicologia da Saúde. A Promoção de Saúde visa o indivíduo bio-psico-social, tanto quanto o Sociodrama visa a saúde de todos e para todos.

Neste estudo, o foco foi a pesquisa sobre o que os participantes pensam sobre o conceito de EPS, mas nos momentos de finalização de cada encontro trabalhou-se parte deste conceito facilitando, através de objetos intermediários a visualização entre os participantes no que concerne a importância da relação interpessoal. A comunicação entre todos com a prática de *feedback* utilizando metáforas como as pérolas (competências), os pés (passos em direção ao plano de ação) e marcadores de livros (mensagem final), foi a proposta de início de cuidados entre o grupo, pelo grupo e para o grupo, com o objetivo de facilitar o bem-estar de todos os profissionais.

Este trabalho apresentou, baseado nas divisões de Kellerman (2007), primeiro um Sociodrama da diversidade, em seguida um Sociodrama pós conflito, no sentido de buscar novas saídas (plano de ação) e por fim, um Sociodrama político para visão das dificuldades a serem previstas e resolvidas.

Como dizia Moreno (1997) “uma resposta provoca centenas de perguntas” e mais importante do que as palavras, são as ações. Com isto, o intuito deste trabalho foi o de gerar reflexões e provocar novas ações. “O Psicodrama é uma metodologia original de pesquisa qualitativa da subjetividade, que valoriza muito mais a metodologia do que a teoria – no sentido em que o termo se popularizou” (Brito, 2006, p. 33). Aliando a escala com os Sociodramas a discussão atinge o conhecimento explícito e o implícito sobre o tema.

Assim, a utilização do Sociodrama teve o objetivo claro de esclarecimento, mudança de paradigmas, reconhecimento das potencialidades individuais e grupais, e mudança de ações conforme preconizado por Monteiro, Merengué e Brito (2006). Também fomentou as mudanças tornando-as parte do grupo e com o tempo espera-se que sejam integradas na sociedade. A valorização do saudável e da coparticipação, e a valorização do aqui e agora, dão maior possibilidade de atuação. Desta forma, pode ser utilizado na comunidade escolar e em seu entorno para empoderamento de todos. Assim como outros autores mencionam a aplicabilidade do Sociodrama nas mais diversas temáticas, o espaço escolar oferece estrutura, participantes e temas a serem abordados e com isto tornar a sociedade mais saudável e promotora de saúde. O intuito deste trabalho é a contribuição de um pequeno passo rumo a uma revolução da saúde e da educação integradas para seres bio-psico-sociais-espirituais e quantas dimensões a ciência encontrar.

Os resultados encontrados nesta amostra passam a ser discutidos segundo os fatores da Escala.

O primeiro fator denominado como a dimensão dos Projetos faz referência à adequação das necessidades de organização das diversas disciplinas, trabalhando com a multi, inter e transdisciplinaridade; demandas específicas; quanto à duração, ao tempo e à estrutura, além dos registros realizados durante e após os trabalhos desenvolvidos. Nesta amostra, a média deste fator foi de 5.44 e pelos relatos encontra-se o maior número de projetos nas escolas de Educação Infantil. No ciclo Básico, Fundamental e Médio, os projetos vão perdendo a força, havendo muita dificuldade nos relacionamentos interpessoais entre os próprios profissionais, o que impede o trabalho em parcerias. Tanto nos Sociodramas como nos dados da escala, o grupo se mostrou envolvido com os projetos da escola e os assumem como um compromisso individual, se tornando responsáveis pelos projetos que assumem, mas nas discussões demonstram descontentamento quando estes projetos são impostos e muitas vezes alguns profissionais se decepcionam com a descontinuidade de projetos que deram certo em um período, mas que não receberam incentivo para sua manutenção. Sempre novos projetos surgem e o tempo não é suficiente para todos. Os dados quantitativos

demonstram que projetos de curta duração estão presentes nas escolas, mas não os percebem com continuidade.

A multi, inter e transdisciplinaridade se mostra mais efetiva nas escolas de Educação Infantil e como exemplo tem-se a figura do professor polivalente (ensina todas as disciplinas para uma mesma turma), cuja presença diminui, conforme o ciclo e o tipo de curso, quando professor é mais especialista. Para os projetos serem efetivos, a capacidade inter-relacional entre os profissionais é essencial. Como levantaram Viig, Fosse, Samdal e Wold (2012), o professor se mantém individualista em sala de aula, sua zona de poder e ainda apresenta dificuldades conceituais e relacionais para conseguir ampliar o nível de multi-inter-transdisciplinaridade. O profissional deve entender seus limites e interesses profissionais, sem no entanto, perder a noção do todo. Nesta amostra, os profissionais demonstram que apesar de se sentirem a vontade para liderarem projetos com temas diferentes quando questionados se estão acostumados a realizar projetos em diferentes funções este índice decresce, o que parece uma incongruência, no entanto demonstra o desejo de liderança maior do que o de trabalho conjunto. Embora, acreditem trabalhar bem, de forma coletiva, nas respostas da escala, este pensamento pode muitas vezes ser mais racional do que emocional.

Nas escolas estudadas havia uma boa estrutura física, no entanto, o que chamou a atenção foi a falta de segurança nas ruas, onde por exemplo a pesquisadora teve seu carro furtado. A responsabilidade pode não ser da escola, entretanto, para uma Escola Promotora de Saúde, a via é considerada de mão dupla, isto é, o município deve fornecer segurança à escola e esta deve estar atenta às suas particularidades e pleitear as melhorias necessárias.

A preocupação com a adaptação dos projetos de acordo com a idade escolar e aproveitando os espaços físicos da instituição se faz presente, demonstrando conscientização das necessidades dos alunos tanto na escala como no discurso destes participantes, que se preocupam com o que oferecem aos alunos em relação a aprendizagem formal e informal.

Nesta amostra os professores demonstraram possuir uma linha de pensamento a curto prazo enquanto a gestão procura enxergar como ficarão as circunstâncias a médio prazo, o que atualmente tem-se mostrado próprio de cada função, onde o professor está focado em sua turma, e a diretoria se preocupa com uma escola inteira. Devido à organização do ano letivo nos municípios brasileiros, quando os professores são frequentemente remanejados, tanto na disciplina quanto na instituição, é possível entender o baixo número de profissionais que se sentiram envolvidos em projetos de longa duração, o paradigma vigente é pensar projetos apenas para o ano letivo em questão. Os profissionais que iniciam suas carreiras nos municípios demoram para ter uma escola fixa e a cada semestre ou ano podem mudar o local

de trabalho. Alguns lecionam em mais de uma escola e percebem as diferenças entre as comunidades e os grupos de trabalho, envolvendo-se assim mais com uma instituição do que com a outra, dependendo inclusive de seu tempo de casa. Para St. Leger (2008) é uma grande dificuldade as diferenças entre a forma de avaliar os resultados dos projetos/intervenções por parte dos profissionais da educação e da saúde. Os profissionais da educação não acreditam em resultados rápidos e veem na educação o projeto de desenvolvimento a longo prazo, enquanto os da saúde procuram resultados após a realização de projetos/intervenções.

Sobre os registros realizados, as escolas Municipais reclamam que apesar de manterem muitos registros, não recebem retorno das Secretarias sobre eles, principalmente da área da saúde, referindo-se em especial aos diagnósticos escolares. Os profissionais não se sentem competentes para transformarem seus trabalhos em publicações, o que aparece com baixo índice na escala, provavelmente influenciados pela desvalorização do profissional; o que leva ao segundo fator.

O segundo fator denominado como a dimensão do Reconhecimento alcançou a média de 5.38, muito próxima da média do Fator 1. Os Profissionais não se sentem corresponsáveis e nem com liberdade na criação e liderança de projetos. Apenas acatam ou não os projetos designados. Demonstraram não aceitação por alguns projetos, sem no entanto se sentirem capazes de os colocarem em discussão e participar de processos de mudanças e aperfeiçoamentos. Nas respostas obtidas nos questionários percebe-se a autoestima baixa dos profissionais da educação que não reconhecem seu valor para a saúde de todos. Na pesquisa ficou demonstrado o quanto esses professores são formadores de opinião em relação as crianças e à comunidade, mesmo sem terem essa noção, pois demonstraram que pouco levam em consideração a comunidade e o entorno da escola. Não percebiam os vínculos existentes, assim como não haviam notado o quanto suas crenças pessoais eram passadas imperceptivelmente às crianças. A responsabilidade de alguns valores fica implícita. Com referência aos outros funcionários da escola, que pouco participaram das intervenções, este ainda é um conceito desconhecido. A falta de tempo para atividades e reflexões sobre escola, como uma organização, deixa entrever a desvalorização de algumas funções. A Qualidade de Vida no Trabalho como citado por Siqueira (2014) determina consequências positivas ou negativas à organização e às pessoas, e se for levada em conta a civilidade, respeito, *engagement* e força de trabalho discutida por autores como Osatuke, Leiter, Belton, Dyrenforth e Ramsel (2013) é possível pensar nesta dificuldade ainda como um entrave à saúde dos profissionais. Com o olhar da psicologia e com ferramentas adequadas, é viável trabalhar a auto estima destes profissionais, o que muitas vezes não se deve aos baixos

salários, mas à falta de reconhecimento ou de posicionamento no papel de educadores. Em diversos momentos os papéis são confundidos e os professores se colocam como pais ou como substitutos de outros profissionais que não existem nas escolas, como se pudessem dar conta de todas as demandas, ficando com a sensação de não serem bons profissionais. O adoecimento, tanto físico como psicológico, parte desta compreensão errônea de qual papel deve-se ocupar dentro da instituição. Segundo a literatura, qualquer trabalho em equipa necessita de profissionais motivados e com qualidade de vida, como cita Siqueira (2014). O profissional precisa se sentir gratificado e inserido nos projetos. Para estes grupos, de acordo com os relatos e com os resultados da escala, a maior parte não se sente reconhecida pela comunidade, direção e nem pelos alunos, o que é ainda mais significativo no Ensino Médio. O Ensino Infantil se sente mais valorizado pela comunidade com quem trabalha diretamente, mas não pela sociedade em geral.

Os estudos deste trabalho confirmam Emadzadeh, Khorasani, e Nematizadeh (2012) quando reforçam a importância de um ambiente favorável aos professores para o desenvolvimento da educação. Estes autores, em particular, afirmam que os profissionais pesquisados por eles, apresentam qualidade de vida profissional pouco satisfatória e no entanto, mostram alta motivação no trabalho, indicando que baixa qualidade de vida não costuma afetar a motivação, ocorrendo o mesmo com a insatisfação salarial. O que também foi manifestado por este grupo para os quais não se deixam influenciar pelas questões financeiras e parecem considerar como questões distintas a motivação para o trabalho e as condições financeiras. Embora isto pareça ser pensado de diferentes formas entre os níveis de ensino infantil para o médio. Os profissionais literalmente comentam que a escolha profissional não foi pelo salário, enquanto, profissionais de ensino médio são os que mais discutem a falta de valorização salarial e muitos comentam que a primeira escolha profissional não foi trabalhar como professor, mas a oportunidade que tiveram no início de suas carreiras.

O Fator 3 denominado como a dimensão Comunidade, se refere à principal proposta da EPS, que é melhorar a qualidade de vida da população, reduzir a vulnerabilidade e os riscos à saúde, relacionados a seus determinantes e condicionantes e trabalhar na intersetorialidade (Pellegrini & Buss, 2011). A média foi de 3.51, a mais baixa dos fatores.

Para que a intersetorialidade ocorra, as três esferas de gestão do Serviço Único de Saúde – SUS, (Sistema de Saúde Brasileiro), assim, esfera municipal, estadual e federal devem trabalhar em conjunto considerando a continuidade dos estudos, pesquisas e ações públicas na Promoção da Saúde. Também como cita Carramillo-Going (2011), na efetivação

das políticas públicas, já pré determinadas nos documentos, aparecem as dificuldades pois muitas vezes, durante a implantação, o micro espaço de trabalho pode estar dominado pelas relações de poder de uma macroestrutura. Isto é, o professor mesmo quando tem como meta atingir as propostas de integralidade de todos os envolvidos e um trabalho intersetorial de qualidade, sempre encontra diferentes empecilhos nas diversas esferas da educação e da saúde, aqui demonstradas pelos Sociodramas.

Nos relatos dos participantes desta amostra, apareceram situações tidas como tensas e impostas, como a falta de retorno dos profissionais de outros setores e a comunicação falha. Ainda mais nítida foi a falta de intersectorialidade nas escolas infantis, exatamente porque a multi-inter-transdisciplinaridade já faz parte do entendimento dos profissionais da educação, inclusive nos trabalhos de projetos internos, mas não conseguem ainda uma boa interação com os demais equipamentos de atendimentos, como UBS (Unidades Básicas de Saúde), CRAS (Centro de Referência da Assistência Social), CAPS (Centro Apoio Psico Social) e outros setores com quem já trabalham, ou poderiam trabalhar em novos projetos, por exemplo: Bibliotecas, Parques, Casas de Arte, entre outros. Os próprios profissionais da Secretaria de Educação, como os psicólogos, que acompanham os alunos e a comunidade, deixam a desejar quanto à comunicação e continuidade dos projetos. Já os profissionais de ensino fundamental e médio demonstraram que ainda enfrentam tantas dificuldades nos trabalhos multi/inter que nem chegam a perceber ou se incomodar em relação à possibilidade de melhor interação com outros setores.

Quanto ao envolvimento da comunidade, segundo os participantes, há falta de interesse da mesma, falta de diálogo com os profissionais das escolas e pouco entendimento entre as partes. As dificuldades encontradas são diferentes de acordo com o tipo de escola e sua localização. Neste trabalho, as intervenções foram todas realizadas em dois municípios da Grande São Paulo, a região mais rica do Brasil, porém em diferentes bairros, exemplificando as diferenças sociais. Pellegrini e Buss (2011) acreditam que os fatores individuais são importantes para identificar aqueles indivíduos que dentro de um grupo correm maior risco, no entanto, as diferenças nos níveis de saúde entre grupos e países, apresentam-se principalmente quanto à distribuição de renda. Esses autores colocam também, que quando usados os mesmos níveis de análise que explicam a saúde das populações, para estudos individuais, deixa-se de trabalhar de forma ecológica e com visão do macro, para ficar-se apenas com uma visão micro e individualista, o que pode interferir nos resultados. Os dados da pesquisa revelam que a educação ainda se restringe ao universo interno da escola. Esta dimensão foi a mais baixa e também a mais inconstante em relação às diferentes escolas.

Cada escola se encontra em um nível diferente da outra conforme o nível de escolaridade, sua localização e equipa gestora.

Como exemplo da importância desta dimensão, apresentou-se uma questão emblemática para este trabalho, que foi a de pais que não desejam a aprovação dos filhos, visando mantê-los sempre na mesma escola (medo de que mudem para uma outra escola menos saudável), o que demonstra a importância desta parceria escola-comunidade. Quanto maiores as condições de EPS, maior a aceitação, aprovação e parceria dos pais com as escolas e vice e versa. Os profissionais que permanecem mais tempo na mesma escola, e na mesma comunidade, se mostraram mais abertos para o envolvimento com os projetos amplos e de longa duração. Mas, os dados ainda reforçam a comprovação de que a intersetorialidade se mostra distante da realidade das escolas estudadas.

Quanto ao Fator 4, denominado como dimensão Conceito de Saúde, atingiu a média de 4.50, demonstrando que os profissionais ainda têm pouca clareza do conceito, logo, não consideram os alunos e a si mesmos como seres bio-psico-social e espirituais no sentido mais amplo da proposta da EPS. Dependendo da formação ou do tipo de carreira e estudos desenvolvidos individualmente, a tendência é uma percepção mais fragmentada das pessoas, a partir de um só ponto de vista, como o exemplo dos professores de história e geografia, comumente mais voltados para a saúde social, e os de ciências biológicas mais voltados para a saúde física. Muitos já assimilaram o conceito teórico de bio-psico-social, mas nem sempre conseguem se perceber corresponsáveis pelo desenvolvimento de todas estas dimensões e as conexões entre elas. Os profissionais da educação infantil sentem maior facilidade no trabalho com os alunos com uma visão integral. Os dados demonstram que a saúde social é vista como o principal trabalho na escola e a seguir a saúde física. Saúde mental e espiritual apresentam os mesmos índices e por fim, a saúde da comunidade é a menor influência encontrada no trabalho das escolas.

A escolha de inclusão da saúde espiritual como tem sido realizado pela OMS foi uma escolha importante para a discussão posterior. Pensar nesta questão levou os grupos a discutirem a aceitação das diferenças pessoais o que demonstrou um momento de integração entre os profissionais, pois, segundo o discurso destes participantes, o respeito aos alunos e famílias é cuidado, mas o respeito às diferenças de crenças dos companheiros de trabalho muitas vezes não é respeitada.

Na maioria das escolas surgiu a queixa de falta estrutura física para desenvolver determinados projetos. Não serão discutidas dificuldades encontradas pelas escolas quanto à inclusão de crianças com necessidades especiais na escola e seus limites, pois este não é o

foco do trabalho, no entanto, percebeu-se a carência de especialistas para darem suporte aos funcionários da escola, pois o papel de professor, educador e funcionário de escola tem mudado para adequar-se às novas demandas. O professor que passou a ser responsabilizado pelo acompanhamento de doenças nem sempre está preparado, e a responsabilidade também é geradora de tensões e estresse. Acredita-se que a mudança de paradigmas necessária para o novo papel de educador pode ser bem realizada em grupo, com uma escuta ativa que permita a reflexão, pode-se chegar a resultados mais positivos em contrapartida à obrigatoriedade de aceitação de mudanças de forma hierárquica e autoritária. Apesar do foco deste trabalho não estar nas doenças geradas em alunos ou profissionais, é suposto dizer que por falta de interação entre as escolas e a saúde, os trabalhos de prevenção são restritos, além de que há carência de profissionais na saúde para atenderem os alunos com problemas, fato acrescido pela falta de diagnóstico e desconhecimento dos pais na procura por seus direitos. A capacitação do profissional para alguns temas de saúde ainda se mostra precária e maior atenção deve ser dada aos professores como pedem Viig e Wold (2005).

Na área médica não há como trabalhar com a saúde sendo um profissional focado apenas no tratamento médico, o que significa permanecer com ênfase no nível primário da doença. Também na escola é preciso entender o ser humano como um ser bio-psico-social, espiritual e até mesmo entender outras ciências que trabalham e estudam os objetos e a natureza humana. Para melhorar a qualidade de vida de uma população precisamos da transdisciplinaridade: o ensino, a administração, a pesquisa médica, a política, e tantas outras que interferem no nosso cotidiano, e nos fortalecem ou enfraquecem.

As dimensões aqui discutidas se inter-relacionam entre si embora não se encontre ainda a força individual dos fatores e a predominância de algum deles para efeito dos resultados da EPS. Mesmo que as respostas da escala comparadas a pontuação total antes do Sociodrama (T1) e depois (T2), não apresentem mudanças tão significativas, quando apenas duas destas escolas apresentaram aumento do nível total, é possível pensar que após a discussão do conceito as respostas sejam mais conscientes. Com apenas 45 dias de trabalho entre a aplicação de uma e de outra escala, não é possível esperar mudanças efetivas. Para tal estudo a nova investigação deveria acontecer após um período maior entre a intervenção e o tempo de implementação do conceito. Assim, o que se percebe é um entendimento do papel do profissional da educação em relação a saúde de toda a escola, como maiores possibilidades de contribuição. Algumas questões apresentam uma mudança maior, tanto para mais como para menos, pois a consciência também pode fazer com que se percebam menos envolvidos do que seria possível. Na análise dos fatores por escola, percebe-se maior

alteração nas escolas de Barueri do que nas escolas de São Bernardo do Campo, e é possível que dependendo do estado em que já se encontravam de entendimento do conceito isto possa ter interferido para que as respostas tenham sido alteradas. Não se encontrou um fator específico com mudanças em comum, o que entende-se positivo, pois ao pensar que em um conceito tão complexo, cada grupo se identificou mais com um dos pontos do que com outro. Exemplo da escola G do Ensino Médio que reconhece que realiza menos em projetos do que antes de pensar no assunto, e a escola H que se percebe mais promotora de saúde do que se percebia antes das intervenções.

Como previa-se, de acordo com os resultados de validação da escala, o conceito de Escola Promotora de Saúde ainda é desconhecido pela grande maioria dos profissionais da educação 86% não o reconhece, para 14% que diz conhecer. Nesta amostra a maioria era do sexo feminino com idades bem variadas e as escolas predominantes foram de Ensino Infantil. Como a realização se deu em uma das regiões mais ricas do país é de sem imaginar que em outras regiões mais carentes este conceito ainda seja menos conhecido e poderá ser verificado em estudos posteriores. Mesmo após as discussões dos Sociodramas 30% dos respondentes dizem não conhecer o conceito, o que demonstra que dificuldade para reter este conhecimento.

Não foram efetuadas correlações estatísticas diretas entre o entendimento do conceito a e melhor atuação no trabalho, mas após as discussões durante os Sociodramas em conjunto com a aplicação da escala, é possível pensar nas inter-relações entre conhecimento e envolvimento. O conceito de ser bio-psico-social por parte de alguns participantes em especial das escolas de ensino fundamental e médio, parece ser ainda dúvida. Embora possam racionalmente entender facilmente nem sempre percebem as conexões entre estas dimensões. Este entendimento também pode ser mais bem esclarecido com a aplicação da escala em novos grupos.

Sobre as dificuldades encontradas pelos participantes, chama atenção, os professores de ensino médio apresentando muitas dificuldades disciplinares com os alunos. Hoje o professor não consegue acompanhar e se adaptar às mudanças bruscas de comportamento que acontecem com as novas gerações de jovens alunos. Já os gestores desta amostra se mostraram mais atualizados, e tem a expectativa de que haja adaptação dos professores aos paradigmas atuais vigentes.

Não era objetivo aferir a relação entre reconhecimento e valorização profissional e o melhor desempenho em relação a EPS, no entanto, a falta deste reconhecimento por parte da

sociedade desestimula este grupo e por vezes serve de motivo de adoecimento das relações entre os profissionais e a comunidade.

As questões políticas aparecem nos Sociodramas sugerindo que a educação, tanto quanto a saúde, são negligenciadas pelos governos, no que se relaciona a investimento de projetos de valorização dos profissionais, e dos projetos que exigem continuidade. As mudanças políticas, e de visão educacional durante os períodos eleitorais são consideradas de interesse próprio de partidos e políticos, provocando desconforto para os profissionais desta amostra. Não é privilégio do Brasil a dificuldade de continuidade de projetos conforme a mudança de gestão política, no entanto alguns profissionais se mostram mais incrédulos do que outros. As discussões políticas dentre os profissionais da educação apareceram de forma mais intensa entre os profissionais das escolas de nível fundamental do que nas escolas de educação infantil. O perfil psicológico, de profissionais de diferentes níveis de ensino, parece ser diferenciado. Não é possível saber se o perfil está relacionado às dificuldades que encontram, ou se procuram determinados níveis de ensino de acordo com o perfil individual, mas parece ser um influenciador do estresse profissional as dificuldades própria das idades com quem trabalham (trabalhar com adolescentes stressaria mais do que com crianças). Os profissionais de educação infantil parecem ter uma influência positiva maior do resultado de seu trabalho. As dificuldades encontradas por profissionais de ensino fundamental e médio também devem ter fundamentação no estilo de proposta educacional atual, que focaliza mais o conteúdo formal do que o conteúdo para uso no cotidiano e na qualidade de vida.

A pesquisa-ação sobre o conceito, de forma sociodramática, poderia ser novamente discutida com maior controle metodológico, se fosse realizada uma investigação com grupos controle, no entanto, as variáveis independentes seriam muitas e também deixariam novos questionamentos. Os grupos se permitiram durante os encontros exporem seus temas protagonizantes assumindo um pouco mais sua autoria na história conforme fala de Nery & Conceição (2005). A metodologia, segundo os depoimentos dos participantes apresenta diferenças entre os métodos utilizados para reflexão face a outros já experimentados. Pensar e sentir algumas das questões mencionadas durante os encontros pode facilitar a relação entre os participantes de uma comunidade escolar.

Capítulo 7: Conclusão

“A Psicologia da Saúde funda-se na perspectiva de ultrapassar as dicotomias tradicionais de indivíduo e sociedade, natureza e sociedade e saúde/doença” (Jesus & Rezende, 2006, p.123).

Ao final do trabalho estudo 1 e 2 se fundem para contribuir com a academia científica na discussão sobre a Escola Promotora de Saúde, seu entendimento, benefícios, dificuldades e diferenças. A Promoção de Saúde da população de qualquer sociedade depende do entendimento do ser bio-psico-social e na sociedade contemporânea a escola se afirma como espaço adequado e inestimável para esta promoção.

Diante da complexidade do tema, este trabalho se constitui de etapas distintas e usou-se para tal pesquisa uma metodologia multi-métodos. Os resultados da investigação contribuíram para o entendimento do conceito de Escola Promotora de Saúde e a sua categorização por dimensões. A seguir os principais achados são comentados e surgem propostas de aplicações futuras, assim como se retrata sua aplicabilidade prática na atualidade.

A metodologia avançou no estudo teórico, iniciando com a proposta de dez dimensões para entender as condições de uma EPS; seguiu-se a criação da escala para avaliar quantitativamente estas condições que resultaram em quatro fatores; efetuou-se então uma pesquisa-ação onde foram apresentados dados qualitativos e, com a nova aplicação da escala conseguimos verificar algumas mudanças atingidas pelas intervenções realizadas.

A literatura pesquisada mostrou o estado da arte atual e as dificuldades encontradas por falta de estudos, desde os mais abrangentes, aos mais específicos, relativos às dimensões de uma Escola Promotora de Saúde. Esta tese possibilitou a construção de uma tabela de referências com dez dimensões da EPS e a partir destas foi construído um questionário que vem a ser a Escala apresentada no estudo 1. Após a análise estatística constatou-se quatro dimensões nomeadas por: Projetos, Reconhecimento, Comunidade e Conceito de Saúde. Ao aplicar o estudo 2 reforçou-se a validade destas quatro dimensões. Percebeu-se que o conceito de saúde vem sendo atualizado para uma visão mais ampla, de um ser bio-psico-social-espiritual. A percepção de que o profissional necessita ter seu trabalho reconhecido para ter saúde é ainda a maior dificuldade na incorporação do conceito geral de EPS, que engloba os limites e indicações, as dificuldades e as facilidades no trabalho com escola/comunidade.

Fazendo-se referência aos estudos de St. Leger (2008), as maiores dificuldades de uma EPS, concentram-se nas diferenças que surgem durante a avaliação dos resultados dos projetos/intervenções por parte dos profissionais da Educação e os da Saúde, sendo que, os profissionais da educação, não acreditando em resultados rápidos, veem na educação, um projeto de desenvolvimento a longo prazo, enquanto os da saúde, procuram resultados só após a realização de projetos/intervenções. Na amostra desta tese percebeu-se que os profissionais da educação, estando diretamente envolvidos com os alunos, possuem uma visão de projetos até um curto prazo. O pensamento a longo prazo aparece de forma mais clara nos gestores do que nos professores. Este ponto interessa em especial aos estudos da psicologia escolar e da saúde, pois entende o professor em seus anseios individuais, ainda vinculado a uma visão de curto prazo, dentro de sua sala de aula, muito distante das propostas advindas das secretarias públicas. Viig, Fosse, Samdal e Wold (2012) já comentavam sobre a sensação de ameaça sentida por professores diante da perda de sua autonomia em sala de aula causando resistência à participação de projetos em grupos; esta resistência foi enfrentada nesta amostra, tanto no estudo 1 como no estudo 2. Também na Escócia, Spratt, Shucksmithb, Philip e McNaughtonb (2013) tiveram recusas na participação por parte de escolas convidadas, assim como nesta amostra, muitos profissionais recusaram-se a responder o questionário, mesmo antes de saber do que se tratava. Em algumas escolas mesmo a pedido de um membro da equipa, os demais se negavam alegando falta de tempo, ou mesmo sem dar explicações. Para adentrar na escola e desenvolver o estudo 2, encontrou-se novas resistências. Quando a direção aceitou por interesse próprio, depois todos acabaram gostando, e apenas a escola de Ensino Médio se recusou a responder a escala pela segunda vez. Todas estas ocorrências reforçam a ideia dos autores de que o profissional prefere se fechar em sala de aula e assim, se resguardar. Para a psicologia este comportamento pode se referir a baixa autoestima do professor, o que também nesta amostra parece ser um indicador de que o reconhecimento profissional ainda permanece baixo, e durante as discussões, surge como ponto importante para os participantes. Somente com a garantia de que não seriam avaliados individualmente, e sim como grupo, fez com que aceitassem participar, o que sugere receio de avaliações.

Estas resistências trouxeram algumas limitações a este trabalho. O estudo 1 conseguiu vencer estes obstáculos alcançando uma amostra significativa para validação da escala, mas não foi possível evitar-se a limitação no emparelhamento dos dados do estudo 2, permitindo-se apenas o comparativo entre os dados do grupo. Trabalhar com o grupo, no entendimento

do Sociodrama é uma proposta interessante, pois um grupo é sempre mais do que a somatória das individualidades.

Assim, a escala foi validada numa amostra de 264 profissionais da educação de escolas de Ensino Infantil ao Ensino Médio, e apresentou-se como um importante momento de reflexão e entendimento da visão atual de cada escola em questão.

A escala mostrou-se de fácil aplicação e pode apresentar os resultados tanto do ponto de vista individual quanto do ponto de vista grupal da escola. Estudos posteriores podem explorar melhor estas várias possibilidades

A aplicação do Sociodrama caracterizou-se por ser uma pesquisa-ação como cita Gil (2010); embora com curta duração. A análise de dados privilegiou um trabalho interpretativo sobre os dados recolhidos a partir das dimensões encontradas na escala e em conjunto com os dados quantitativos também recolhidos nesta mesma amostra, atingindo o objetivo de conhecer o que pensam os profissionais da educação a respeito do conceito de EPS.

É possível reconhecer no estudo 2, que é na construção do conhecimento das relações e fortalecimento da rede sociométrica, que as visões de Promoção de Saúde e Socionomia se unem. Ambas acreditam na importância da corresponsabilidade e das intersecções de todos os âmbitos da sociedade, quando visam a melhoria da saúde geral dos indivíduos e grupos. Baseados na ideia de que para implantar um novo projeto, conflitos individuais e grupais serão certamente encontrados, foi escolhido o Sociodrama como metodologia de intervenção e investigação pertinente, pois este não se recusa a enfrentar os conflitos, e sim ajuda os participantes a lidarem com eles.

Após apresentar estudos sobre Psicodrama e Sociodrama durante a investigação, (muitas vezes são utilizados como sinónimos), foi definido para este trabalho o uso do Sociodrama com foco sócio educacional, conforme a orientação da Federação Brasileira de Psicodrama (2008) procurando propiciar melhor entendimento e facilitando a implementação do conceito de EPS (Escola Promotora de Saúde), e que comprovou-se adequado aos propósitos deste estudo.

Conforme a proposta inicial de J. L. Moreno iniciou-se uma transformação social por meio das microestruturas grupais através dos métodos de ação (Nery e Costa, 2008). Os encontros foram realizados sempre com as mesmas propostas, no entanto, cada escola deu mais ênfase a determinados temas e se comportou de diferentes maneiras, como grupos com microestrutura própria. Todas tiveram uma boa aceitação da metodologia, e ao final agradeceram o trabalho, mas poucas mudanças apareceram nos resultados da segunda aplicação da escala. É possível que o curto tempo de intervenções tenham sido suficiente

apenas para reflexão e melhor entendimento do conceito, sem no entanto alcançar efetivação de mudanças. As discussões suscitaram muitas reflexões e, como dizia Moreno (1997), cada resposta provocou outras centenas de perguntas. Os grupos foram estimulados a pensarem diferente sobre o tema e se mobilizaram para possíveis trocas de paradigmas. A inversão de papéis foi eleita a teoria de embasamento de todo o trabalho e a técnica usada, assim sendo, por meio destas inversões é que possibilitou-se a reflexão mais profunda dos participantes. Inverter papel com os pais dos alunos, com a direção das escolas, profissionais de apoio, companheiros de trabalho de outras disciplinas e gestão pública, foi a maior contribuição do Sociodrama no ponto de vista da pesquisadora, pois possibilitou ideias novas. A integração entre os profissionais que participaram mostrou-se o maior ganho reconhecido pelo próprio grupo.

Como pesquisa do tema proposto, Escola Promotora de Saúde, a união de um instrumento quantitativo e uma metodologia interventiva trouxe um aprofundamento nas questões de interesse desta investigação.

As escolas pesquisadas apresentaram entendimento no conceito de promoção de saúde, em contrapartida a pouca percepção quanto a participação da comunidade como destinatária do trabalho desenvolvido na escola e da importância dessa participação na escola e na sociedade.

Conforme os índices quantitativos, a dimensão dos Projetos é a mais alta embora com pouca diferença da dimensão Reconhecimento, podendo representar que as duas dimensões tenham bom alcance na visão dos participantes, pois embora outros projetos possam ser incluídos, o entendimento da proposta e o envolvimento dos profissionais em projetos já se faz presente na educação. Os dados explorados na pesquisa-ação, mesmo comprovando que o Fator Projetos esteja muito presente, ainda se mostram pouco abrangentes e, há escolas e profissionais que estão mais envolvidos em projetos do que outros.

O Reconhecimento do papel profissional e o conceito dos projetos se apresentam quase no mesmo patamar de desenvolvimento. O Reconhecimento dos profissionais se mostrou baixo principalmente por parte da gestão e da sociedade, o que repercute no envolvimento dos profissionais. Sem reconhecimento, a motivação do trabalho tende a diminuir, embora não apresente relação tão intensa. Muitos profissionais deste estudo se ressentem, mas não se desmotivam. Concorde-se com Jesus (2006) que incentiva valorizar os profissionais docentes no alcance de seu bem-estar em contrapartida ao estresse por eles enfrentados.

As escolas infantis, no discurso dos participantes, encontram-se mais orgulhosas do trabalho que realizam. Uma das escolas particulares foi a que mais demonstrou este entusiasmo: “Nossos alunos são mais estimulados do que os de outras escolas. São mais autônomos. Nós vemos acontecer”.

A dimensão que trata do envolvimento da escola com a Comunidade e o envolvimento intersetorial com os demais equipamentos da cidade apresenta os resultados mais baixos, demonstrando que ainda se encontra pouca adesão a este modelo de trabalho. No entanto, nas palavras dos próprios participantes: “Há uma construção conjunta. Parceria é essencial, nem sempre é verba. Iniciativas que começam dentro e se ampliam. Não é impossível”.

Por fim, na dimensão do Conceito de Saúde incorporado pelos profissionais, o índice é baixo com poucos levando em consideração o ser bio-psico-social-espiritual, embora este conceito seja entendido pelos profissionais; apenas consideram que a escola ainda não permite o desenvolvimento dos seus envolvidos de forma tão holística. Este conceito de saúde vem mudando, mas ainda se encontra abaixo do esperado para Escolas Promotoras de Saúde. A educação infantil encontra um terreno mais fértil para este entendimento, enquanto o ensino fundamental e médio encontra maiores dificuldades.

Com base nestas quatro dimensões, surgem hipóteses relacionadas ao entendimento do conceito de EPS a serem aprofundadas em estudos futuros: (1) quanto maior a realização e o reconhecimento profissional, maior o envolvimento em projetos; (2) quanto maior o entendimento do conceito de saúde bio-psico-social e seu papel na educação, maior o envolvimento em projetos; (3) quanto maior a participação em projetos, maior o envolvimento com a comunidade ampliando a intersectorialidade; (4) quanto maior a realização e o reconhecimento profissional melhor entendimento do conceito de saúde; (5) quanto melhor entendimento do conceito de saúde, maior a realização e o sentimento de reconhecimento profissional.

Quanto à hipótese levantada nestes estudos tem-se a validação da escala. Sobre a validade do método sociodramático como promotor de saúde, é possível ainda aprofundar-se mais em estudos futuros, pois os dados quantitativos não foram contundentes, devido a falta de tempo para efetivação dos resultados encontrados nas mudanças de entendimento do conceito, e que ainda não foram colocados em prática no dia-a-dia do profissional. Apenas a partir dos depoimentos dos participantes tem-se a indicação de futuras mudanças.

Portanto, vale reforçar a importância do psicólogo na escola com atenção especial aos relacionamentos interpessoais dos profissionais que nela atuam. Entende-se que é o papel do

psicólogo da saúde e /ou escolar e educacional, levar à reflexão e melhorar a saúde dos envolvidos na escola e em sua comunidade, considerando a todos seres integrais e integrados num ambiente saudável e promotor de saúde. Este trabalho contribuiu para ampliar o olhar dos profissionais participantes e poderá ser ampliado para outras amostras, na medida em que, pelos depoimentos recolhidos e pelos dados levantados, muito há o que se pensar e mudar para o alcance de uma verdadeira educação para a saúde, indo além do tratamento e da prevenção de doenças, tanto para os alunos como para os profissionais e a comunidade.

O Sociodrama pode ser utilizado em todos os ambientes da escola com todos os atores sociais envolvidos, ou seja, com alunos, professores, comunidade, gestores, profissionais de apoio, e em grupos, como no caso de trabalhos de planejamento ou de orçamento participativo em que a comunidade, os profissionais e mesmo os alunos podem trabalhar em conjunto. Neste estudo o foco principal foram os professores, e alguns deles contaram durante os encontros que já estavam usando as propostas do primeiro trabalho em outros ambientes, como do caso de uma professora que usou em outra escola em que também trabalha, uma das atividades utilizadas neste estudo, com o intuito de investigar sobre as motivações internas que levavam alunos a estudar. Este é um ponto importante para a promoção de saúde, capacitando os participantes de uma EPS a serem capazes de multiplicarem seus conhecimentos. Não é suficiente preparar os professores teoricamente sobre saúde emocional (por exemplo), mas instrumentalizá-los a atuarem em seus ambientes de trabalho. Vivenciar as técnicas escolhidas para este estudo permitiu a seus participantes ampliarem seu arcabouço de possibilidades na atuação com seus grupos de trabalho elaborando seus próprios planos de ação. O aquecimento para as discussões a partir da aplicação da escala facilitou refletir uma grande gama de questões.

Embora não tenha ocorrido um trabalho paralelo com grupo controle, é possível perceber que o trabalho em grupo mostra uma grande força, pois na discussão entre os próprios profissionais, a teoria é vivenciada de maneira diferente do que o seria numa palestra, quando a participação e o aprendizado ficariam apenas a cargo do próprio indivíduo, sozinho em seu processo mental. Assim como a EPS prioriza o trabalho em projetos de maneira transdisciplinar, o convite à reflexão para os profissionais deveria se dar partindo do mesmo princípio. Para a implantação ou implementação do projeto EPS, profissionais da educação, da saúde e de outros setores podem ser dirigidos como nos Sociodramas, para que juntos participem da construção do programa com seus projetos e todos os seus procedimentos.

Outro grupo de interesse para a discussão deste conceito de forma mais aberta e inclusiva é o grupo dos profissionais da saúde. No discurso dos participantes falou-se das grandes dificuldades de entendimento entre a Educação e a Saúde por olharem de diferentes pontos de vista. No entanto, o que a princípio parece ser muito diferente também pode ser apenas uma visão fragmentada sem levar-se em conta que um projeto de saúde física é diferente de um projeto de saúde psicológica ou de aprendizagem cognitiva. Esta ampliação na visão do conceito se faz necessária em toda a nossa sociedade, inclusive a acadêmica. Com os resultados obtidos nesta investigação sugere-se que além do trabalho com os profissionais da educação, esta proposta deva ser ampliada nas discussões com os profissionais da saúde, pois a visão de ser bio-psico-social pode ainda não ser tão integral quanto o desejado, e o profissional da saúde também se restringe em sua especialidade e muitas vezes durante um projeto dentro da escola não se faz presente no trabalho transdisciplinar. Questões como as de aprendizagem são influenciadas por valores, condições sociais, questões culturais e emocionais, tanto para os alunos como para a comunidade e para os profissionais.

O profissional de saúde, segundo a experiência dos profissionais participantes deste estudo, também parece desconhecer a essência da proposta de uma Escola Promotora de Saúde e apenas participa de projetos de promoção de saúde nas escolas, o que é uma parte do programa, mas muito menor do que o programa em si.

A interlocução entre saúde e educação pode ser mediada pela psicologia e ampliada, em prol da evolução da própria escola, e em especial da Escola Promotora de Saúde. Como em Viig, Fosse, Samdal e Wold (2012) os professores desta amostra só necessitam de maior atenção para que se envolvam de forma efetiva, pois já são parte essencial da Promoção de Saúde. A proposta de reflexão, atuando no resultado de promoção de saúde, necessita pouco investimento e muito envolvimento, incluindo a psicologia. Como escreve St Leger (2004), este estudo demonstra a necessidade de maior colaboração entre saúde e educação visando o desenvolvimento e manutenção de importantes projetos de saúde.

Considera-se a criação da escala para ajudar nas avaliações dos programas e possivelmente ser utilizada como instrumento de reflexão e avaliação. Como citado por Brito (2006) e Wechsler (2007), a ciência e seus resultados funcionaram mais como cocriação dos participantes desta amostra do que como uma descoberta desta pesquisadora.

Como pesquisa, Cushman (2008) escreve que cada país necessita verificar e avaliar quais as demandas específicas para o desenvolvimento da EPS. Segundo o que se apurou nesta investigação, a EPS nestes municípios tem como principais pontos de necessidade de

intervenção: a transdisciplinaridade e a intersetorialidade. Governos e Municípios requerem maior investimento na integração entre os responsáveis pelos programas. Devido ao tamanho de um país como o Brasil, país da amostra, é de se imaginar que em outras regiões mais carentes este conceito ainda seja menos conhecido e poderá ser verificado em estudos posteriores.

O objetivo de aceder ao conceito de EPS e construir instrumentos que pudessem ao mesmo tempo investigar e intervir no grupo em questão parece ter-se mostrado adequado. Novos estudos podem incluir outros atores sociais, pesquisando diretamente com os alunos e com a comunidade. Também as secretarias públicas deveriam ser pesquisadas ampliando a visão de quem tem força política para construir novas saídas para a educação e para a saúde. Este estudo não se restringe ao Brasil, e possibilita a mesma investigação em qualquer lugar do mundo, desde que adequado para suas condições. Possivelmente as dificuldades encontradas para o aceite do trabalho possa ser maior ou menor dependendo das condições políticas de diferentes países, mas pelo que foi visto na literatura, a educação ainda enfrenta desafios de toda natureza, e o principal desafio da psicologia é fortalecer boas relações interpessoais, pois é nas relações interpessoais que surgem os empecilhos ao desenvolvimento mais efetivo dos projetos com visão de mudanças, como a proposta da EPS.

Como visto nos capítulos iniciais deste trabalho, a família é um importante lócus de aprendizagem dos indivíduos, mas a escola é o lócus onde os aprendizados se consolidam e as mudanças acontecem tanto individualmente como em grupo. A aprendizagem também se dá pelos vínculos estabelecidos, e as relações que ocorrem dentro da escola entre profissionais, alunos e comunidade formam o conjunto de uma EPS, capaz de levar adiante os comportamentos saudáveis aprendidos. Num movimento sistêmico, a escola promove melhorias em seu entorno e na vida de todos que se conectam com ela.

A falta de credibilidade em relação a propostas governamentais é sentida durante os Sociodramas e repetida em todas as escolas. A desconfiança política é sentida e precisa ser revertida. Para isto a interlocução entre os gestores e os profissionais de base precisa ser ampliada, fomentada e cuidada.

Repetindo uma frase destacada de um dos participantes: “Me chamou atenção o questionário não ser apenas sobre os alunos e ter-se pensado na saúde dos professores também. Normalmente ninguém lembra disto”. Cuidar dos profissionais é ponto crucial de qualquer proposta que deseja atingir qualidade e excelência. A Escola Promotora de Saúde tem como maior meta a disseminação de suas conquistas para afetar a sociedade. A escola é vista como o local perfeito de desenvolvimento dos indivíduos e sem o investimento neste

setor da sociedade, os demais já começam comprometidos. Alunos mal preparados e/ou adoecidos levarão suas deficiências a outros ambientes, enquanto alunos bem preparados para a vida levarão para a sociedade mais saúde em todas as suas dimensões. Com a intenção de atingir as metas com os alunos, os profissionais também precisam de cuidados e investimentos e serem considerados como seres bio-psico-sociais.

Para o Brasil como participante da *Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud* é de suma importância o compromisso com a implementação de Escolas Promotoras de Saúde (OPS, 2001), e para tal, este trabalho pretende ser contributivo tanto academicamente como para sua efetivação prática, oferecendo uma metodologia para avaliação, reflexão e proposta de mudanças.

Capítulo 8: Referências

- Abdo, C. H. N., & Sophia, E. C. (2001). Saúde sexual e Psicodrama: intervenções contra sexo de risco e disfunções sexuais. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 3(3), 229-243.
- Aerts, D., Alves, G. G., La Salvia, M. W., & Abegg, C. (2004). Promoção de saúde: a convergência entre as propostas da vigilância da saúde e da escola cidadã. *Cadernos de Saúde Pública*, 20(4), 1020-1028. doi:10.1590/S0102-311X2004000400017
- Afonso, C. M., Tavares, M. F. L., & Luiza, V. L. (2013). Escolas promotoras da saúde na América Latina: uma revisão do período 1996-2009. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*. 26(3). doi:10.5020/18061230.2013
- Aguena, E. C., & Martinelli, S. C. (2013). A aprendizagem escolar e as crenças e atitudes parentais de estudantes do ensino fundamental. *VIII Congresso Internacional de Educação da UNISINOS e III Congresso Internacional de Avaliação*, 1,1-6.
- Aguiar, M. (2008). O teatro espontâneo como intervenção socioeducativa. In Marra, M. M., & Fleury, H. J. (Eds.). *Grupos: Intervenção socioeducativa e método sociopsicodramático* (pp. 141-156). São Paulo: Editora Ágora.
- Almeida, A. M. O. (2009). Abordagem societal das representações sociais. *Sociedade e Estado*, 24(3), 713-737. doi:10.1590/S0102-69922009000300005
- Amatruda, M. (2006). Conflict Resolution and Social Skill Development With Children. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, & Sociometry*, 58(4),168-181. doi:10.3200/JGPP.58.4.168-181
- Andaló, C. S. A. (2001). O papel de coordenador de grupos. *Psicologia USP*, 12(1), 135-152. doi:10.1590/S0103-65642001000100007
- André, C., Cândido, A., Santiago, C., Cruz, O., Carreira, T., & Amendoeira, J. (2014). Health Promoting School. Healthy lifestyles: Mental health promotion. In 2º *Congresso Internacional de saúde do IPEleiria*.
- Arbuckle, J. L. (2007). *Amos 16.0 User's Guide*. Chicago: SPSS.
- Arnault, D. S., Molloy, M., & O'Halloran, S. (2012). The use of Psychodrama in Biodynamic Psychotherapy: Case Examples from a Domestic Violence Healing workshop, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17(2). doi:10.14658 / ijfs-17-2

- Asbahr, F. S. F., Martins, E., Mazzolini, B. P. M. (2011). Psicologia, formação de psicólogos e a escola: desafios contemporâneos. *Psicologia em Estudo*, 16(1), 165-171. doi:10.1590/S1413-73722011000100019
- Assis, D. B. (2011). Da Promoção da Saúde a Escola Promotora da Saúde: Perspectivas e Realidades. Buscando a Excelência Pedagógica nos Dias de Hoje. *Semana de Capacitação dos Professores de Educação Física*. Secretaria Municipal da Educação, Rio de Janeiro.
- Ávila-Batista, A. C., & Rueda, F. J. M. (2011). Construção e estudos psicométricos de uma Escala de Avaliação da Impulsividade. *Psico-USF*, 16(3), 285-295. doi:10.1590/S1413-82712011000300005
- Baile, W. F., De Panfilis, L., Tanzi, S. & Moroni, M., Walters, R., & Biasco, G. (2012). Using Sociodrama and psychodrama to teach communication in end-of-life care. *Journal Of Palliative Medicine*, 15(9), 1006-1010. doi:10.1089/jpm.2012.0030
- Barberá, E. L., & Knappe, P. P. (1999). *A escultura na psicoterapia*. São Paulo: Ágora.
- Barbosa, B. G. S., Duarte, M. R. T. & Duarte, A. C. (2012). Efeitos de um programa de educação infantil em famílias de catadores de papel de Belo Horizonte. *Ensaio: Avaliação e Políticas Públicas em Educação*, 20(75), 283-303. doi: 10.1590/S0104-40362012000200004
- Bareicha, P. S. A. (2010). Grupo Sócio-Educativo (GS) em uma Perspectiva Socionômica. In: Gusti-Galvão, I., & Roque E. C. B. (orgs). *Aplicação da lei em uma perspectiva interprofissional: direito, psicologia, psiquiatria, serviço social e ciências sociais na prática jurisdicional*, 527-542. Rio de Janeiro: Lumen Juris.
- Bareicha, P. S. A. (2013). Psicodrama como ação pedagógico currículo do ensino fundamental em escolas da Amazônia. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21, 27-39.
- Barnes, M. M. D. C., Pratt, J. & Walsh, A. M. (2004). School-Based Youth Health Nurses: Roles, Responsibilities, Challenges, and Rewards. *Public Health Nursing*, 21(4), 316-322. doi: 10.1111/j.1365-2702.2006.01294.x
- Barofsky, I. (2012). Can quality or quality-of-life be defined? *Quality Of Life Research: An International Journal Of Quality Of Life Aspects Of Treatment, Care & Rehabilitation*, 21(4), 625-631. doi:10.1007/s11136-011-9961-0
- Barreto, R. F. (2008). *Saúde na Escola: Análise dos Conhecimentos e Práticas sobre Saúde Escolar dos Professores da Rede Municipal de Fortaleza* (Master's thesis, Universidade de Fortaleza (UNIFOR)). Retrieved from, <http://uol02.unifor.br/oul/conteudosite/?cdConteudo=1504314>.

- Barros, M. A., & Cyrillo, C. C. P. (2006). A Dramatização como Recurso no Processo aprendizagem na disciplina de história da enfermagem. *Cogitare Enfermagem*, 11(1), 44-49. doi:10.5380/ce.v11i1.5956
- Bartholomeu, D., Carvalho, L. F., Silva, M. C. R., & Machado, A. A. (2011). Aceitação e Rejeição entre pares e habilidades sociais em universitários. *Estudos de Psicologia (UFRN)*, 16(2), 155-162.
- Bartholomeu, D., Montiel, J. M., & Pessotto, F. (2011). Sociometria e habilidades sociais em estudantes do ensino médio. *Estudos interdisciplinares em Psicologia*, 2(2), 211-228. doi:10.5433/2236-6407.2011v2n2p211
- Beaudry, G. (2002). The family reconstruction process and its evolution to date: virginia satir's transformational process, *Contemporary Family Therapy*, 24(1). doi:10.1023/a:1014373605900
- Bicudo-Pereira, I. M., Penteado, R. Z., Bidlowski, C. R., Elmor, M. R. D., & Grazzelli, M. E. (2003). Escolas Promotoras de Saúde: Onde está o professor. *Saúde em Revista* 5(4), 29-34.
- Bidart-Novaes, M., Brunstein, J., Gil, A. C., & Drummond, J. (2014). Sociodrama as a Creative Learning Strategy in Business Administration. *Creative Education*, 5, 1322-1333. doi:10.4236/ce.2014.514151
- Bidart-Novaes, M., & Gil, A. C. (2009). A Pesquisa-ação participante como estratégia metodológica para o estudo do empreendedorismo social em administração de empresas. *Revista de Administração Mackenzie*, 10(1), doi:10.1590/S1678-69712009000100007
- Bidart-Novaes, M., Santoro, M. A., & Pontes, R. A. (2009). Facing resignation and silence: A transforming action-research experience in Brazil. *International Journal of Action Research*, 5(2), 184-214. doi:10.1688/1861-9916_IJAR_2009_02_Bidart
- Blatner, A. (2006). Enacting the New Academy: Sociodrama as a Powerful Tool in Higher Education. *ReVision*, 28(3).
- Bonapace, I. & D'Aloisio, C. (2012). Change A group experience using the body and archetypes to recognize and prevent violence, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 18(2). doi:10.14658/ijfs-17-2
- Brandão, I. C. M. M., Tajra, F. S., & Mesquita, S. M. A. A. (2013). Ensino de nutrição e estágio supervisionado como campo de desenvolvimento de tecnologias aplicadas à saúde coletiva: sala de situação em saúde. *Revista Eletronica Tempus Actas de Saúde Coletiva*, 7(3).

- Brasil. (1996). [Lei Darcy Ribeiro (1996)]. LDB: Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: lei no 9.394, de 20 de dezembro de 1996, que estabelece as diretrizes e bases da educação nacional. – 5. ed. – Brasília: Câmara dos Deputados, Coordenação Edições Câmara, 2010. 60 p. – (Série Legislação, n. 39). ISBN 978-85-736-5670-1 (brochura).
- Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil. (2007). Retrieved from http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/ConstituicaoCompilado.htm.
- Brito, V. (2006). Um convite à pesquisa: epistemologia qualitativa e Psicodrama. In: A. Monteiro, *Pesquisa qualitativa e Psicodrama*, (pp. 13-56). São Paulo: Ágora.
- Bronzeri, P. B., & Capecchi, M. C. V. M. (2012). Sociodrama na formação inicial de professores de ciências: enfrentando as dificuldades e conflitos na iniciação à docência. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 20(2), 115-125.
- Bruce, E., Klein, R., & Keleher, H. (2012). Parliamentary Inquiry Into Health Promoting Schools in Victoria: Analysis of Stakeholder Views. *Journal Of School Health*, 82(9), 441-447. doi:10.1111/j.1746-1561.2012.00720.x
- Brum, L. M., Azambuja, C. R., Rezer, J. F. P., Temp, D. S., Carpilovsky, C. K., Lopes, L. F., & M. R. C. Schetinge. (2012). Qualidade de Vida dos professores da área de ciências em escola pública no Rio Grande do Sul. *Trabalho, Educação e Saúde*, Rio de Janeiro, 10(1), 125-145, mar./jun. doi:10.1590/S1981-77462012000100008
- Bucharles, D. G., Alverne, M., & Catrib, A. M. F. (2013). Promoção da saúde e as escolas: como avançar. [Editorial]. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, 26(3), 307-308.
- Bucuta, M. D., Dima, G., Katalin, Z., Delia, A. D., & Patracu, C. (2012). Towards empowerment of women victims of gender violence: a psycho-social intervention model in Romania. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17. Retrieved from <http://journals.padovauniversitypress.it/ijfs/sites/all/attachments/papers/Dana-Bucuta.pdf>
- Buss, P. M. (2000). Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 163-177. doi:10.1590/S1413-81232000000100014
- Buss, P. M. (2003). Uma introdução ao conceito de Promoção de saúde. In: Czeresnia D., Freitas C.M. (pp. 19-42). *Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz.
- Bustus, D. M. (1997). *Actualizaciones em Psicodrama*. Buenos Aires: Momentos.
- Camargo, L. (2006). *Orientação profissional: uma experiência psicodramática*. São Paulo: Ágora.

- Camossa, D. A., & Lima, N. S. T. (2011). O Psicodrama e sua contribuição para a saúde mental. *Revista de Ciências da Educação*, 25.
- Canel, R. C., & Pelicioni M. C. F. (2007). Psicodrama Pedagógico: uma Técnica Participativa para Estratégias de Promoção de Saúde. *Revista O Mundo da Saúde*, 31(3), 426-433.
- Cardoso, V., Reis, A. P., & Iervolino, S. A. (2008). Escola Promotora de Saúde. Pesquisa original. *Rev Bras Crescimento Desenvol Hum*. 2008, 18(2). doi:10.1590/S0104-12822008000200001
- Carlson-Sabelli, L., Sabelli, H., & Hale, A. E. (1998). Sociometria e sociodinâmica. In Holmes, P., Karp, M., & Watson, M. (Eds). *Psicodrama após Moreno: inovações na teoria e na prática* (pp. 189-233). São Paulo: Editora Ágora.
- Carnabucci, K. (2002). Psychodrama and Sociometry: ideal tools for building and marketing a practice. *Journal of Psychodrama, Group Therapy & Sociometry*, 55, 17-24. doi:10.3200/jgpp.55.1.17-24
- Carneiro, I. R., & Rasera, E. F. (2012). Família, espontaneidade e crise social: o Psicodrama de "A vida é bela". *Rev. SPAGESP*, 13(1).
- Carter, P. D. (2014) Phantoms in the brain: A neuroscience view of social self repair using the psychodramatic method. *Groupwork*, 24(2), xx-xx. doi: 10.1921/9401240103 67
- Carramillo-Going, L. (2011). Educação: compromisso com a sociedade no enfrentamento da violência social. *Revista Múltiplas Leituras*, 4(2), 1-2.
- Carraro, P. R. (2008). *O professor do ensino fundamental em grupos reflexivos em uma abordagem sociodramática*. (Doctoral thesis, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil). Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1518-61482011000400003
- Carvalho, D. B., & Santana, J. M. (2010). *A Escola Promotora de Saúde: o estado da arte e o mental na saúde*. Retrieved from www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/.../GT_10_02_2010.pdf Piauí.
- Casemiro, J. P., Fonseca, A. B. C., & Secco, F. V. M. (2014). Promover saúde na escola: reflexões a partir de uma revisão sobre saúde escolar na América Latina. *Ciência e Saúde Coletiva*, 19(3), 829-840. doi:10.1590/1413-81232014193.00442013
- Castro, M. L. (2008). A educação na América Latina: Antigos dilemas em novo contexto. *Revista da Educação*, 31(2), 182-188.
- Catalán, G. V. (2001) La transversalidad y la escuela promotora de salud. *Revista Espanhola Salud Publica* , 75(6), 505-516. doi: 10.1590/s1135-57272001000600003

- Chan, Z. C.Y. (2012) Role-playing in the problem-based learning class. *Nurse Education in Practice School of Nursing*, 12(1), 21-27. doi:10.1016/j.nepr.2011.04.008
- Chi, H. Y., Chang, F. C., Lin, H. J., Huang, L. J., Chang, J. C., Yeh, M. K., & Kang, J. J. (2013). Evaluation of a health-promoting school program to enhance correct medication use in Taiwan. *Journal of Food and Drug Analysis*, 22, 271-278. doi:10.1016/j.jfda.2013.09.013
- Chiantaretto, J., & Pinel, J. (2011). Estados-limite e limites da confiança, *Trivium*, 3(1),99-108.
- Christoforou, A. & Kipper, D. A. (2006). The Spontaneity Assessment Inventory (SAI), anxiety, obsessive-compulsive tendency, and temporal orientation. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 59, 23-34. doi: 10.3200/jgpp.59.1.23-34.
- Cintra, T. S. (2013). *Sentidos construídos com profissionais de saúde da família sobre trabalho em equipe* (Master's thesis, Faculdade de Filosofia, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, São Paulo). Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/59/59137/tde-26112013-091429/pt-br.php>
- Clayton, M. (2011). A creative spirit at work in our association: Then and now [online]. *Australian and Aotearoa New Zealand Psychodrama Association Journal*, 20, 79-90.
- Clift, S., & Jensen, B. B. (2005). *The Health Promoting School: International Advances in Theory, Evaluation and Practice*. Dinamarca: Danish University of Education Press. ISBN 87-7684-012-3.
- Codato, M., Testoni I., & Ronzani S. (2012). Analysis of a meeting of Sociodrama on the representation of the ideal woman, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17(2). doi:10.14658/ijfs-17-2
- Colares, M. F. A. & Andrade, A. S. (2009). Atividades grupais reflexivas com estudantes de Medicina. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(1), 101-114. doi:10.1590/S0100-55022009000100014
- Congreso Internacional de Promoción de la Salud IX Taller Regional de Promoción de y Educación para la salud en el ámbito escolar y universitario. (2014, April). V reunión de la red latinoamericana de escuelas promotoras de la salud. *Educación y salud para el desarrollo sostenible*. La Habana, Cuba. ISBN 978-959-18-0977-3.
- Conselho Estadual de Saúde de São Paulo (2007). Retrieved from <http://www.saude.sp.gov.br/portal/0084ae3bc89b06a700be41ecbc779527.htm>

- Consolati, L., & Romagnoli, V. (2012). Psychodrama as the elective path for treating and preventing domestic violence, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17(2). doi:10.14658/ijfs-17-2
- Contro, L. (2011). *Psicosociologia crítica: a intervenção psicodramática*. Curitiba: Editora CRV. ISBN 978-85-8042-078-4.
- Cordeiro, J. C. (2008). *A promoção da saúde e a estratégia de cidades saudáveis: um estudo de caso no Recife*. (Doctoral thesis, Fundação Oswaldo Cruz, Recife, Brasil). Retrieved from <http://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/3898>
- Cossa, M. (2006a). How Rude!: Using Sociodrama in the Investigation of Bullying and Harassing Behavior and in Teaching Civility in Educational Communities. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama e Sociometry*. doi:10.3200/JGPP.58.4.182-194.
- Cossa, M. (2006b). *Rebels with a cause: working with adolescents using action techniques*. Londres: Atheneum Press.
- Costa, A. K. O., Cruz, N. A. Z., & Silva, V. L. (2011). Saúde Mental nas Creches: A Compreensão de Educadores e a Importância de se trabalhar a Promoção da Saúde em Escolares. *Anais Congresso Brasileiro de Ludodiagnóstico*, 2(2). Retrieved from psi21.com.br/ojs/index.php/CBL/article/view/162/162.
- Costa, E. M. S. (2005). *Psicoterapia Psicodramática focal: análise qualitativa e quantitativa no transtorno depressivo maior*. (Master's thesis, from Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo). Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5142/tde-19082005-151240/pt-br.php>
- Costa, M. I. M., & Vanin, M. R. C. L. (2005). O reencontro com a identidade de gênero: contribuições da visão sistêmica novo-paradigmática e do Psicodrama infantil. *Estudos de Psicologia*, 22(2), 175-185. doi:10.1590/S0103-166X2005000200007
- Costa, W. J. G. (1999). A socionomia como tecnologia de gestão: metodologia de trabalho com vínculo nas organizações. *Revista Linhas Críticas*, 4(7).
- Costello, A., & Osborne, J. (2005). Best practices in exploratory factor analysis: Four recommendations for getting the most from your analysis. *Practical Assessment, Research and Evaluation*, 10(7), 1-9.
- Couto, G., Vandenberghe, L., Tavares, W. M., & Silva, R. L. F. C. (2012). Interações e habilidades sociais entre universitários: um estudo correlacional. *Estudos de psicologia*, 29(1). doi:10.1590/S0103-166X2012000500003
- Cukier, R. (2002). *Palavras de Jacob Levy Moreno*. São Paulo: Editora Ágora.

- Cushman, P. (2008). Health promoting schools: a New Zealand perspective. *Pastoral Care in Education*, 6(4), 231-241. doi:10.1080/0264394080247
- Czeresnia, D. (2003). O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: Czeresnia D., Freitas C.M. (pp. 43-58). *Promoção da saúde: conceito, reflexões, tendências*. Rio de Janeiro: Fiocruz. *trecho ainda nao add na tese.
- Dalton, W. T., Schetzina, K. E., Pfortmiller, D. T., Slawson D. L., & Frye, W. S. (2010). Health Behaviors and Health-Related Quality of Life among Middle School Children in Southern Appalachia: Data from the Winning with Wellness Project. *Journal of Pediatric Psychology Advance Access*. doi:10.1093/jpepsy/jsq108
- Dancey, C. P., Reidy, J. (2013). Estatística Sem Matemática Para Psicologia, 5ª edição. São Paulo: ARTMED.
- Daniel, S. (2006). Day by Day—Role Theory, Sociometry, and Psychodrama with adolescents and young women, *Journal of group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 58(4), 195-205. doi:10.3200/JGPP.58.4.195-205
- Datner, Y. B. (2006). *Jogos para educação empresarial: jogos, jogos dramáticos, roleplaying, jogos de empresa*. São Paulo: Editora Ágora.
- Datner, Y. B. (2014). Pesquisa de clima organizacional com Psicodrama, *Revista Brasileira de Psicodrama*, 22(1), 100-106.
- David, M., & Muñoz-Basols, J. (2012). Learning from the past: the legacy of medieval iberia for 21st century education. *Teoría de la Educación. Educación y Cultura en la Sociedad de la Información*, 13(1), 334-367.
- Dayton, T., & Anderson-Klontz, L. S. (1999). The use of psychodramatic techniques within Solutions-Focused Brief Therapy: a theoretical and technical integration, *International Journal of Action Methods: Psychodrama, Skill training and Role-Play*, 52(3).
- Dedomenico, A. M. (2013). A funcionalidade do conceito de papel, *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21(2).
- Del Prette, Z. A. P., & Del Prette, A. (2005). *Psicologia das habilidades sociais na infância: Terapia e educação*. Rio de Janeiro: Vozes.
- Demo, P. (2008). Pesquisa social. *Serviço social e realidade*, 17(1), 11-36.
- Deschesneses, M., Martin, C., & Hill, A. (2003). Comprehensive approaches to school health promotion: how to achieve broader implementation? *Health Promotion International* 18(4). Oxford University Press. doi:10.1093/heapro/dag410
- Develaar, P. M., Araujo, F. S., & Kipper, D. A. (2008). The revised spontaneity Assessment Inventory(SAI-R): Relationship to goal orientation, motivation, perceived self-

- efficacy, and self-esteem. *The Arts in Psychotherapy*, 35, 117–128. doi:10.1016/j.aip.2008.01.003
- Dias, M. L. C., Loureiro, M. J. M. N., & Loureiro, M. I. G. (2013). Projetos de Educação para a Saúde em meio escolar: da avaliação às práticas de referência. *Revista Portuguesa de Educação*, 26(1), 287-306.
- Dillen, L., Siongers, M., Helskens, D., & Verhofstadt-Denève, L. (2009). When puppets speak: Dialectical psychodrama within developmental child psychotherapy, *Journal Of Constructivist Psychology*, 22(1), 55-82. doi:10.1080/10720530802500839
- Diniz, G. J. R. (2001). *Psicodrama: amplitudes e novas aplicações*. São Paulo: Robe Editorial.
- Diniz, N. M. F., Lopes, R. L. M., Almeida M. S., Gesteira, S. M. A., & Oliveira, J. F. (2000). Psicodrama como estratégia pedagógica: vivências no ensino de graduação na área de saúde da mulher. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. doi:10.1590/S0104-11692000000400013
- Dotti, L. (2002). *Lo Psicodrama del bambini: I metodi d'azioni in età evolutiva*. Milano: FrancoAngeli.
- Drakulić, A. M. (2014). Critical reflections for understanding the complexity of psychodramatic theory. *Psychiatria Danubina*, 26(1), 12-19.
- Druetta, V. (2012). Betrayals and guilty-feelings in the transgenerational history of women. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 18.
- Drummond, J. (2005). Sociodrama nas Organizações In: Fleury, H., & Marra, M. M. *Intervenções Grupais nas organizações* (pp. 143-157). São Paulo: Editora Ágora.
- Drummond, J., & Souza, A. C. (2008). *Sociodrama nas organizações*. São Paulo: Ed. Ágora.
- Dutton, C. (2012). Creating a Safe Haven in Schools: Refugee and Asylum-Seeking Children's and Young People's Mental Health. *Child Abuse Review*, 21, 219-226. doi:10.1002/car.1197
- El Tantawi, M. M.; Abdelaziz, H.; AbdelRaheem, A. & Mahrous, A. (2014). Using peer-assisted learning and role-playing to teach generic skills to dental students: the health care simulation model. *J. Dent. Educ.*, 78(1):85-97.
- Elvira, J. A. M., & Cabrera, J. H. (2004). Estrés y burnout en profesores. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(3), 597-621.
- Emadzadeh, M. K., Khorasani, M., & Nematizadeh, F. (2012). Assessing the quality of work life of primary school teachers in Isfahan city. *Interdisciplinary Journal of Contemporary Research in Business*, 3(9).

- Erceg-Hun, D. M., & Mirosevich, V. M. (2008). Modern robust statistical methods: An easy way to maximize the accuracy and power of your research. *American Psychologist*, 63(7), 591-601. doi:10.1037/0003-066X.63.7.591
- Faria, H., & Carvalho, G. (2004). Escolas promotoras de saúde: factores críticos para o sucesso da parceria escola-centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(2), 79-90.
- Farmer, C., & Geller, M. (2008). A utilização do Psicodrama na terapia familiar sistêmica de Bowen. In Gershoni, J. (Eds.) [Tradução Moysés Aguiar], *Psicodrama no Século 21: aplicações clínicas e educacionais* (pp. 51-66). São Paulo: Editora Ágora.
- Fator, T. (2010). A Teoria psicodramática e o desenvolvimento do papel profissional. *Repositório Digital Universidade Municipal de São Caetano do Sul*. Retrieved from <http://repositorio.uscs.edu.br/handle/123456789/131>.
- Febrap. (2008). Consolidação do Estatuto da Federação Brasileira de Psicodrama. *Federação Brasileira de Psicodrama*. Retrieved from <http://www.febrap.org.br/institucional/Default.aspx?idm=75>
- Fernandes Filho, A., Henriques, P. A., Goldenberg, P., Batista, N., Batista, S. H. S. S., & Sonsogno, M. C. (2006). A criança como agente promotor de saúde no âmbito da família: uma estratégia do PSF. *Universidade Federal de São Paulo*. Retrieved from <http://hygeia.fsp.usp.br/cepedoc/trabalhos/Trabalho%20001.htm>.
- Fernandes, M. H., Rocha, V. M., & Souza, D. B. (2005). A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental (1ª a 4ª séries). *História, ciências, saúde*, 12(2), 283-91.
- Fernandes, V. R., & Kellerman, M. S. (2009). Ao encontro do Psicodrama Pedagógico: Uma ferramenta de auxílio ao ensino para adultos, XI ENPOS - Encontro de Pós - Universidade Federal de Pelotas, Pelotas. Retrieved from http://www.ufpel.edu.br/cic/2009/cd/pdf/CH/CH_00788.pdf.
- Ferraz, S. (2013). Promoção da saúde: viagem entre dois paradigmas. *Revista De Administração Pública*, 32(2).
- Ferreira, C. A. L. (2004). *A Formação e a Prática dos Professores de História: enfoque inovador, mudanças de atitudes e incorporação das novas tecnologias nas escolas públicas e privadas no estado da Bahia, Brasil*. (Doctor thesis, Departamento de Pedagogia Aplicada da Universitat Autònoma de Barcelona, Barcelona, Espanha). Retrieved from <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5039/cafl1de1.pdf?sequence=1>

- Ferreira, G. A. O., Diogo, I. R. C., & Bareicha, P. S. A. (2011). Educação integral: análise das variáveis tempo, espaço e currículo na Escola Municipal Walter Beze em Anápolis-Goiás, *Anais do X Congresso Nacional de Educação Educere*. Retrieved from http://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/6123_3736.pdf.
- Ferreiro, I. R. (2014, Abril). Congreso Internacional de Promoción de la Salud. IX Taller regional de promoción de y educación para la salud em el ámbito escolar y universitario. V reunión de la red latinoamericana de escuelas promotoras de la salud. Educación y salud para el desarrollo sostenible 07-10 de abril de 2014, La Habana, Cuba.
- Ferrer, B. M., Ochoa, G. M., Muñoz, L. A., & Gimeno, M. M. (2012). Estatus sociométrico y violencia escolar en adolescentes: Implicaciones de la autoestima, la familia y la escuela = Sociometric status and school violence on adolna violênci escolar enescents: Implications of self-esteem, family and school. *Revista Latinoamericana De Psicología*, 44(2), 55-66. doi:10.14349/rlp.v44i2.1031
- Field, A. (2009). *Discovering statistics using SPSS* (3nd Ed.). London: SAGE.
- Figueiredo, T. A., Machado, V. L. T., & Abreu, M. M. S. (2010). A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência e Saúde Coletiva, Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva*, 15(2), 397-402.
- Figusch, Z. (2010). O modelo contemporâneo de Sociodrama Brasileiro. In Marra, M. M., Fleury H. J. (Orgs). *Sociodrama: um método, diferentes procedimentos* (pp. 19-41). São Paulo: Ágora.
- Fleck, M. P. A. (2000). O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas *Ciência & Saúde Coletiva*, 5(1), 33-38. doi:10.1590/S1413-81232000000100004
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., Chachamovich, E., Vieira, G., Santos, L., & Pinzon, V. (1999). Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista de Saúde Pública*, 33(2),198-205.
- Fleury, H. J. (2004). Sexualidade: menopausa e andropausa. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 12(2):85-98.
- Fleury, H. J., & Marra, M. M. (2005). *Intervenções grupais na saúde*. São Paulo: Editora Ágora.
- Fleury, H., & Abdo, C. (2011). Psicoterapia para a saúde sexual: resultados com um grupo de mulheres na transição menopáusica. *Diagn. Tratamento*, 16(3), 184-187.

- Fong, J. (2007). Psychodrama as a Preventive Measure: Teenage Girls Confronting Violence, *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 59, 99-108. doi:10.3200/JGPP.59.3.99-108
- Fontes, R. M. (2007). *Promoção de estilos de vida saudáveis nas crianças e adolescentes - Estudo do impacto de um projecto de intervenção*. (Master's thesis). Retrieved from Ciências de Enfermagem Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar, Universidade do Porto.
- Fortunato, I., & Catunda, M. B. (2009). Narrativas para ecologia do cotidiano escolar: som gerador e música geratriz. *Revista Eletrônica de Ciências da Educação*, 8(1).
- Framer, C., & Geller, M. (2005). The Integration of Psychodrama With Bowen's Theories in Couples Therapy, *Journal of Group of Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 58(2), 70-85. doi:10.3200/JGPP.58.2.70-85
- Freitas, J. A. S. B., & Guenzburger, H. L. R. (2009). O não reconhecido conflito societário: uma intervenção sociodramática, *Revista de Gestão*, 16(3), 31-47. doi: 10.5700/issn.2177-8736.rege.2009.36676
- Fundação de apoio à pesquisa. Núcleo de estudos da saúde do Tocantins (2006). Estudo sobre o processo de gestão integrada da Estratégia Escolas Promotoras de Saúde do Tocantins. Retrieved from <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/rep-36515>.
- Galinha, I., & Ribeiro, J. L. P. (2005). História e evolução do conceito de bem-estar subjectivo. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 6 (2), 203-214.
- Ganson, B. (2011). Business and conflict prevention: towards a framework for action, *Geneva Peacebuilding Platform*. Paper,.2.
- Gavioli, M. A., Silva, A. G., Gonçalves. R. J., Santos, M. E., Shi, K. L., & Lima, M. C. P. (2009). Formando grupos no internato: critérios de escolha, satisfação e sofrimento psíquico, *Rev. bras. educ. med.*, 33(1). doi:10.1590/S0100-55022009000100002
- Gezait, K. M., Mey, S. S. C., & Abdulla, M. N. L. Y. (2012). The role of psychodrama techniques to decrease the level of school violence in the Arab world. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17(2). doi:10.14658/ijfs-17-2
- Gil, A. C. (1997). *Metodologia do ensino superior*. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2008). *Métodos e técnicas de pesquisa social*. 6. ed. São Paulo: Atlas.
- Gil, A. C. (2010). *Como elaborar projetos de pesquisa*. 5 ed. São Paulo: Atlas.
- Gillison F., Standage M., & Verplanken B. (2014). A cluster randomised controlled trial of an intervention to promote healthy lifestyle habits to school leavers: study rationale, design, and methods. *BMC Public Health*, 14(1), 221, MEDLINE | ID: mdl-24592967.

- Gola, N., Basilicò, L., & Kocaqi, M. (2012). Using Classical Psychodrama with women victims of gender based violence. Conclusions of the work conducted in Albania. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 28(2), 317-344.
- Gomes, A. M. A., Albuquerque, C. M., Catrib, A. M. F., Silva, R. M., Nations, M. K., & Albuquerque, M. F. (2006). Os saberes e o fazer pedagógico: uma integração entre teoria e prática. *Educar em Revista*, (28), 231-246. doi:10.1590/S0104-40602006000200015
- Gomes, A. M. A., Albuquerque, C. M., Moura, E. R. F., & Vieira, L. J. E. S. (2006). Aplicação do Psicodrama pedagógico na compreensão do sistema unico de saúde: relato de experiência. *Psicologia para América Latina*, (6). Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000200006&lng=pt&tlng=pt.
- Gomes, J. P. (2009). As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar. *Educação*, 32(1), 84-91.
- Gonçalves, F. C. L., Dal-Farra R. A., & Silva, B. (2013). A utilização do teatro em uma escola pública do sul do brasil: um relato de experiência. *2º Congresso Luso-Brasileiro em investigação qualitativa*, 5(2).
- Gonçalves, F. D, Catrib, A. M. F., Vieira, N. F., & Vieira, L. J. E. S. (2008). A promoção da saúde na educação infantil. *Interface (Botucatu)*, 12(24), 181-192. doi:10.1590/S1414-32832008000100014
- Gonçalves, Y. N., & Gomes, A. M. A. (2013). Sociodrama com adolescentes: revelações para o cuidar em saúde. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21(2), 41-52.
- Gonzalez, A. J. (2012). Das relações entre espontaneidade, saúde e doença. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 20(2), 39-51.
- Grande, C. (2009). *O trabalho e o afeto: prazer e sofrimento no trabalho dos professores da escola pública de Brasília*. (Master's thesis, Universidade de Brasília).
- Greeb, M., & Hauser, Ú. (2013). O mapa mundi do aqui e agora: um olhar socionômico e a sociometria imediata e compartilhada. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21(1), 157-164.
- Groterath, A. (2012). Gender Games in Social Work and Education, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17(2).
- Guglielmin, M. S., Testoni I., & Prandelli, M. (2012). Analysis of the family atoms of groups of violence from Empower Project, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17(2). doi:10.14658/ijfs-17-2

- Guglielmin, M. S., Testoni I., Prandelli, M., Pogliani I., Prandelli M., & Verdi, S. (2014) The mother who cannot provide liberation: family atom analysis of women victims of domestic violence. *La camera blu. Rivista di studi di genere*, 10(10). doi:10.6092/1827-9198/2566
- Guimarães, C. C. P. A. (2009). *Educação física escolar e promoção da saúde: uma pesquisa participante* (Master's thesis). Retrieved from Universidade São Judas Tadeu, programa de pós-graduação stricto-sensu.
- Guimarães, M. F., Vizzotto, M. M. (2013). Qualidade de vida de uma amostra de estudantes da Universidade Federal do Amazonas. *Anais – VI Mostra de Psicologia da Saúde*, BR,
- Guldner, C. A. (1990). Integration of undergraduate and graduate education and training in group dynamics and psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama e Sociometry*, 43(2), 63-69.
- Hahn, R. A., & Inborn, M. (2009). Anthropology and Public Health: Bridging Differences in Culture and Society. *Oxford Scholarship Online*, 31. doi:10.1093/acprof:oso/9780195374643.001.0001
- Haleem, D. M., & Winters, J. (2011). A Sociodrama: An Innovative Program Engaging College Students to Learn and Self-Reflect About Alcohol Use. *Journal Of Child & Adolescent Psychiatric Nursing*, 24(3), 153-160. doi:10.1111/j.1744-6171.2011.00289.x
- Hamann, E. M. (1999). O Sociodrama pedagógico e a educação em saúde: possibilidades de diálogo e compartilhamento de saberes e de práticas. *Linhas Críticas*, 4(7-8).
- Harada, J. (2004). Introdução. In: Harada, J. et al, *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. Retrieved from www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf
- Harada, J., Pedroso, G. C., Matos, R. M., & Machado, L. B. (2007) Rede Escolas Promotoras de Saúde no contexto sociocultural do município de Embu – São Paulo. In: Organização PanAmericana da Saúde. *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil* (pp. 272). Brasília: Ministério da Saúde
- Hargreaves, A., Earl, L., Moore, S., & Manning, S. (2001). *Learning to change: teaching beyonde subjetscs and standarts*. San Francisco: Jooseiy-Bass.
- Hatcher, S. L. (2015). Psychotherapy off-broadwy. *Psyccritiques*, 60(2). doi:10.1037/a0038491

- Hayes, A.F. (2009). Beyond Baron and Kenny: Statistical mediation analysis in the New Millenium. *Communication Monographs*, 76(4), 408-420. doi:10.1080/03637750903310360
- Heleno, M. G. V., Vizzoto, M. M., & Bonfim, T. E. (2007). Da cura à Psicohigiene: A importância compreensão da eficácia adaptativa em psicologia da saúde. In: *Psicologia da saúde* (p. 196-197). São Bernardo do Campo: Universidade Metodista
- Hernández, J. (2010). Estrategia Escuelas Promotoras de la Salud en instituciones de básica primaria de Bucaramanga. *Revista Salud UIS*, [S.l.], 39(3). Retrieved from <http://revistas.uis.edu.co/index.php/revistasaluduis/article/view/374>
- Hipólito, J., Roriz, P., Laneiro, T. (2010). Psicodrama: raiz moreniana e centrado na pessoa, Universidade Autónoma de Lisboa. Retrieved from <http://hdl.handle.net/11144/234>.
- Howie, P. (2014). Using sociodrama to explore and engage with complex thematic metaphors. *Gestalt Journal of Australia and New Zealand*, 11(1), 78-90.
- Hug, E. & Fleury, H. J. (2008). O psicodram transformador na mudança terapêutica: diretrizes e recomendações in: Fleury, H. J., Khouri, G. S. & Hug, E. (org.) *Psicodrama e Neurociência: contribuições para a mudança terapêutica*. Ed. Ágora, 211-236.
- Iacobucci, D. (2010). Structural equations modeling: Fit Indices, sample size, and advanced topics. *Journal of Consumer Psychology* 20. 90–98. doi:10.1016/j.jcps.2009.09.003
- Ippolito, S. J. (2004). A Promoção da Saúde no Âmbito Escolar: A Iniciativa Regional (tradução: Maria Ângela Barreto Guimarães) in: Harada, J. Et al. *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde. Sociedade Brasileira de Pediatria*. Departamento Científico de Saúde Escolar. Retrieved from www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf.
- Jesus, S. N. (2006). Psicologia da Saúde e Bem-Estar. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(2), jul-dez 2006, 126-135.
- Jesus, S. N., & Rezende, M. M. (2006). Atualidades em Psicologia da saúde: colaborações Brasil e Portugal. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 14(2), jul-dez, 121-125. doi: 10.15603/2176-1019/mud.v14n2p121-125
- Junqueira, L. A. P., & Inojosa R. M. (1996). *O movimento do setor saúde e o desafio da intersectorialidade*. São Paulo: Edições Fundap (Cadernos Fundap 21).
- Karatas, Z. (2009). A Comparative Investigation of the Effects of Cognitive-Behavioral Group Practices and Psychodrama on Adolescent Aggression. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 9(3), 1441-1452.

- Karatas, Z. (2011). Investigating the Effects of Group Practice Performed Using Psychodrama Techniques on Adolescents' Conflict Resolution Skills. *Educational Sciences: Theory & Practice*, 11(2), 609-614.
- Kaur, R., & Sinha, A. K. (2013). What is health: A review. *International Journal of Research in Sociology and Social Anthropology*, 1(3), 1-17. Retrieved from www.ijrssa.com.
- Kellermann, P. F. (1987). Outcome research in classical psychodrama. *Small group behavior*, 18(4), 459-469.
- Kellermann, P. F. (2007). *Sociodrama and Collective Trauma*. British Library. ISBN -13: 978-1-84310-446-9.
- Kellermann, R. F. (2001). An essay on the metascience of psychodrama. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 44(1).
- Kipper, D. A. (2006). The canon of spontaneity-creativity revisited: The effect of empirical findings. *Journal Of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 59(3), 117-125. doi:10.3200/JGPP.59.3.117-126
- Kipper, D. A., & Hundal, J. (2005). The Spontaneity Assessment Inventory (SAI) and the relationship between spontaneity and nonspontaneity. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 58, 119–129.
- Kipper, D. A., & Ritchie, T. D. (2003). The Effectiveness of Psychodramatic Techniques: A Meta-Analysis. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*. 7(1), 13–25. doi: 10.1037/1089-2699.7.1.13
- Kipper, D. A., & Shemer, H. (2006). The Revised Spontaneity Assessment Inventory (SAI): Spontaneity, Well-Being, and Stress. *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama, and Sociometry*, 59, 127-136.
- Kipper, D. A., & Shemer, H. (2007). The revised spontaneity Assessment Inventory (SAI-R): spontaneity, well-Being, and stress. *Journal of group psychotherapy, psychodrama and sociometry*, 127-136.
- Knappe, P. P. (1998). *Mais do que um jogo: teoria e prática do jogo em psicoterapia*. São Paulo: Ágora.
- Koleva, M. (2012). Psychodrama and sociometric work with women victims of trafficking in The Netherlands, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17(2). doi: 10.14658/ijfs-17-2.
- Konopik, D. M. (2013). Psychodrama as a Social Work Modality. *Social Work*, 58(1), 9-20.

- Kooraki, M., Yazdkhasti, F., Ebrahimi, A., & Oreizi, H. R. (2012). Effectiveness of psychodrama in improving social skills and reducing internet addiction in female students. *Iranian Journal of Psychiatry and Clinical Psychology*, 17(4), 279-288.
- Krall, H. (2012). Practitioner research in psychodrama: Strengthening the researcher's role. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 18(2). doi:10.14658/ijfs-17-2
- Krug, H. N. (2006). Professores de educação física escolar: do isolamento profissional à reflexão colaborativa. *Revista Biomotriz*, 4, 80-94.
- L'Abbate, S. (1994). Educação em saúde: uma nova abordagem. *Cadernos de Saúde Pública*, 10(4), 481-490. doi:10.1590/S0102-311X1994000400008
- Laki, L., & Littledyke, M. (2008). Health promoting schools: integrated practices to develop critical thinking and healthy lifestyles through farming, growing and healthy eating. *International Journal of Consumer Studies*, 32(3), 253-259. doi:10.1111/j.1470-6431.2007.00658.x
- Laneiro, T. (2011). *Climas organizacionais autenticizantes, estratégias de coping, equipas de elevado desempenho e experiência ótima* (Doctor thesis, Universidade do Algarve, Algarve, Portugal). Retrieved from [http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/228/1/Tese%20Doutoramento%20Tito%20Laneiro%2019_12_11%20\(1\).pdf](http://repositorio.ual.pt/bitstream/11144/228/1/Tese%20Doutoramento%20Tito%20Laneiro%2019_12_11%20(1).pdf).
- Lapa, M. C. S., Freitas, A. M., Pedroso, G. C., Furusato, M. A. & Ventura, R. N. (2008). Programa Embu Enxergando Melhor: uma proposta de atenção integral à saúde ocular em pré-escolares. *Revista Paulista de Pediatria*, 26(2):113-8.
- Larios, C. M. (2013). Teoría y técnica del Psicodrama, *Revista Cuatrimestral de Psicología*, 31(3).
- Larocca, L. M., & Marques, V. R. B. (2010) Higienizar, cuidar e civilizar: o discurso médico para a escola paranaense (1920-1937). *Interface*, 14(35), 753-766.
- Larocca, L. M., & Marques, V. R. B. (2010). Higienizar, cuidar e civilizar: o discurso médico para a escola paranaense (1920-1937). *Interface*, 14(35), 753-766.
- Samarakoon, L., Tharanga, F., & Chaturaka, R. (2013). Learning styles and approaches to learning among medical undergraduates and postgraduates. *BMC Medical Education* 13(42). doi:10.1186/1472-6920-13-42
- Leach, J. D. (2008). Psicodrama e justiça: treinamento de advogados. In: Gershoni, J. (Eds.) [Tradução Moysés Aguiar], *Psicodrama no Século 21: aplicações clínicas e educacionais* (pp. 51-66). São Paulo: Editora Ágora.

- Leiter, M. P., Day, A., Oore, D. G., & Laschinger, H. K. S. (2012). Getting better and staying better: Assessing civility, incivility, distress, and job attitudes one year after a civility intervention. *Journal of Occupational Health Psychology*, 17(4), 425-434. doi:10.1037/a0029540
- Leiter, M. P., Laschinger, H. K. S., Day, A., & Oore, D. G. (2011). The impact of civility interventions on employee social behavior, distress, and attitudes. *Journal of Applied Psychology*, 96(6), 1258-1274. doi:10.1037/a0024442
- LeitgebCaritas, K., Mairitsch, E., Trattnigg, D., & Wiese, M. (2012). Empowerment of women victims of physical gender-based violence in family relationships, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 18(2).
- Leme, A. O. (2005). A Teatralidade de Boal: possibilidades de promoção da saúde através da participação popular. [Editorial]. *Revista de Saúde Coletiva*, 02(8), 124-128.
- Leurs, M. T. W., Bessems, K., Schaalma, H. P., & de Vries, H. (2007). Focus points for school health promotion improvements in Dutch primary schools. *Health Educational Research*, 2 (1), 58-69. doi:10.1093/her/cyl043
- Liberal, E. F., Aires, R. T., Aires, M. T., & Osório, A. C. A. (2005). Escola segura. *Jornal de Pediatria*, 81(5). doi:10.1590/S0021-75572005000700005
- Liberali, R., & Grosseman, S. (2015). Use of Psychodrama in medicine in Brazil: a review of the literature. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 561-571. doi:10.1590/1807-57622014.0524
- Lipai, E. M., Layrargues, P. P., & Pedro, V. V. (2007). Educação ambiental na escola: tá na lei. In: Mello, S. S, Trajber, R. (Orgs). *Vamos cuidar do Brasil: conceitos e práticas em educação ambiental na escola* (23-32). Brasília: Ministério da Educação, Coordenação Geral de Educação Ambiental: Ministério do Meio Ambiente, Departamento de Educação Ambiental: UNESCO.
- López, J. J. R. (2013). *Embodiment and mood regulation: na experimental approach to the role of the body in mood regulation process* (Doctoral thesis, Universidad Complutense de Madrid, Madrid, Espanha). Retrieved from <http://eprints.ucm.es/23672/1/T34938.pdf>.
- Lubawy, W. C. (2003). Evaluating Teaching Using the Best Practices Model. *American Journal of Pharmaceutical Education*: 67 (3), Article 87. doi:10.5688/aj67038
- Lucca, S. R., & Schmidt, M. L. G. (2004). Psicodrama: Uma abordagem metodológica qualitativa para o estudo da saúde do trabalhador. *Psicologia para América Latina*, 2. Retrieved from <http://psicolatina.org/Dos/Psicodrama.html>.

- Lucca, S. R., & Schmidt, M. L. G. (2005). Psicodrama: Uma abordagem metodológico-qualitativa para o estudo da saúde do trabalhador. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 13(1), 61-76.
- Machado, N. J. (2001). *Educação: Projetos e Valores*. São Paulo: Escrituras Editora e Distribuição de Livros Ltda (Coleção Ensaaios Transversais).
- Machado, W. L., Damásio, B. F., Borsa, J. C., & Silva, J. P. (2014). Dimensionalidade da escala de estresse percebido (*Perceived Stress Scale*, PSS-10) em uma amostra de professores. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 27(1). doi:10.1590/S0102-79722014000100005
- Maciel, E. L. N., Oliveira, C. B., Frechiani, J. M., Sales, C. M. M., Brotto, L. D. A., & Araújo, M. D. (2010). Projeto Aprendendo Saúde na Escola: a experiência de repercussões positivas na qualidade de vida e determinantes da saúde de membros de uma comunidade escolar em Vitória, Espírito Santo. *Ciência e Saúde Coletiva*, 15(2), 389-396.
- Macuch, R. (2010) *As dinâmicas relacionais na escola secundária e o desenvolvimento de competências relacionais em jovens: Tecendo o relacional: o individual e o coletivo como unidade no percurso escolar de jovens do ensino secundário profissional*. Tese de doutoramento. (Master's thesis, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação da Universidade do Porto), Retrieved from <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/67756/2/91209.pdf>.
- Mandim, J. F. O. (2007). *As dinâmicas para a promoção da saúde numa escola do Ensino Básico do Porto: Um estudo de caso* (Master's thesis, Universidade Aberta, Porto).
- Markunas, Marisa. (2007). Psicologia do esporte no desenvolvimento do papel profissional de atleta. *Revista Brasileira de Psicologia do Esporte*, 1(1), 01-13. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1981-91452007000100011&lng=pt&tlng=pt.
- Marineau, R. F. (1992). *Jacob Levy Moreno, 1889-1974. Pai do Psicodrama, da sociometria e da psicoterapia de grupo*. São Paulo, Editora Ágora.
- Marineau, R. F. (2013). A integração da herança de Moreno. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 21(1), 113-125. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932013000100009&lng=pt&tlng=pt.

- Marino, M. J. (2010). *Vir a ser Psicodramatista: caminho de singularização em co-existencia* (Doctor thesis, Pontifícia Universidade Católica, São Paulo, Brasil). Retrieved from <http://www.sepq.org.br/IIsepeq/anais/pdf/gt1/13.pdf>.
- Marra, M. M. (2005). Resgate dos direitos humanos: a cidadania, os sujeitos de direitos, as instituições. In Fleury, H. J., Marra, M. M. (2005). *Intervenções grupais nos direitos humanos* (pp.19-32). São Paulo: Editora Ágora.
- Marra, M. M. (2008). A sociometria na prática interventiva socioeducativa: a teoria espontânea do aprendizado. In Marra, M. M., & Fleury, H. J. (Eds.). *Grupos: Intervenção socioeducativa e método sociopsicodramático* (pp. 157-177). São Paulo: Editora Ágora.
- Marra, M. M., & Costa, L. F. (2004). A pesquisa-ação e o Sociodrama: uma conexão possível? *Revista Brasileira de Psicodrama*, 12(1), 99-116.
- Marra, M. M., & Fleury, H. J. (2008). *Grupos: intervenção socioeducativa e método sociopsicodramático*. São Paulo: Editora Ágora.
- Martin, A., Saunders D.H., Shenkin, S. D., & Sproule J. (2014). Lifestyle intervention for improving school achievement in overweight or obese children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 3. doi:10.1002/14651858.CD009728.pub2
- Martinelli, S. C., & Schiavoni, A. (2009). Percepção do aluno sobre sua interação com o professor e status sociométrico. *Estud. psicol.*, 26(3). doi:10.1590/S0103-166X2009000300006
- Martins, A. O., Krug, M. R., & Soares F. A. A. (2014). Saúde no contexto escolar: um estudo com professores do ensino básico de uma escola estadual da cidade de Cruz Alta-RS. *Rev. Eletrônica Pesquiseduca*, Santos. 06(12), 457-471.
- Martins, F. S. (2005). *Mobilização das pessoas para a mudança Organizacional possibilitada pelo Psicodrama* (Doctoral thesis, Universidade Federal de Santa Catarina programa de pós-graduação em engenharia de produção, Santa Catarina, Brasil). Retrieved from <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/102468/224409.pdf?sequence=1>
- Martins, F. S., Caldas, D. B., Cugnier, J. S., Goulart, L., & Tolfo, S. R. (2012). Restabelecendo o poder de agir: atendimento grupal para assediados moralmente no trabalho. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 20(2). Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0104-53932012000200007&script=sci_arttext.

- Martins, J. T., Opitz, S. P., & Robazzi, M. L. C. (2004). O Psicodrama como uma estratégia pedagógica no ensino da saúde do trabalhador. *Revista Gaucha Enfermagem*, 25(1), 112-117.
- Matias, D. P. (2006). Abuso sexual e sociometria: um estudo dos vínculos afetivos em famílias incestuosas. *Psicologia e estudos*, 11(2). doi:10.1590/S1413-73722006000200008
- McLennan, D. M. P. (2007). The Benefits of Using Sociodrama in the Elementary Classroom: Promoting Caring Relationships Among Educators and Students Springer. *Early Childhood Education Journal*, 35(5), 451-456. doi:10.1007/s10643-007-0195-2
- McLennan, D. M. P. (2012). Using Sociodrama to Help Young Children Problem Solve. *Early Childhood Educ J*, 39, 407–412. doi:10.1007/s10643-011-0482-9
- McLennan, D. P., & Smith, K. (2007). Promoting positive behaviours using Sociodrama. *Journal of Teaching and Learning*, 4(2). Retrieved from <http://ojs.uwindsor.ca/ojs/leddy/index.php/JTL/article/view/122>
- Medeiros, M. A. T., Braga-Campos, F. C., & Moreira, M. I. B. (2014). A integralidade como eixo da formação em proposta interdisciplinar: estágios de Nutrição e Psicologia no campo da Saúde Coletiva. *Revista de Nutrição*, 27(6), 785-798. doi:10.1590/1415-52732014000600012
- Mello, A. L. S. F., Moysés, S. T., & Moysés, S. J. (2010). A universidade promotora de saúde e as mudanças na formação profissional. *Interface-Comunicação*, 14(34), 638-92.
- Menegazzo, C. M., Tomassini, M. A., & Zuretti, M. M. (1995). *Dicionário de Psicodrama*. São Paulo: Ágora.
- Mesquita, A. M. O. (2000). O Psicodrama e as abordagens alternativas ao empirismo lógico como metodologia científica. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 20(2), 32-37. doi:10.1590/S1414-98932000000200006
- Minayo, M. C. D. S. (2013). Valorização profissional sob a perspectiva dos policiais do Estado do Rio de Janeiro. *Ciência & Saúde Coletiva*, 18(3), 611-620. doi:10.1590/S1413-81232013000300007
- Minayo, M. C. D. S., & Gualhano, L. (2014). Vigilância em Saúde do Trabalhador: avanços e perspectivas. *Ciência Saúde Coletiva*, 19(12).
- Minayo, M. C. D. S., Hartz, Z. M. D. A., & Buss, P. M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência Saúde Coletiva*, 5(1), 7-18.

- Ministério da Educação. (2009). *Estudo exploratório sobre o professor brasileiro com base nos resultados do Censo Escolar da Educação Básica*, Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. Brasília: Inep.
- Ministério da Educação. (2013). Censo da educação básica: 2012 – resumo técnico. Brasília: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. 41 p.; ISBN: 978-85-7863-023-2.
- Ministério da Saúde e Ministério da Educação. (2014). *Programa saúde na escola 2014: Passo a passo para adesão*. Retrieved from http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/passo_passo_adexaoPSE2014.pdf.
- Ministério da Saúde. (2002). A promoção da saúde no contexto escolar. *Rev. Saúde Pública*, vol.36, no.4, p.533-535. doi:10.1590/S0034-89102002000400022
- Ministério da Saúde. (2007). Portal Saúde. Retrieved from http://portal.saude.gov.br/portal/saude/area.cfm?id_area=1021.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Análise de Situação da Saúde Brasília. (2006). *I Seminário sobre a Política Nacional de Promoção da Saúde*. Biblioteca Virtual em saúde do Ministério da Saúde. Retrieved from http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/anais_seminario_pnps.pdf.
- Ministério de Salud, Gobierno de la Provincia de Salta. (2012). *Autodiagnóstico escolar sobre escuelas promotoras de la salud*. Retrieved from Gobierno de la Provincia de Salta, Ministério de Educación, Ciencia y Tecnología: http://www.edusalta.gov.ar/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=1351&Itemid=108.
- .Moita, G., Sousa, J. T., Mesquita, J. L., Monteiro, I., Ruiz, L., & Ribeiro, L. (2012). Project Empower: the experience of SPP and UMAR, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*. doi:10.14658/ijfs-17-2
- Mont'Alverne, D. G. B., & Catrib, A. M. F. (2013). Health promotion and schools: How to move forward. *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, 26(3), 309-310.
- Mont'Alverne, G. B. D., & Fontenele C. A. M. (2013). Promoção da saúde e as escolas: como avançar, *Revista Brasileira de Promoção de Saúde*, 26(3).
- Monteiro, A. M., Merengué, D., & Brito, V. (2006). *Pesquisa qualitativa e Psicodrama*. São Paulo: Editora Ágora.
- Monteiro, R. F. (2012). O lúdico nos grupos: terapêuticos, pedagógicos e organizacionais. São Paulo: Editora Ágora.

- Monteiro, R. F. (2014). Preparo para a ação dramática: aquecimento. In Wechsler, M. P. F., Monteiro, R. F. (orgs), *Psicodrama em espaços públicos: práticas e reflexões* (pp. 115-123). São Paulo: Editora Ágora.
- Monteiro, R. F. (Orgs). (1993). *Técnicas fundamentais do Psicodrama*. São Paulo: Editora Ágora.
- Montiel, J. M., Pessotto, F., & Bartholomeu, D. (2014). Habilidades sociais e status sociométrico em crianças do ensino fundamental. *Revista Sul Americana de Psicologia*, 2(2).
- Morais, M. L. S., Otta, E., & Scala, C. T. (2001). Status sociométrico e avaliação de características comportamentais: um estudo de competência social em pré-escolares, *Psicol. Reflex. Crit.*, 14(1). doi:10.1590/S0102-79722001000100010
- Moreira, F. G. (2005). *Prevenção do uso indevido de drogas: avaliação de conhecimentos e atitudes dos coordenadores pedagógicos das escolas públicas de ensino fundamental da cidade de São Paulo* (Doctor thesis, Universidade Federal de São Paulo. Escola Paulista de Medicina, São Paulo, Brasil). Retrieved from http://www.proad.unifesp.br/pdf/dissertacoes_teses/tese_doutorado_fernanda.pdf
- Moreira, F. G., Silveira, D. X., & Andreoli, S. B. (2006). Redução de danos do uso indevido de drogas no contexto da escola promotora de saúde. *Ciência & Saúde Coletiva*, 11(3), 807-816. doi:10.1590/S1413-81232006000300028
- Moreno, J. (2014). *Impromptu Man: J.L. Moreno and the Origins of Psychodrama, Encounter Culture, and the Social Network*. New York: Bellevue Literary Press.
- Moreno, J. L (1997). *Psicodrama*. São Paulo: 12ª edição. Editora Cultrix.
- Moreno, J. L (2008). *Quem sobreviverá? Fundamentos da Sociometria, Psicoterapia de Grupo e Sociodrama*. São Paulo: Daimon.
- Moreno, J. L (2012). *O Teatro da Espontaneidade*. São Paulo, Ed. Ágora e Daimon.
- Moreno, Z. (2000). *A Realidade Suplementar e a Arte de Curar*. São Paulo, Ed. Ágora.
- Moura, J. B. V. S., Lourinho, L. A., Valdês, T. M., Frota, M. A., & Catrib, A. M. F. (2007, junho). Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. *História Ciencia, Saúde-Manguinhos*, 14(2). doi:10.1590/S0104-59702007000200006
- Moysés, S. J., Moysés, S. T., & Krempel, M. C. (2004). Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba. *Ciência e Saúde Coletiva*, 9(3), 627-641. doi:10.1590/S1413-81232004000300015
- Mukoma, W., & Flisher, A. J. (2004). Evaluations of health promoting schools: a review of nine studies. *Health promotion international*, 19(3). doi: 10.1093/heapro/dah309.

- Myers, K. A., & Botkin, C. (2013). Good quality of life for people with disabilities? On whose terms? *Psyccritiques*, 58(46). doi:10.1037/a0034815
- Natvig, G., Albrektsen G., & Qvarnstrom, U. (2003). Association between psychosocial factors and happiness among adolescents. *International Journal of Nursing Practice*, 9(3), 166-175. doi:10.1046/j.1440-172X.2003.00419.x
- Nery, M. P., & Conceição, M. I. G. (2005). Sociodrama e política de cotas para negros: um método de intervenção psicológica em temas sociais. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 25(1), 132-145. doi:10.1590/S1414-98932005000100011
- Nery, M. P., & Costa, L. F. (2007). Desafios para uma epistemologia da pesquisa com grupos. *Aletheia*, (25), 123-138. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942007000100010&lng=es&tlng=pt.
- Nery, M. P., & Costa, L. F. (2008). A pesquisa clínica: do indivíduo ao grupo. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 25(2), 241-250. doi:10.1590/s0103-166x2008000200009
- Nery, M. P., Costa, L. F., & Conceição, M. I. G. (2006). O Sociodrama como método de pesquisa qualitativa. *Paideia*, 16, 305-313. doi:10.1590/S0103-863X2006000300002
- Nery, M. P., & Souza, A. C. (2012). Metodologia sociodramática de ensino. In: Nery, M. P. e Conceição, M. I. G. *Intervenções Grupais: o Psicodrama e seus métodos* (pp. 213-236). São Paulo: Editora Ágora.
- Nolte, J. (2014). *The Philosophy, Theory and Methods of J. L. Moreno: The Man Who Tried to Become God*. New York: Routledge.
- Noronha, A. P. P., Primi, R., & Alchieri, J. C. (2004). Parâmetros Psicométricos: uma Análise de Testes Psicológicos Comercializados no Brasil. *Psicologia Ciência e Profissão*, 2004, 24 (4), 88-99.
- Noronha, A. P. P., & Reppold, C. T. (2010). Considerações sobre a avaliação Psicológica no Brasil. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 30(spe), 192-201. doi:10.1590/S1414-98932010000500009
- Nova, S. P. C. C., & Souza L. N. (2009). *Role-Play* (Jogo de Papéis): Uma Modalidade Didática Alternativa no Ensino da Contabilidade. Retrieved from http://www.ead.fea.usp.br/semead/9semead/resultado_semead/trabalhosPDF/419.pdf.
- Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International*, 15 (3):259-267. doi:10.1093/heapro/15.3.259

- Oflaz, F., Meriç, M., Yuksel, Ç., & Ozcan, C. T. (2011). Psychodrama: An innovative way of improving self-awareness of nurses. *Journal Of Psychiatric And Mental Health Nursing*, 18(7), 569-575. doi:10.1111/j.1365-2850.2011.01704.x
- Oliveira, C. B. E., & Marinho-Araújo, C. M. (2009). Psicologia escolar: cenários atuais. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 9(3), 648-663.
- Oliveira, L. R., & Leite, J. R. (2012). El perfil fe la salud de los educadores: Evidenciando lo invisíble. *Revista Retratos de la Escuela*, 6(11), 463-477, Retrieved from <http://www.esforce.org.br>.
- Organização Mundial da Saúde (OMS). (2012). *School and youth health*. Retrieved from http://www.who.int/school_youth_health/gshi/hps/en/index.html.
- Organização Pan-Americana as Saúde (OPA), Organização Mundial da Saúde (OMS) (2001). Retrieved from <http://www.paho.org/portuguese/gov/cd/cd43_14-p.pdf> , Washington, D.C.: Estados Unidos da América.
- Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2001). *Sobre Escuelas Promotoras dela Salud*. Retrieved from <http://165.158.1.110/spanish/hpp/hs/about.htm>.
- Osatuke, K., Leiter, M., Belton, L., Dyrenforth, S., & Ramsel, D. (in press). Civility, Respect, and Engagement in the Workplace (CREW): A national organization development program at the Department of Veterans Affairs. *American International Journal of Social Science*.
- Osatuke, K., Moore, S. C., Ward, C., Dyrenforth, S.R., & Belton, L. (2009). Civility, Respect, Engagement in the Workforce (CREW): Nationwide organization development intervention at Veterans Health Administration. *The Journal of Applied Behavioral Science*, 45(3), 384-410. doi:10.1177/0021886309335067
- Osorio, Luiz. (2011). Psicodrama: uma terapia grupal desde suas origens. In *Grupoterapias: Abordagens Atuais* (pp. 23-26). São Paulo: ArtMed, Editora S.A.
- Palermo, M. (2012). Psychodrama and the elaboration of violence in the feminine world. *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 18(2). doi:10.14658/ijfs-17-2
- Pan American Health Organization (PAHO). (1986). *Carta de Ottawa para La Promoción de La Salud: Primera Conferencia sobre La promoción de La Salud*. Retrieved from <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>.
- Pan American Health Organization (PAHO). (2007). *Carta de Ottawa*. Retrieved from <http://www.paho.org/Spanish/hpp/ottawacharterSp.pdf>.
- Pedroso, G. C. (2004). ???? in: Harada, J., Mattos, B. C. A., Pedroso, G. C., Moreira, A. M. M., Guerra, A. B. e Silva *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde. Sociedade*

- Brasileira de Pediatria* Departamento Científico de Saúde Escolar Retrieved from www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf. *nome do texto?
- Peleg, M., Lev-Wiesel R., & Yaniv, D. (2014). Reconstruction of self-identity of Holocaust child survivors who participate in “Testimony Theater”. *Psychological trauma: theory, research, practise and policy*, 6(4), 411-419. doi:10.1037/a0033834
- Pelicioni, M. C. F., & Torres, A. L. (1999). A Escola Promotora de Saúde. *Universidade de São Paulo*, 12, Retrieved from <http://www.bvs-sp.fsp.usp.br/tecom/docs/1999/pel001.pdf>.
- Pellegrini, A. (2011). Intervenções individuais vs. intervenções populacionais. BVS – *Ministério da Saúde*, Brasil. Retrieved from <http://dssbr.org/site/opinioes/intervencoes-individuais-vs-intervencoes-populacionais/>.
- Pellegrini, A., & Buss, P. (2011). *Artigo aborda os problemas da saúde e seus determinantes sociais*. Retrieved from <http://www.fiocruz.br/ccs/cgi/cgilua.exe/sys/start.htm?infoid=1116&sid=4>.
- Pellegrino, P., & Russo, T. (2012). Protagonists through drama, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17(2). doi:10.14658/ijfs-17-2
- Penteado, R. Z., Camargo, A. M. D., Rodrigues, C. F., Silva, C. R., Rossi, D., Silva, J. T. C., Gonzales, P., & Silva, S. L. S. G. (2007). Vivência de voz com crianças: análise do processo educativo em saúde vocal. *Revista de Distúrbios Comun.* 19(2):237-46.
- Pereira, A. B., Conceição, M. I. G., & Nery, M. P. (2015). O papel do professor na proteção de crianças: contribuições do Sociodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 23(1), 61-67. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-53932015000100008&lng=pt&tlng=pt.
- Perrotta, L. (2012). Transgenerational violence against women: Jungian psychodrama on the path to individuation, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17(2). doi:10.14658/ijfs-17-2
- Persson, L., & Haraldsson, K. (2013). Health promotion in Swedish schools: school managers' views. *Health Promotion International*. doi:10.1093/heapro/dat073
- Phaitrakoon, J., Powwattana A., Lagampan S., & Klaewkla J. (2014). The diamond level health promoting schools (DLHPS) program for reduced child obesity in Thailand: lessons learned from interviews and focus groups. *Asia Pac J Clin Nutr.*, 23(2), 293-300. doi:10.6133/apjcn.2014.23.2.17
- Poling, J. N. (2006). Preventing Family Violence: An Educational Model, *Pastoral Psychology*, 54(4). doi:10.1007/s11089-005-0006-x

- Propper, H. (s.d.). A Concise Introduction to Psychodrama, Sociodrama and Sociometry. *American Society of Group Psychotherapy and Psychodrama*. Retrieved from <http://asgpp.org/asgpp-library.php>.
- Pulido, F. R., Estebaranz, N. C., & Cuadrado, P. M. M. (2014). Dramaterapia en personas con trastorno mental grave, *Revista de Salud Mental y Psiquiatria Comunitaria*, 12(50).
- Rabello, N., & Anderson, N. I. P. (2011). Hábitos alimentares e prática de atividade física em escolares: relato de uma experiência de educação em saúde. *Revista APS*, 14(2), 239-249. Retrieved from <http://aps.ufjf.emnuvens.com.br/aps/article/view/588>.
- Ramalho, C. M. R. (2008). O Sociodrama e o role-playing na prática sociopsicodramática. In Marra, M. M., & Fleury, H. J. (Eds.). *Grupos: Intervenção socioeducativa e método sociopsicodramático* (pp. 125-139). São Paulo: Editora Ágora.
- Ramalho, C. M. R. (2011). *Psicodrama e dinâmica de grupo*. São Paulo: Iglu.
- Ramos, L. A. V. (2014). *El aprendizaje humano como base para la promoción de la salud*. Congreso Internacional de Promoción de la Salud IX Taller regional de promoción de y educaión para la salud em el ámbito escolar y universitário V reunión de la red latinoamericana de escuelas promotoras de la salud. Educaión y salud para el desarrollo sostenible 07-10 de abril de 2014, La Habana, Cuba.
- Ramos, M. I. P. (2011). A entrevista de anamnese sob a ótica do referencial teórico psicodramático: uma contribuição para a Psicopedagogia. *Revista Psicopedagogia*, 28(85), 97-102.
- Ramos-Cerqueira, A. T. de A., Torres, A. R., Martins, S. T. F., & Lima, M. C. P. (2009). Um estranho à minha porta: preparando estudantes de medicina para visitas domiciliares. *Revista Brasileira de Educação Médica*, 33(2), 276-281. doi:10.1590/S0100-55022009000200016
- Ramos, P., Pasarín, M. I., Artazcoz, L., Díez, E., Juárez, O., & González, I. (2013). Escuelas saludables y participativas: evaluación de una estrategia de salud pública. *Gaceta Sanitaria*, 27(2), 104-110. doi: 10.1016/j.gaceta.2012.04.002.
- Ribeiro, J. L. P. (1998). *Psicologia e Saúde*. Lisboa: ISPA.
- Ribeiro, M. S., Alves, M. J. M., Silva, P. M., & Silva, E. M. M. V. (2008, abr/jun). Concordância diagnostica entre profissionais dos níveis primário e secundário na atenção a saúde mental, *Revista APS*, 11(2), 126-135, Retrieved from <http://www.aps.ufjf.br/index.php/aps/article/view/251/92>.
- Ribeiro, S. F. R., & Martins, S. T. F. (2007). Oficina de teatro espontâneo com trabalhadores do Programa de Saúde da Família: um espaço de expressão e reflexão. *Pesquisas e*

- Práticas Psicossociais*, 2(1). Retrieved from <http://www.ufsj.edu.br/portal-repositorio/File/revistalapip/22artigo.pdf>.
- Rocha, D. G., Marcelo, V. C., & Pereira, I. M. T. B. (2002). Escola promotora da saúde: uma construção interdisciplinar e intersetorial. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 12(1), 57-63.
- Rodrigues, M. C., Dias, J. P., & Freitas, M. F. R. L. (2010). Resolução de problemas interpessoais: promovendo o desenvolvimento sociocognitivo na escola. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 831-839. doi:10.1590/S1413-73722010000400019
- Rodriguez, C. A. C. (2014). *El aprendizaje humano como base para la promoción de la salud*. Congreso Internacional de Promoción de la Salud IX Taller regional de promoción de y educación para la salud em el ámbito escolar y universitário V reunião de la red latinoamericana de escuelas promotoras de la salud. Educação y salud para el desarrollo sostenible 07-10 de abril de 2014, La Habana, Cuba.
- Rodríguez, F. G., & Suárez, D. A. (2014). La preparación de los docentes en formación inicial y permanente para dirigir la educación para la salud en la escuela *Anais do VI taller regional de promoción y educación para la salud en el ámbito escolar*. Curso preevento, Ciego de Ávila, Havana, Cuba, 506-520.
- Rojas Bermúdez, J. (1997). *Teorías y Técnicas Psicodramáticas*. Barcelona: Paidós.
- Romaña, M. A. (1996). *Do Psicodrama Pedagógico à Pedagogia do Drama*. Campinas, São Paulo: Papirus Editora.
- Romaña, M. A. (2004). *Psicodrama Pedagógico e Pedagogia do Drama: 8 perguntas e 3 relatos*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Rosa, S. D., & Brançam, G. S. (2013) *A intervenção grupal como recurso da Terapia Ocupacional: uma experiência com mulheres climatéricas*. Cad. Ter. Ocup. UFSCar, São Carlos, 21(2) 423-428. doi:10.4322/cto.2013.044
- Rovere, M. R. (1994). Gestion Estrategica de la Educacion Permanente en Salud. In: Haddad, J. Q., Roschke, M. A., Davini, M. C. (Ed.). *Educación permanente de personal de salud*. Washington: OPS/OMS.
- Russo, H. L. (2013). El juego y la creatividad en el centro del currículo y de la evaluación: viaje a una escuela de la ciudad de nueva york para repensar la pedagogía curricular. *Bordón. Revista de Pedagogía*. 65(1), 131-146. doi:10.13042/brp.2013.65109.
- Saeki, T, Correa, A. K., Souza, M. C. B. M., & Zanetti, M. L. (2002). O Psicodrama pedagógico: estratégia para a humanização das relações de trabalho, *Rev. bras. Enfermagem*, 55(1), 89-91.

- Salmasi, F. P., Mashhadi, R. T. S., & Marziyeh, A. (2014). Eficácia do teatro em terapia do crescimento de habilidades sociais de slow alunos (fronteira) 11-14 anos de idade em TEERÃ. *International Journal of vida atual Sciences*, 4(9), 5372-5375.
- Salvat, P., Román, M., & García-Huidobro, J. E. (2012). Horizonte normativo para una educación justa en sociedades democráticas. Una reflexión desde América Latina. *Revista Internacional de Educación para la Justicia Social (RIEJS)*. 1(1), 46-78. Retrieved from <http://www.rinace.net/riejs/numeros/vol1-num1/art2.pdf>.
- Sampaio, M., & Datner, Y. (2008). A elaboração de projetos para a efetivação de intervenções socioeducativas In: Marra, M. M. e Fleury, H. J. *Grupos - Intervenção socioeducativa: e método socioPsicodramático* (pp. 193-200). São Paulo: Editora Ágora.
- Santos, K. F., & Bógus, C. M. (2007). A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. *Revista Brasileira Crescimento Desenvolvimento Humano*, 17(3), 123-133.
- Sawaia, B. B. (1995). Dimensão ético-afetiva do adoecer da classe trabalhadora. In S. T. M. Lane & B. B. Sawaia (Orgs.), *Novas veredas da Psicologia Social* (pp. 157-168). São Paulo: Brasiliense, EDUC.
- Schmidt, M. L. G. (2006). A utilização do objeto intermediário no Psicodrama organizacional: modelos e resultados. *Psicologia para América Latina*, (8) Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-350X2006000400012&lng=pt&tlng=pt. .
- School Health Policies and Practices Study (“School Health Policies”). (2014, May). *Centers for Disease Control and Prevention*. Retrieved from <http://www.cdc.gov/healthyyouth/shpps/index.htm>.
- Scliar, M. (2007). História do Conceito de Saúde Physis. *Revista Saúde Coletiva*, 17(1), 29-41.
- Secretaria de Educação Fundamental, Ministério da Saúde. SEF/MS. (1997). *Parâmetros Curriculares Nacionais: apresentação dos temas transversais, ética / Secretaria de Educação Fundamental*. (nº 146p. CDU: 371.214.). Brasília: Government Printing Office.
- Secretaria Municipal de Saúde e Defesa Civil. (2012). Rio de Janeiro. Retrieved from <http://www.rio.rj.gov.br/web/smsdc/exibeconteudo?article-id=138952>.

- Shaffer, A. (1994). When the screen is not blank: Transference to the psychodrama director in theory and clinical practice. *Journal of Group Psychotherapy, Psycodrama & Sociometry*, 48(1), 9-20.
- Silva, A. (1995). De Vargas a Itamar: políticas e programas de alimentação e nutrição. *Estudos Avançados*, 9(23), 87-107. doi: 10.1590/S0103-40141995000100007.
- Silva, C. O., & Ramminger, T. (2014). O trabalho como operador de saúde. *Ciênc. Saúde Coletiva*, 19(12). doi:10.1590/1413-812320141912.15212013.
- Silva, C. S. (2004). Escola Promotora de Saúde: uma Visão Crítica da Saúde Escolar in: Harada, J., Mattos, B.C.A., Pedroso, G.C., Moreira, A. M. M., Guerra, A. B. e Silva, C. S. *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. Retrieved from www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf.
- Silva, C. S., & Delorme, M. I. C. (2007). Apresentação das experiências. In Organização Pan-Americana de Saúde, Ministério da Saúde, Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa (Eds) . *Escolas promotoras de saúde : experiências do Brasil* (pp. 21-20). Brasília : Ministério da Saúde (Série Promoção da Saúde; n. 6). ISBN 92-75-72550-0 Organização Pan-Americana da Saúde. ISBN 85-334-1042-5. Ministério da Saúde
- Silva, C. S., & Pantoja, A. F. (2009). Contribuições da avaliação na identificação de efetividade da promoção da saúde na escola no município do Rio de Janeiro. *B. Téc. Senac: a R. Educ. Prof.*, 35(2).
- Silva, G., Pereira, E. R., Oliveira, J. O., & Kodato, Y. M. (2013). Um momento dedicado à espera e à promoção da saúde. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 33(4), 1000-1013. doi:10.1590/S1414-98932013000400017
- Silva, I. L., Araújo, H. F. P., & Beresford, H. (2010). O valor do role-playing como um jogo cooperativo nas aulas de educação física para alunos envolvidos em violência escolar, *Revista Digital*, 15(148).
- Silva, J. P., Damásio, B. F., & Melo B. F. (2009). O sentido de vida e o estresse do professorado: um estudo correlacional. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 12(1), 111-122. Retrieved from http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-37172009000100009&lng=pt&tlng=pt.
- Silva, J. P., Damásio, B. F., Melo, S. A., & Aquino, T. A. A. (2008). Estresse e burnout em professores. *Revista Forum Identidades*. 2(3), 75-83.

- Silva, J. R. M., Schmitz, B. A. S., Rodrigues, M. L. C. F., & Gabriel, C. G. (2013). Promotion of healthy eating at schools in the Federal District of Brazil. *Revista de Nutrição*, 26(2), 145-158. doi:10.1590/S1415-52732013000200003
- Silva, R. D., Catrib, A. M. F., Collares, P. M. C., & Cunha, S. T. (2011). Mais que educar... Ações promotoras de saúde e ambientes saudáveis na percepção do professor da escola pública. *Revista Brasileira em Promoção da Saúde*, 24(1), 63-72. 10p.
- Silva, Z. P. (2006) *Estudo sobre o processo de gestão integrada da Estratégia Escolas Promotoras de Saúde do Tocantins* Tocantins, Fundação de Apoio a Pesquisa Executores: Núcleo de Estudos da Saúde do Tocantins NEST- UFT, Secretaria Estadual de Saúde – SESAU, Secretaria Estadual de Educação e Cultura – SEDUC.
- Siqueira, M. M. M., & Dela Coleta, J. A. (2014). Metodologia para investigação da qualidade de vida no trabalho. *Arquivos Brasileiros de Psicologia*, 41(3), 51-66.
- Siqueira, M. M. M., Jesus, S. N., & Oliveira, V. B. (2007). *Psicologia da Saúde: teoria e pesquisa*. São Bernardo do Campo: Universidade Metodista de São Paulo.
- Soares, D. H. P., Krawulski, E., Dias, M. S. L., & D'Avila, G. T. (2007). Orientação profissional em contexto coletivo: uma experiência em pré-vestibular popular. *Psicologia: ciência e profissão*, 27(4), 746-759.
- Soares, F. C., Pasqualin L., & Borges, T. P. (1995). Abordagem Sócio-dramática de pais de alunos que freqüentam sala especial de uma escola privada de Ribeirão Preto. *Revista Brasileira de Educação Especial*, 3, 101-110.
- Sociedade Brasileira de Pediatria. SBP. (2004). in: Harada, J., Mattos, B.C.A., Pedroso, G.C., Moreira, A. M. M., Guerra, A. B. e Silva, C. S. *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde*. Sociedade Brasileira de Pediatria. Departamento Científico de Saúde Escolar. Retrieved from www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf.
- Souza V. B., Orti, N. P., & Bolsoni-Silva, A. T. (2012). *Role-playing* como estratégia facilitadora da análise funcional em contexto clínico. *Revista Brasileira de Terapia Comportamental e Cognitiva*, 14(3), 102-122.
- Souza, A. C. (2008). *Programas de escola promotora de saúde: um estudo com profissionais* (Master's thesis, Universidade Metodista). Retrieved from Universidade Metodista database, http://ibict.metodista.br/tedeSimplificado/tde_arquivos/2/TDE-2008-11-10T192031Z-601/Publico/Andrea%20Claudia%20de%20Souza.pdf
- Spink, M. J. P., & Matta, G. C. (2006). A Prática profissional Psicológica na Saúde Pública: configurações históricas e desafios contemporâneos. In: Spink, Mary Jane Paris (org.) A

- Psicologia em diálogo com o SUS: prática profissional e produção acadêmica*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Spratt, J., Shucksmithb, J., Philip, K. & McNaughtonb, R. (2013) Active agents of health promotion? The school's role in supporting the HPV vaccination programme. *Sex Education*, 13(1), 82–95. doi:10.1080/14681811.2012.677207
- St. Leger, L.. (2001). School, health literacy and public health: possibilities and challenges, *Health Promotion International*, 16(2). doi:10.1093/heapro/16.2.197
- St. Leger, L. (2004). What's the place of schools in promoting health? Are we too optimistic?. *Health Promotion International*, 19(4). doi:10.1093/heapro/dah401
- St. Leger, L. (2008). Evaluating community-based health promotion initiatives: An ongoing necessity and challenge. *Health Promotion International*, 23(4), 299-301. doi:10.1093/heapro/dan034
- Stener, E., & Corrêa Filho, H. R. (2013) *Redes e Participação na gestão da saúde*. 2º Congresso brasileiro de política, planejamento e gestão em saúde universalidade, igualdade e integralidade da saúde: um projeto possível. Belo Horizonte, MG. Retrieved from <http://www.politicaemsaude.com.br/anais/publicacoes.html>.
- Tang, K., Nutbeam, D., Aldinger, C., St Leger, L., Bundy, D. Hoffmann, A. M. & Heckert, K.(2008). Schools for health, education and development: a call for action. *Health Promotion International*, 24(1). doi:10.1093/heapro/dan037
- Tarashoeva, G., Gorinova M., Nikolova, T., & Venelinova, R. (2012). Psychodrama's intervention work in Bulgaria with women victims of domestic violence. Possibility for change in the trans-generational circle of violence, *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 18. doi:10.14658/ijfs-17-2
- Tauvon, L. (2001). A comparison of psychoanalytic and psychodramatic theory from a psychodramatist's perspective. *Counseling Psychology Quarterly*, 14(4). 331-355. doi:10.1080/09515070110092316
- Teixeira, T. M. (2008). *Psicodrama Empresarial: o que, por que, como fazer*. Belo Horizonte: Santa Clara.
- Testoni, I., Armenti, A., Ronconi, L., Cottone, P., Wieser, M., & Verdi, S. (2012). Daphne European Research Project: Italian Validation of Hypothesis Model (SAI-R, CORE-OM and BDI-II). *Interdisciplinary Journal of Family Studies*, 17.
- Testoni, I., Armenti, A., Ronconi, L., Verdi, S., Wieser, M., Bucuta, M., & Moita, G., (2013). CORE-OM, SAI-R and BDI-II: cross-cultural validation of assessment instruments for Empower project.

- Testoni, I., Armenti, A., Ronconi, L., Verdi, S., Wieser, M., Bucuta, M., Moita, G., & Tarashoeva, G. (2015). Developing spontaneity and well-being in women victims of domestic violence. *La Camera Blu. Rivista Di Studi Di Genere*, 11(11). doi:10.6092/1827-9198/2824
- Thiollent, M. (1997). *Pesquisa-ação nas organizações*. São Paulo: Editora Átlas.
- Tjomsland, H. E., Iversen, A. C., & Wold, B. (2009). The Norwegian Network of Health Promoting Schools: a three-year follow-up study of teacher motivation, participation and perceived outcomes. *Scandinavian Journal of Educational Research*, 53(1), 89-102.
- Trickett, E. J., & Rowe H. L. (2012). Emerging Ecological Approaches to Prevention, Health Promotion, and Public Health in the School Context: Next Steps From a Community Psychology Perspective. *Journal of Educational and Psychological Consultation*, 22:125–140. doi:10.1080/10474412.2011.649651
- Turunen, H., Tossavainen, K., & Vertio, H. (2004). How can critical incidents be used to describe health promotion in the finnish European network of health promoting schools?. *Health Promotion Int.*, 19 (4), 419-427. doi:10.1093/heapro/dah403
- Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen S., Salomaki L., & Vertio, H. (1999). Initial results from the European Network of Health Promoting Schools Program on Development of Health Education in Finland. *Journal of School Health*, 69, 387–391.
- Valadão, M. M. (2004). *Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial* (Doctor thesis, Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública). Retrieved from <http://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/6/6135/tde-12022007-152151/pt-br.php>.
- Valcarce, P. A. (2012) *Sociodrama Organizacional*. In *Dossier de la XXVII reunión de la Asociación Española de Psicodrama (AEP)*. Madrid. Retrieved from at http://aep.fidp.net/sites/aep.fidp.net/files/dossier_aep_xxvii_1.pdf
- Vasconcelos, V. M., Martins, M. C., Valdês, M. T., & Frota, M. A. (2008). Educação em saúde na escola: estratégia em enfermagem na prevenção da desnutrição infantil. *Ciencia Cuidados Saúde*, 7(3), 355-362.
- Veiga, S., Bertão A., & Franco V. (2011). A metodologia sociodramática na formação pessoal de profissionais de relação, In Pimentel, A., Franco, V. (Eds). *Diálogos dentro da Psicologia: Contributos da investigação Luso-Brasileira em Psicologia Social, Clínica e Educacional* (pp. 15-32). Portugal: Edições Aloendro.

- Veríssimo, M. O. R., & Rezende, M. A. S. (2007). Parceria para a promoção da saúde e do desenvolvimento infantil. Integración de la promoción de la salud y el desarrollo infantil. *Enfermería Global*, 10.
- Viana, I. C. (2007). *O Projecto Curricular de Turma na mudança das práticas do Ensino Básico. Contributos para o desenvolvimento curricular e profissional nas escolas* (Doctor thesis, Universidade do Minho, Portugal). Retrieved from <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/7376>.
- Vicente, L. B. (2005). Psicodrama: Transferência e contra-transferência. *Aná. Psicológica*, 23(2), 79-83.
- Vieira, P. C., Aerts, D. R. G. C., Freddo, S. L., Bittencourt, A., & Monteiro, L. (2008). Uso de álcool, tabaco e outras drogas por adolescentes escolares em município do sul do Brasil. *Caderno de Saúde Publica*, 24(11), 2487-98. doi:10.1590/S0102-311X2008001100004
- Viig, N. G., Fosse, E., Samdal, O., & Wold, B. (2012). Leading and Supporting the Implementation of the Norwegian Network of Health Promoting Schools Scandinavian *Journal of Educational Research*. 56(6), 671-684. 14p. doi:10.1080/00313831.2011.621139
- Viig, N. G., & Wold, B. (2005). Facilitating Teachers' Participation in School-Based Health Promotion--A Qualitative Study. *Scandinavian Journal Of Educational Research*, 49(1), 83-109. doi:10.1080/0031383042000302146
- Walters, R. & Baile W. F. (2014) Training Oncology Professionals in Key Communication Skills: Adapting Psychodrama and Sociodrama for Experiential Learning. *The Journal of Psychodrama, Sociometry, and Group Psychotherapy*, 62(1), 55-66. doi: 10.12926/0731-1273-62.1.55
- Warr, P. (2013) Fuentes de felicidad e infelicidad en el trabajo: una perspectiva combinada *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones* 29(3), 99-106.
- Wechsler, M. P. F. (1999). *Psicodrama e construtivismo: uma leitura psicopedagógica*. São Paulo: Fapesp .
- Wechsler, M. P. F. (2007). Pesquisa e Psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama*, 15(2), 71-78.
- West, S. G. (2001). New approaches to missing data in psychological research: introduction to the special section. *Psychol Methods*, 6(4), 315-6. doi: 10.1037/1082-989X.6.4.315
- Weston, R. & Gore, P. A. (2006). A brief guide to structural equation modeling. *The Counseling Psychologist*, 34, 719 – 751. doi:10.1177/0011000006286345

- Whitehead, D. (2006) The health-promoting school: What role for nursing?. *Journal of Clinical Nursing*, 15(3), 364-371. doi:10.1111/j.1365-2702.2006.01294.x
- WHO. (2014) Preamble to the Constitution of the World Health Organization as adopted by the International Health Conference, New York, 19-22 June, 1946, signed on 22 July 1946 by the representatives of 61 States (Official Records of the World Health Organization, no. 2, p. 100) and entered into force on 7 April 1948. <http://www.who.int/about/definition/en/print.html>
- Wieder, G. (1954). Group procedures modifying attitudes of prejudice in the college classroom. *Journal of Educational Psychology*, 45(6), 332-344. doi:10.1037/h0063323
- Willman, H. M. (2013). *Recursos didácticos para educar en valores*. Estados Unidos da América: Palibrio.
- Witter, G. P. (2008). Psicologia da saúde e produção científica. *Estudos de Psicologia I*, 25(4), 577-584.
- Yavuzer, Y. (2013). Investigation of relationship between aggression and Sociometric popularity in adolescents, *Educational Sciences: Theory & Practice*, 13(2), 775-780.
- Zacariah, M, & Moreno, R. (2006). Finding My Place: The Use of Sociometric Choice and Sociodrama for Building Community in the School Classroom, *Journal of Group Psychotherapy, Psychodrama & Sociometry*, 157-167.
- Zoepf, K. (2006). In Lebanon, a Professor Uses Theater to Help Traumatized Children. *Chronicle of Higher Education*, 53(3), 45.
- Zuretti, M.(2010). *Programa en la Universidad: SocioPsicodrama*. Retrieved from www.zuretti.com.ar/publicaciones.

Anexos

Anexo A - Escala - EEPS



DEPARTAMENTO
PSICOLOGIA E SOCIOLOGIA

EEPS – Andréa Claudia de

Souza

Estamos realizando um estudo no âmbito de um Doutorado em Psicologia. Pedimos a sua colaboração, para nos ajudar a compreender a forma como as pessoas percebem a saúde nas escolas. Para tal, pedimos-lhe que preencha o questionário que se apresenta a seguir. Caso trabalhe em mais de uma Instituição de Ensino, pode responder a mais de um questionário. Encontrará abaixo descritas 52 frases que se relacionam com essa dinâmica. Em seguida faça um (X) no número que melhor corresponde à sua experiência, considerando que 1 equivale a – nunca, e 7 a sempre. Pedimos-lhe que seja espontâneo considerando que não há respostas certas ou erradas.

Os questionários são confidenciais. Apenas os investigadores terão acesso aos dados.

EEPS - Escala de Escola Promotora de Saúde (Profissionais da Educação)

PROJETO PILOTO

Considerando a escola em que trabalha, assinale um dos valores enumerados à frente de cada frase, sendo que 1 (nunca ocorre) e 7 (sempre ocorre).

		1=Nunca			7 = Sempre			
		1	2	3	4	5	6	7
1	Penso que como profissional promovo a saúde das pessoas na Instituição de Ensino							
2	Realizo trabalhos voltados para a saúde dos alunos							
3	A minha participação na Instituição favorece a saúde física							
4	O meu trabalho promove a saúde mental de todos na Instituição							
5	Meu trabalho considera a saúde espiritual de todos na Instituição							
6	Meu trabalho promove a saúde social							
7	Tenho flexibilidade suficiente para adaptar os meus trabalhos à cultura e as condições de aprendizado do aluno e dos profissionais							
8	Realizo trabalhos voltados para a saúde da comunidade							
9	Penso que tenho competências para liderar um projeto							
10	Proponho a criação de novos projetos							
11	Minhas relações pessoais na escola me fazem bem							
12	Sinto que quando inicio um projeto sou totalmente responsável por ele							
13	Como profissional eu me sinto cuidado pela Instituição							
14	Sinto-me realizado com o trabalho que desempenho							
15	Consigo adaptar os materiais necessários a realização dos meus projetos							
16	Preocupo-me em adaptar meus projetos a cada idade escolar							

17	Tento aproveitar os espaços da Instituição da melhor forma possível em benefício de todos	1	2	3	4	5	6	7
18	Realizo projetos de curta duração (até um ano)	1	2	3	4	5	6	7
19	Realizo projetos de longa duração (mais de um ano)	1	2	3	4	5	6	7
20	Quando desenvolvo um bom projeto ele é mantido	1	2	3	4	5	6	7
21	A minha maior motivação no trabalho é financeira	1	2	3	4	5	6	7
22	Sinto que meu bom desempenho é reconhecido pelos alunos	1	2	3	4	5	6	7
23	É muito importante o reconhecimento do meu trabalho	1	2	3	4	5	6	7
24	Considero que sou reconhecido pela comunidade no trabalho que desenvolvo	1	2	3	4	5	6	7
25	Considero que quando desenvolvo um bom trabalho este é reconhecido pela direção	1	2	3	4	5	6	7
26	Considero-me estimulado pela missão e visão da Instituição	1	2	3	4	5	6	7
27	Gosto de trabalhar com outros profissionais	1	2	3	4	5	6	7
28	Já participei de trabalhos em outras disciplinas ou funções que não a minha	1	2	3	4	5	6	7
29	Como profissional facilito o envolvimento de todos nos projetos da Instituição	1	2	3	4	5	6	7
30	Prefiro trabalhar sozinho do que com outros profissionais	1	2	3	4	5	6	7
31	Trabalho bem em projetos com outros profissionais da Instituição	1	2	3	4	5	6	7
32	Sinto-me a vontade para liderar trabalhos que envolvam temas de outras disciplinas e temas transversais	1	2	3	4	5	6	7
33	Realizo projetos junto a outros profissionais com funções diferentes das minhas	1	2	3	4	5	6	7
34	Realizo projetos junto a diferentes associações de moradores (ou semelhantes)	1	2	3	4	5	6	7
35	Já realizei projetos junto a diferentes secretarias públicas	1	2	3	4	5	6	7
36	Sinto-me estimulado a trabalhar com a comunidade escolar	1	2	3	4	5	6	7
37	Sinto resistência em envolver a comunidade nos meus projetos	1	2	3	4	5	6	7
38	Preocupo-me com os aspectos psicológicos dos profissionais e alunos	1	2	3	4	5	6	7
39	Participo e/ou promovo trabalhos de desenvolvimento do papel de cidadão dos alunos	1	2	3	4	5	6	7
40	Participo e/ou promovo trabalhos voltados para promoção das relações interpessoais	1	2	3	4	5	6	7
41	Participo de programas culturais realizados na Instituição	1	2	3	4	5	6	7
42	Participo de campanhas e programas sociais na Instituição	1	2	3	4	5	6	7
43	Já participei de trabalhos voltados para prevenção de Doenças Sexualmente Transmissíveis ou uso de drogas	1	2	3	4	5	6	7
44	Sinto resistência por parte da escola para que eu ofereça novos projetos	1	2	3	4	5	6	7
45	Encontro dificuldades financeiras para realização de projetos	1	2	3	4	5	6	7
46	Preocupo-me com os hábitos alimentares e de sedentarismo de todos que frequentam o ambiente institucional	1	2	3	4	5	6	7
47	Tenho o cuidado de escrever e divulgar os trabalhos que desenvolvo	1	2	3	4	5	6	7
48	Os profissionais da escola conhecem os projetos que realizo	1	2	3	4	5	6	7

49	Promovo a discussão dos projetos realizados na Instituição com a comunidade	1	2	3	4	5	6	7
50	Eu me interesso pelos projetos realizados por outros profissionais da Instituição	1	2	3	4	5	6	7
51	Acho importante escrever e divulgar o que realizo no meu dia a dia profissional	1	2	3	4	5	6	7
52	O governo ou sociedade acadêmica conhece os projetos desenvolvidos na Instituição.	1	2	3	4	5	6	7

Lembrando que suas respostas serão mantidas em sigilo, agradecemos por sua participação.

Agradecemos o preenchimento de todos os dados.

Escola:

Idade: _____ Gênero: M ☐ F ☐ Município: _____ Estado: _____

Escolaridade: _____

Cargo ou função que ocupa na Instituição: _____ Se for professor- a disciplina _____

Já estudaram o conceito “Escola Promotora de Saúde”? Sim ☐ Não ☐

Há um Departamento médico? Sim ☐ Não ☐ Há psicólogo na Instituição? Sim

☐ Não ☐ Lembrando que suas respostas serão mantidas em sigilo, agradecemos por sua participação.

Anexo B - Mapeamento do Clima

Escolas A e B			
	Alunos	Comunidade	Profissionais
Escola A			
Nublado	Alteração da rotina Mudança climática Falta de professores	Atividades com a participação das famílias Participação da APM Conselho de escola Atividades com a comunidade Quando tem lanche apenas para os alunos Palestras Limites Mudança de horário de saída batendo com o fundamental	Material pela metade (sem lápis de cor, canetinhas) Cota de Xerox colorida reduzida Pais atrasados na saída (mudança de horário, das 8:00 às 12:00)
Tempestade	Sem parque Dia de chuva Guardar brinquedos Feriadão	Falta dos uniformes Falta de material escolar Emendas de feriados Transporte escolar Vagas Acidentes Obrigatoriedade da carteirinha Queixas	Aluno machucado Falta de compreensão e cooperação dos pais no trabalho pedagógico, Falta de diálogo de pais X professoras, Permissividade (tudo é permitido para a criança pelos pais) Falta de ação efetiva com alunos com deficiência no ensino fundamental Falta de auxiliar a inclusão Excesso de alunos por sala de aula Conferência de uniformes Muitas atribuições que não competem ao professor
Ensolarado	Hora do parque Chegada Movimento corporal (quadra) Brincar Levar algo para casa (cartonagem) Refeição Dia do brinquedo Parque inflável Aprender Lanche diferente	O desenvolvimento das crianças Projetos desenvolvidos Passeios Materiais e uniformes Atividades gerais Alimentação	Feriado prolongado, Número reduzido de alunos por sala Recursos naturais abundantes e de qualidade Valorização profissional Cursos Oficina em horário de trabalho Aumento real de salário Participação dos pais em eventos Reuniões e na própria educação da criança Equipa coesa, com o mesmo objetivo (Ed da Criança) Retorno da aprendizagem

dos alunos
As crianças não se machucam

Escola B

Nublado	Dia de chuva (Ficar sem parque, sem quadra) Chegar com sono (acordar cedo) O dia que a prof.^a falta Mudança na rotina Quando brigo com amiguinho Leva bronca da professora Quando o amigo não divide um brinquedo Quando me machuco	Espaço para deixar as crianças Saídas do espaço escolar Mudança/falta de professor permanente Eventos na escola	Limitações de recursos, espaços, instrumentos para o bom trabalho em sala de aula Falta de capacitação profissional para trabalharmos com a diversidade (ex: inclusão)
Tempestade	Ficar sem brincar nas áreas externas (quadra/parque) Quando a família não contribui com as solicitações da professora Esquecer o brinquedo no “dia do brinquedo”	Dias sem aula Uniformes (atraso ou falta) Material escolar (atraso ou falta) Falta de verba Não atende as minhas solicitações Falta de professor Falta de manutenção	Falta de respeito entre os profissionais, comunidades escolar, gestão, etc. Falta de parceria entre os profissionais da comunidade escolar.
Ensolarado	Brincar no parque Brincadeira na quadra Ouvir música/cantar/histórias Dançar Atividades diferentes (teatros, fantoches, filmes) Atividade com tinta Dia do pão com salsicha/sucrilhos Dia do brinquedo Receber um elogio Brincar com os amigos Ganhar um beijo/abraço carinhoso da professora Levar livro pra casa Brincar na brinquedoteca (fantasias)	Aula semana toda Acolhimento “positivo” Dar atenção (ser ouvida) Ter uma escola flexível Participar da escola Ver a escola como um espaço necessário Que atenda as expectativas	Reconhecimento profissional (pela comunidade, equipa escolar, gestão...) Alcançar os objetivos propostos Receber o reconhecimento dos pais com relação ao com trabalho realizado Envolvimento das crianças nas atividades propostas e empolgação da família Aumento de salário

Escolas C e D

	Alunos	Comunidade	Profissionais
Escola C			
Nublado	Quando não estão bem de saúde: fisicamente ou emocionalmente Trocar de fralda Retirada da fralda Ausência de um amigo Vir sem brinquedo no dia do brinquedo	Esquecimento da lancheira da criança ou outro item solicitado. Mal-estar TPM Elevador quebrado Pneu furado Criança não querer levantar pela manhã	Profissionais ou alunos não estão bem de saúde, indispostos Turma desfalcada Quando a profissional está com tensão pré-menstrual
Tempestade	Ficar de castigo Tirar o cobertor, chupeta, pano.. Adaptação Ficar doente Esquecer o brinquedo e o dia da lancheira	Deu tudo errado Transito Chuva Frio Criança doente Imprevistos Aumento da mensalidade, taxas e passeio Pressão Preocupações diárias (horários)	Doença Alunos doentes Equipa desfalcada Não conseguir fazer o planejado Acidentes Cumprimento de horário Colher cocô (exame de fezes)
Ensolarado	Parque Piscina Piquenique Passeios Mascotes Atividades de casa Lancheira Soneca Atividades	Um dia em que tudo deu certo As relações foram positivas e produtivas Tudo o que foi planejado aconteceu Dia tranquilo Quando a criança não suja muito a roupa, nem se machuca. Quando crianças comem bem e desenvolvem atividades e levam isso para casa Os pais chegam na porta da escola e encontram os profissionais bem	Quando se está bem disposto, bem de saúde. Quando conseguimos realizar bem nosso trabalho. Quando as crianças estão dispostas e participativas. Quando objetivos são alcançados. Quando os pais e a direção ficam satisfeitos com nosso trabalho e somos reconhecidos. A equipa está em sintonia As crianças não se machucam
Escola D			
Nublado	Não cumprir combinados Não organização da rotina	Expressão de cuidado Falta de comunicação Mudanças (Subgrupos) Vínculo (pessoal\profissional)	Excesso de atividades com curto prazo pra entrega Falta de comunicação e organização Falta de profissionalismo (oscilação de humor) Falta de trabalho em equipa Falta de respeito com o próximo, tanto pessoal como profissional.

Tempestade	Dias de chuva Refeições no berçário Falta de funcionário	Obras Sons, barulhos Baia Falta de Respeito	Falta de funcionários Ocorrências Em dias chuvosos, a falta de áreas externas Vésperas de eventos e relatórios
Ensolarado	Dia do brinquedo Aula de Educação Física, informática, etc.. Dia da lancheira Dia do passeio Aniversariante do mês	A alegria e o carinho das crianças Reconhecimento do trabalho realizado Elogios pelo trabalho desenvolvido O retorno das crianças referente as vivências diárias Objetivos\metas alcançadas Cordialidade e respeito com o próximo	Festa, feiras e exposição Resultado do trabalho Expressão de cuidado\atenção\afeto Melhorias na escola Boa comunicação Movimentações (água, caminhada)

Escolas E e F

	Alunos	Comunidade	Profissionais
Escola E			
Nublado	Quando o professor da Ed. Física falta O dia que tem aula Quando troca de professor Demonstrar sentimentos (evitam)	Dia que a aula termina mais cedo	Quando nada flui bem e você fica estático e sem saída. Quando há a falta de direção de professores e de toda a equipa escolar desenvolve sua função.
Tempestade	Dia de prova ou atividade Sexta-feira Entrar na aula as 7:00 da manhã Quando retiram o celular Falar “mal” de um amigo Quando o professor de Ed. Física não leva para a quadra	Falta de profissionais habilitados e capacitados para trabalhar o aluno especial incluso por força de lei Dia que não tem aula Emenda de feriado Férias escolares Quando chega informação que o aluno perdeu a bolsa família devido ausências constantes Reunião de pais e mestres Quando recebem regras de convivência impostas pelos professores Quando são chamados pela coordenação	Quando o aluno não quer desenvolver nada Desrespeito aos professores e funcionário Uso de drogas Falta de professor\profissionais Não execução de deveres Brigas no intervalo Falta de participação dos pais e comunidade Quando o responsável é agressivo com o filho Falta de expectativas do trabalho a ser desenvolvido pelos professores Falta de educação do aluno Falta de regras a serem obedecidas pela comunidade, alunos e profissionais Falta de melhor capacitação

			profissional para alunos inclusos pela lei Falta de funcionários de apoio escolar
Ensolarado	Ir ao Hopi-Hari ou outros passeios Quando falta água e são dispensados Quando faltam professores Quando vão para a quadra Quando tem brigas Quando tem algo diferente na merenda Gostam de copiar Quando recebem elogios Ficam felizes quando recebem o certificado de melhor aluno do Bimestre	Dia de aula com carga cheia Pagamento da bolsa família Dia de entrega dos materiais didáticos Quando o aluno chega com o certificado de melhor da sala no bimestre Quando sabe da aprovação do aluno na (progressão continuada).	Férias Feriado Emenda Poucos alunos Quando o pai participa Onde todos estão executando sua função

Escola F

	Alunos	Comunidade	Profissionais
		Escola F	
Nublado	Pais ou responsáveis demoram para buscar no horário da saída Quando os pais não assinam autorização de passeio, fotos... (as vezes é tempestade) Quando a família não é presente, não participa das atividades da escola Aula de apoio	Cobranças diversas como: horário, uso de uniforme, higiene Quando os pais dos alunos param os carros em frente ao portão dos vizinhos	Cuidado no "trato" com as famílias. Repasse de verba Instabilidade nas Políticas Públicas Atribuição de aulas Período de adaptação - sondagem inicial Primeira reunião com os pais
Tempestade	Bilhete para os pais Perder aula de Educação Física, brinquedoteca, artes. Prova Bronca coletiva Apelidos	Quando não tem aula Quando os responsáveis são chamados à escola Muito barulho para a vizinhança Quando os pais querem que o filho fique na escola e a escola quer promover o aluno	Indisciplina/Comportamentos desafiadores Dia de reunião com a chefia Semana de conselho de classe Organização de atividades envolvendo as famílias Trabalhar aos sábados Início de ano letivo Final de ano letivo HTPC/tripla jornada (manhã, tarde, noite) Não ter fluxo de informações Excesso de barulho, gerado por atividades extra curriculares Falta de parceria para facilitar o trabalho coletivo
Ensolarado	Dia de passeio	Bom diálogo com a	Licença Prêmio/LPTS

Dia do brinquedo	escola	Véspera de férias/feriados
Atividades extra aulas	Decisões da APM	Objetivos atingidos = satisfação pessoal
Rever os amigos	Atividades diversificadas, dentro e fora da escola	Mudança de comportamento como fruto da intervenção dos profissionais envolvidos
Comida da escola	Tempo de escola	Bom relacionamento entre os “atores”
Quando é elogiado, incentivado		Desafios superados em parceria (avanços apresentados pelos alunos TEA, por exemplo)
Quando percebe que é capaz, que aprendeu		Confraternizações
Quando se sente amado		Parceria escola X família (passeio)
Tempo de escola		Férias
Férias		Sem HTPC
Feriado		

Escola G 1

	Alunos	Comunidade	Profissionais
Escola G 1			
Nublado	Recebimento de material didático Recebimento de uniforme Não gostam de vir para escola quando está chovendo e frio Dobradinha de matemática Dobradinha de língua portuguesa	Reunião de pais Falta de água ou energia Transito Conflitos/convocações para solucionar problemas Dia chuvoso	Dia-a-dia Quando o professor atinge parcialmente seus objetivos Quando a intenção do aluno ocorre parcialmente Quando ocorre conflitos aluno/professor ou professor/gestão
Tempestade	Confusão entre alunos Dia de prova Dia de entrega de trabalhos	Repressão policial Atraso na entrega de materiais/kit escolar Criminalidade (risco de morte, drogas, etc.)	Quando o professor não atinge seus objetivos Quando não ocorre a interação dos alunos Quando acontece ocorrências que são levadas a orientação/coordenação/orientação
Ensolarado	Festa Aula vaga Feriado Aula de Ed. Física Doces (Páscoa) Passeios Vídeo Aula de informática	Fim de férias Festas populares Entrega do material escolar e uniforme Premiação de alunos destaques	Quando o professor atinge seus objetivos Quando ocorre a interação dos alunos Quando não acontece ocorrências que são levadas a direção/coordenação/orientação

Escola G2

	Alunos	Comunidade	Profissionais
Escola G 2			
Nublado	Final do trimestre (notas) Convocações da direção	Falta de professores Falta de merenda Emenda de feriado	Falta de compromisso com as atividades/escola
Tempestade	Dia de prova Quando o professor de Ed. Física não está	Falta de professores Emenda de feriado\feriados Reunião de pais Lição de pesquisa para casa Solicitação de recursos\materiais Greve de professores	Falta de recursos Falta de profissionais Falta de respeito Reclamação de pais
Ensolarado	Quando o professor falta Festas Campeonatos Férias Feriados	Dia de aula Entrega de materiais Entrega do cartão natal Dia de festas Passeios	Valorização financeira Férias Poucas crianças em sala Merenda de qualidade

Escola H

	Alunos	Comunidade	Profissionais
Escola H			
Nublado	Atividades escritas	Criança ir embora com a roupa suja Criança doente que tem que ficar em casa Rotina diária	Quando o professor não está no seu melhor dia Quando há problemas com alunos e funcionários
Tempestade	Ficar pensando no que fez de errado Contrariar alguma ideia e/ou opinião Chamar os pais na escola Dizer que vai conversar com a diretora	Férias longas e feriados prolongados Alguns problemas com a criança em especial Duvidas Conflitos familiares Transito Problemas no trabalho	Quando acontecem acidentes Quando há reclamações de pais Quando vamos conversar com a diretora
Ensolarado	Parque Trabalhar com tinta Brinquedoteca	Trazer os alunos para a escola Receber uniforme e	Quando os conteúdos programados para o dia foram satisfatórios (tudo

Brincadeiras diferentes	material	foi cumprido da melhor
Alimentação:	Participar de festas e	forma)
sucos/frutas/macarrão	reuniões	Quando o trabalho do
Visitas e/ou atividades	A satisfação com o	profissional é valorizado
extracurriculares	trabalho realizado	(reconhecimento)
Passeios diversos (parques, passeios)	Nascimento de um filho planejado	Quando o trabalho é feito em equipa
	Aumento do salário	Sala calma
	Novas paixões	Pais participativos positivamente

Escola I

	Alunos	Comunidade	Profissionais
Escola I			
Nublado	Dúvida sobre a participação brincadeira	Maior flexibilidade no calendário anual Pontos facultativos Férias e recesso escolar	Falta de recursos Quando não conseguimos cumprir tudo o que foi planejado
Tempestade	Não brincar Não ir ao parque	Falta de transporte Solicitação de materiais diversos Solicitação da família na escola para assuntos particulares	Cobrança da secretaria da educação Quando tudo dá errado Falta de profissionais especialistas Falta de coordenadora pedagógica e orientadora Número de alunos por sala de aula
Ensolarado	Brincar Ir ao parque Fazer atividades com tinta Atividades de maneira geral	Período integral Paternalismo Encontros voltados para os interesses da comunidade: uniforme, brinquedo, cestas, bolsa maternal... etc.	Reconhecimento profissional Cumprimento das metas Ambiente agradável Atender as necessidades

Escola J

	Alunos	Comunidade	Profissionais
Escola J			
Nublado	Dias chuvosos, onde a recreação externa fica limitada Quando ficam tristes Separar do amigo	Reunião de pais O aluno não está com a professora que a mamãe esperava	Representa o dia em que as pessoas estão indispostas, com problemas de saúde (física), que acaba repercutindo no trabalho, a pessoa trabalha preocupada Falta de recursos Falta de professores Falta dos colegas de trabalho

Tempestade

Doenças
Problemas familiares
Amigo doente e faltar
Falta da professora

Feriado prolongado
Férias
Falta de professores

Representa o dia em que tudo dá errado, as vezes devido a problemas familiares, financeiros, etc. que atrapalha o bom rendimento da escola
Sobrecarga de trabalho
Número de alunos
Falta de recursos pra merenda

Ensolarado

Alegria
Diversão
Brincar
Amizades
Recreação
Parque
Música
Suco

Festas comemorativas
O filho ser bem cuidado
Atenção individualizada
Reforma na escola
Merenda
Organização da entrada e saída
Uniforme

Representa o dia em que tudo está em perfeita harmonia, tudo flui e dá certo.
Folga
Feriado prolongado
Ter recursos à vontade para trabalhar
Quando o trabalho favorece e eleva a auto estima

Anexo C - Plano de Ação - TREM®

Escolas A e B

	Escola A	Escola B
Transformar	Estacionamento Interação Banheiro Metas Tempo Resiliência	Falar não Descentralização do poder Insegurança Precisa se expor mais, compartilhar saberes Não ser tão acomodada, precisa aprender a arriscar mais Perder o perfeccionismo Não conseguir manter os vínculos de amizades profissionais Auto cobrança exagerada Maior integração dos dois períodos: manhã e tarde Reuniões em outro ambiente que não a escola Reservar um HTPC para a comemoração do dia dos professores
Como realizar	Apresentando para o grupo Interagir com diversas faixas etárias Deixá-los apropriados para as crianças Palestras motivacionais para envolver equipa Plano de ação acerca de objetivos grupais Otimizar o tempo (ampliação)	Aprender a dizer não Compartilhar saberes e a companhia Auto cobrança exagerada
Realçar	Pomar Responsabilidade Respeito Coletividade	Momentos de descontração Empenho Competência Profissionalismo Atender bem a todos Aparência e autocuidado Respeito ao grupo, do grupo e pelo grupo Disponibilidade Equidade Vínculo do grupo Parceria entre professores Divulgação de trabalhos Socializar ao nosso trabalho desenvolvidos pelas duplas
Como realizar	Sensibilização diária Mostrar nosso trabalho, tempo e incentivo para isso, valorização e recursos Socialização Comprometimento com seu trabalho com todas as pessoas da escola equipa escolar	Maior respeito ao grupo Mais momentos de descontração e socialização Com dinâmicas de grupo
Eliminar	Vazamentos Pombos Conflitos Segregação Fatores desmotivadores	Demandas não corretadas ao serviço Melindres pessoais e profissionais Falta de respeito aos pais com os professores e funcionários Falta de organização dos espaços Falta de cuidado do material coletivo

		Agressividade dos alunos A indiferença pela classe da Educação por parte dos governantes
Como realizar	Contratar pessoas especializadas Contratar pessoas especializadas Delegar ao outro em detrimento do fazer Individualismo/criticas sem sugestões ou apoio Buscando situações pontuais e resolvendo possíveis conflitos Diálogo e respeito ao outro Envolvimento com o todo	Excesso de interlocutores em um diálogo Estabelecimento de regras e combinados Conversas constantes com o grupo
Manter	Qualidade Acesso Socialização de práticas Comprometimento Profissionalismo Ética Caráter de Educador	Solidariedade Cooperação Vínculos de amizade Trabalhar com qualidade para as crianças Alegria Companheirismo Lanche pedagógico Relacionamento Bom humor da equipa Respeito ao coletivo e a individualidade Trio gestor Amizade Partilhar situações difíceis
Como realizar	Qualidade no ensino Acesso da comunidade escolar Envolvimento real de todo o grupo Valorizando o empenho do profissional com respeito e reconhecimento Comprometimento com seu trabalho Ética enquanto formador de opinião	Diálogos Documento formal e enviar ao departamento Solidariedade e Cooperação Respeito ao coletivo e as individualidades

Escolas C e D

	Escola C	Escola D
Transformar	Fachada: Pra ficar mais atrativa A equipa: transformar a maneira de olhar o colega, a escola, a profissão As ações de marketing: site, propagandas A nova função: cuidados Garagem, tornar mais equipada Sala de vídeo Cardápio Ensino (mais divertido) Organização da entrada e saída das crianças (horários e responsáveis para retirar) A organização dos eventos	Calendário Organização/comunicação Quadro de funcionários (faltas) Espaço físico (manutenção) Recursos (jogos, pedagógicos, livros, brinquedos, camas para o soninho, armário dos funcionários e professores) Ambiente de trabalho mais acolhedor\alegre Processo de adaptação dos alunos\organização do mesmo Trabalho com alunos de inclusão Especialistas para acompanhamento\vivenciar\rotina Feedback
Como realizar	Promover ações de propaganda nas redes sociais Criar novas dinâmicas de funcionamento	Dividir o trabalho com especialistas Melhorar ambiente para melhorar atuação dos funcionários Compreender motivo das faltas (doença ou

	Pensar melhor os eventos	preguiça)
Realçar	A sala do sono Cursos extras Trabalho em grupo Brinquedos Cardápio do jantar Garagem Sala de vídeo Atendimento Compreensão com os pais A compreensão das atitudes e comportamentos das crianças de acordo com cada faixa etária. A ação educadora (pesquisar, estudar, propor diferentes aulas e técnicas)	Projetos. Divulgar (facebook, site) mais os trabalhos realizados Trabalho realizado com inclusões (Processo de integração\inclusão e planos adaptativos) Divulgar a formação continua dos professores Valorização dos professores\elogios Feedback das atividades realizadas Proposta Pedagógica Capacidade “real” dos alunos Gestão ambiental Atendimento individual específico (psicológico, fonoaudiólogo e pedagógico) Reajuste salarial Relações interpessoais RH
Como realizar	Otimizar espaços Maior compreensão com as demandas dos pais Introduzir novas atividades pros alunos	Através da divulgação também valorizar aluno e o profissional Aumentar troca entre os profissionais Trabalhos com a família
Eliminar	Coisas sem utilidade (uso) Brinquedos Materiais Livros pra adoção na garagem Energias negativas Sala de cuidados O não trabalho em equipa algumas vezes Cardápio do jantar Desperdício Risco de acidentes A falta de diálogo entre equipa “Panelinhas” Falta de comprometimento	Pessoas sem comprometimento\espírito de equipa Má organização Prazos curtos Projetos que deram errado Fofocas\pensamentos ruins Falta de educação Falhas na comunicação Exposição desnecessária de situação\acontecimentos sem a intenção de resolvê-los Falta ou divisão de auxiliares Acumulo de tarefas Falta de comprometimento com a sua função Falta de flexibilidade Falta de funcionários Falta de dinheiro Festa da Matemática e Festa do livro. Falta de recursos pedagógicos e materiais Escala de portão
Como realizar	Organizar materiais utilizados, doar ou vender o que não usa Trabalhar o grupo como uma entidade única Abrir espaços para discussões	Pensar nos projetos com antecedência Otimizar ou diminuir calendário Trabalhar no pessoal para melhorar o coletivo
Manter	Bom relacionamento com a comunidade (família) dessa forma, mantemos os alunos e conquistaremos mais a partir de indicações. O trabalho realizado com os alunos (cuidados pedagógicos) Bom relacionamento entre funcionários e direção Festas A boa energia da equipa	Trabalho com projetos e estímulo as inteligências múltiplas (sobrecarregar menos as prof.ª) Flexibilidade e acesso a materiais\xérox de atividades e bilhetes (com bom senso e responsabilidade) Uso das salas fixas no início do período Quadro de funcionários, manter 90% (incentivo aos profissionais\motivação) Estrutura física Manter ou melhorar a quantidade de alunos Capacitação de funcionários

	A filosofia do trabalho O profissionalismo A vontade de aprender e de ensinar A cozinheira Bom relacionamento entre alunos Saúde financeira (colocado depois da discussão)	Manter as 3 reuniões por ano Feira ambiental, Festa Junina e Festa de Encerramento Portfólios Site e facebook
Como realizar	Não deixar de lado filosofias da instituição	Trabalhar a questão motivacional com os profissionais Unir o grupo

Escolas E e F

	Escola E	Escola F
Transformar	Transformar a mentalidade da comunidade para uma visão mais participativa Transformar os valores Incentivo à cultura Sala ambiente Transformar o ambiente mais tecnológico Transformar biblioteca para um ambiente mais atrativo com aspecto de espaço para leitura Manutenção da parte elétrica da escola Transformação da área externa da escola (iluminação, paisagismo) Muro da escola Segurança na escola e estacionamento (ronda escolar) Portas e trancas nos banheiros Reorganização dos espaços escolares (gestão\ administrativo\ sala dos professores) Visão do educador Disposição de novos profissionais de outras áreas Relacional\oferecer esporte a disciplina A visão de aula	Acústica do Ambiente Construção de um Parque A forma de mediar conflitos Transformar qualitativamente as relações entre os adultos Tempo de Escola” fora da Escola, com ações externas Dividir o pátio em duas partes: uma para recreação e outra para alimentação Ampliar o intervalo de sexta-feira
Como realizar	Dividir os projetos com a comunidade Propor atividades culturais Dominar mais as tecnologias	Solicitando à Prefeitura Solicitar à prefeitura e construir com a comunidade Promovendo o projeto “ Paz na Escola” Formação em serviço, seguir regras, procedimentos éticos Promover ações, atividades fora do ambiente escolar Reestruturando o ambiente Ampliar horário para as crianças poderem brincar com os seus brinquedos
Realçar	Sala de leitura, acesso a vídeos, filmes, participação\orientação\direção e participação já existentes, reuniões pedagógicas semanais Reuniões videoconferência Abordagem tecnológica no ATPC Trabalho de grupo por disciplina	Parcerias Realçar os talentos individuais de funcionários, alunos e professores Projetos : “interclasses” , “Paz”, “Família leitora” . Momentos coletivos, confraternizações e entre alunos.

	Datas comemorativas Jornal Mural (com oportunidades de empregos) Bazar\bingos Atividades extracurriculares Tênis de mesa no intervalo A dinâmica entre professores sobre assuntos relacionados aos alunos O uso do ATPC para atendimento dos pais (resolver problemas)	
Como realizar	Dar ênfase a espaços da escola Utilizar mais dos recursos tecnológicos nas reuniões pedagógicas Promover mais atividades extracurriculares que com alunos se interessem	Apresentando, valorizando atitudes que deram certo Voltar a discutir projetos que deram certo e colocá-los em prática novamente Organizar encontros, passeios e formações Através de projetos que garantam a participação de todos Uma vez por semana, cantigas de forma coletiva
Eliminar	Os alunos problemáticos; problemas apresentados por alunos Drogas Celulares; educar o uso do celular Omissão da família; discutir o que é omissão O descaso do poder público Sábados letivos A obrigatoriedade da permanência dos anos; discutir O caderno do aluno (depende da matéria) Diário de classe Secretaria digital não remunerada Reuniões improdutivas	Excesso de barulho devido ao <i>layout</i> e estrutura do prédio Excesso de preocupação em relação a alimentação e má qualidade de alguns alimentos HTPC (mudar horário) Estacionamento da creche Liberação das substitutas da escola para outras unidades escolares
Como realizar	Impor limites no uso da tecnologia Convidar a família a uma participação ativa dentro na escola	Separação da biblioteca e sala de vídeo e vedação dos elementos zavadados das salas Planejamento da empresa terceirizada com a prefeitura Reajustar o HATPC dentro do período Conversas com a Secretaria da Educação Contratação de novos profissionais ou reorganização do quadro de funcionários
Manter	A limpeza do espaço escolar (Sr. Ivan) A gincana cultural Projetos laboratoriais e sala de leitura A direção participativa, democrática Um tempo (horário) de reflexão entre professores e gestão Manter os P.A. ou P.A.A. Os bons alunos Sala de leitura Ocorrências O portão aberto para livre acesso dos alunos. Estuda quem quer. O <i>wi-fi</i> ligado	Harmonia Respeito Não rotatividade de funcionários Carinho das crianças Cultura da paz Projeto <i>bullying</i> Participação da comunidade em projetos da escola como o “Expo Zanetti”.
Como realizar	Incentivo aos alunos	Conversas com a secretaria da Educação

Aproveitar espaços que a escola oferece

Reciprocidade com as crianças
Mantendo projetos bons e criando novos.

Escola G

	Escola G 1	Escola G 2
Transformar	Ambiente de sala de aula: estrutura tradicional Inclusão da disciplina: brincadeiras 1º ao 5º ano Salário Material de apoio Biblioteca Ambiente de pátio para se desenvolver atividades diversas	Desmembrar as escolas (estado-prefeitura) Estrutura da sala de aula (lousa, mesa, cadeiras etc..) Ambiente livre Uso de tecnologia Currículo flexível Valorização do profissional Número de alunos em sala Parque
Como realizar	Melhoras tecnológicas: projetos, lousa digital, notebook para professores e <i>tablets</i> para alunos Na biblioteca: ter um profissional responsável pelo ambiente, organizando-o e transformando	Construção de novos prédios pela prefeitura Investimento público (carteiras adequadas ao tamanho dos alunos) Novos projetos pedagógicos Treinamentos/capacitação
Realçar	Biblioteca- melhorar o espaço Sala de aula Estrutura do prédio no geral Conteúdo: círculos Qualidade dos alunos Ambiente escolar Reconhecimentos dos professores/profissionais <i>Wi-fi</i> Segurança	Pessoas (relacionamentos) O compartilhamento das disciplinas e o diálogo mais entre estas Realçar a realidade
Como realizar	Melhorar o acervo da biblioteca Tirar conteúdos redundantes Premiar os melhores alunos para que os outros se sintam motivados	Maior interação entre as pessoas com o intuito de conhecer mais cada discente Realçar a interdisciplinaridade/ troca de experiências Trabalhar conteúdos que trabalhem a realidade
Eliminar	Burocracia Livros/objetos em desuso Hino nacional Diários (informatizar) Paredes, séries e provas	Estado Sinal Comunidade na U.E. em horário indevido Excesso de carteiras Escadas
Como realizar	Doar ou reciclar o que não usa mais Disponibilizar equipamento para a informatização	Construir novo prédio Trocar sinal por outro tipo de música Respeitar as regras da escola Um funcionário deverá direcioná-lo (comunidade) para o setor correto Diminuir o número de alunos (na sala)
Manter	Biblioteca Sala de informática Sala de recursos audiovisuais Quadra Laboratório de ciências Sala de jogos Copa Mesas do refeitório	União dos grupos Professores Foco Alunos Desenvolvimento do trabalho Cumprimento das regras Estética dos espaços

	Cobrança quanto a limpeza da escola e organização	
Como realizar	Realizar projetos de conscientização dos alunos	Através da roda de conversa dinâmica, interação Fazendo retomadas Dando kit e uniformes Usar do HC Consciência de cada um

Escolas H, I e J

	Escola H	Escola I	Escola J
Transformar	Parcerias com as secretarias (esporte, cultura, saúde, etc...) Divulgação dos espaços, eventos (artesanatos, academia, teatro, dança) Ter uma continuidade nos segmentos escolares na parte pedagógica em todas fases escolares Coordenadora pedagógica Estacionamento da escola	Sala dos professores A comunicação dos professores do AEE O espaço do cinema	Adequação do espaço par pessoas portadoras de necessidades especiais (banheiro) Projeto individual (ideal hábito) Projeto coletivo Mudança física no prédio (copa, secretaria, etc...)
Como realizar	Aumentar parcerias de divulgação Reuniões para mudanças	Aumentar tempo no espaço do cinema Melhorar acomodações do cinema Buscar salas ociosas	Solicitar para prefeitura Realizar projetos e divulgar Realizar o projeto com a participação da equipa e comunidade e divulgar
Realçar	Melhorias (ex: parque, jardinagem, campo/quadra)	Espaços lúdicos Projeto “água” (envolvendo os alunos e a comunidade)	Parque Sala dos professores Projeto geral da escola O papel do professor
Como realizar	Ter mais autonomia e menos burocracias	Ampliação dos espaços, (ex: sala de arte e música) Aplicando projeto em mais séries	Ampliar e remodelar espaços Colocar novos objetos (visual) Fazer uma pasta com organização e registros
Eliminar	O estacionamento da escola Eliminar a impressora da sala dos professores Eliminar brinquedos velhos Eliminar bandejas da merenda Eliminar alguns brinquedos do parque O mobiliário antigo	Eliminar o excesso de alunos, conforme decreto em documento Projeto de economia financeira (Eletropaulo) Eliminar o problema da bomba d’água	Brinquedos velhos Lousas danificadas Distância entre salas Mau humor A falta de respeito pelos profissionais
Como realizar	Ampliar espaços Substituir a impressora por uma que funcione Substituir por	Realocar salas	Pedir para prefeitura

	brinquedos novos Mudar para réchaud Substituir por parquinho de madeira Substituir móveis		
Manter	Participação dos pais nos projetos Projetos que promovam a saúde Autonomia O brincar – explore Aconchego	Manter espaços (estrutura física) Manter projetos – água Manter material didático Autonomia	Projeto “um conto em cada canto” Espaços lúdicos (maior ampliação) Convite para o trabalho voluntário
Como realizar	Convidando os pais e inteirando eles nos assuntos.	Executar projetos continuamente	Ampliação e melhoria Aumentar a captação de verbas

Anexo D - Sociodramas dos Ministérios

MINISTÉRIO – Escola A

Personagens: Ministério da Saúde: Enfermeiros, psicólogos, médicos, fonoaudiólogos, assistentes sociais, dentistas, representante dos médicos cubanos, coordenadores, pediatras, nutricionistas. Ministério da Educação: Ministro, Assistente, Secretária, ONG Chupim (expressão usada no Brasil para dizer que são pessoas que tiram proveito financeiro de trabalhos que deveriam ser voluntários), professor.

- ME: Que equipe?
- MS: Equipe Encostada! (risadas)
- Dr. Harada: no consultório a criança não está em seu ambiente, lá é tudo novo para ela, que não fica parada e não dá para tratar o lado psicológico. Precisa o psicólogo, dos assistentes sociais, da equipe completa...
- Porque as crianças precisam ser encaminhadas para estes profissionais e na verdade elas passam o maior tempo nas escolas...
- Se tivesse dentista nas escolas?
- MS: A parceria já chegou às escolas, oftalmo, dentista ... (risadas)
- Dr. Harada: Os médicos não conseguem fazer um acompanhamento daquela criança, ela não vai sempre no mesmo posto, no mesmo convênio, e os mesmos médicos não estão lá.... não tem uma frequência nas consultas, só há frequência na escola!
- A mãe some!!!!
- Existe bolsa família mas não tem bolsa saúde!
- O Ministro da saúde coloca muitas crianças para cada médico, aí o médico não passa a conhecer seus pacientes, não acompanha as crianças!
- Chama o médico cubano.
- O médico cubano olha diferente para as crianças??
- Oh preconceito!! Já levei no Hospital São Bernardo, fui atendida por um médico latino, que falou meio grosso mas fez um bom trabalho!
- MS: Eu acho que os médicos não querem ir para o interior.
- ME: Não falta médico, mas todos querem ir p o Albert Einstein atender os políticos ricos!!
- Os professores são mais criativos...
- Eles tem que ser... (risadas)
- Amigo da escola (nome de um projeto nacional): Todos pensam que o professor deve ser criativo mas o médico precisa de estrutura!
- Assistente social: É muito difícil fazer algo, ser assistente social, trabalhar com a educação, atender a pessoa no posto de saúde, conversar com a família, se não convencer os pais, eles não trarão as crianças para tratamento.

Inversão

- Aline (agora como professora): caso na escola: todos agem sem compromisso não foi feito um exame clínico num aluno desta escola, o médico do posto anda se recusando a pesar; a medir, pois esta criança no caso é muito agitada, não para quieta.
- Mas para escola, ele vem, a escola aceita tudo.... Dizem para só trazerem ao posto quando o menino estiver calmo, mas ele está sempre agitado, sempre em crise...
- A saúde rejeita e a escola aceita!

- Uma criança assim precisa de parceria entre a escola e o CAPS, neuropediatria, atendimento com a mãe, CRAMEI conselho tutelar. A assistência social ajuda até onde pode, mas não tem continuidade da mãe.
- No caso, esta mãe tem 10 filhos, todos na escola. Só isso! É só o que ela consegue dar conta!
- Só no consultório não dá conta, só na psicologia, também não!
- Esforço de dois, trabalho com a saúde, não para a saúde!
- Assistente da Educação : Garantia de remédio, posto com atendimento de qualidade, agentes comunitários de saúde acompanhando semanalmente.
- Médico de família??
- Assistente da Educação: A escola é o mediador, é quem dá orientação para as mães.
- Todo mundo morre louco se trabalhar sozinho, tentando dar conta de tudo!
- ME: Precisa de acompanhamento, UIPA, especialista em adolescentes, o médico não põe a mão, não olha na cara, quando ouvem.... quando a criança é levada pela assistente da escola a criança recebe atendimento melhor e mais rápido. Precisa mostrar o crachá!!!
- A saúde está muito doente!!! Virose!!! (risadas)
- O que a saúde mental faz por este menino, o remédio não chega....
- Fila enorme, sem trabalho preventivo, tudo fica parado até virar urgência...
- O médico faz juramento mas.... Os profissionais escolhem onde trabalhar pelos recursos que tem ali,
- A visão do médico brasileiro é só olhar o corpo, não olhar o lado emocional. O médico de família olharia o emocional também, mas ele não existe mais, pois ele não ganha bem, não fica rico!
- Nós também as vezes, esquecemos, as cobranças são tantas! Você tenta atender o quem de cima e deixa o resto....
- A escola tem que dar conta da inclusão.. Equipes não existem! Atendimento especializado quase nunca! Acabaram com as professoras especializadas em inclusão, as poucas que ainda sobraram, que não se aposentaram tentam ajudar, ensinar...
- Frustração!!! A professora tem que entender e não se cobrar!!!
- As crianças de inclusão vem com diagnóstico fechado pela área da saúde, ninguém fala com a professora,.....
- Os professores deveriam conhecer os projetos da educação e ao contrário... Não é intersetorial!
- Aqui perto desta escola, tem muitas escolas mais (07) tem UPS, UPA, chácara, CAPS, Secretaria da Educação.... mas não trabalham juntos!
- Antes via-se o setor da saúde encaixado na educação, agora estamos todos no mesmo barco..
- Barco Furado!!! (Risadas)
- Alguns projetos da educação incomodam... a criança com dor de dente.... a mãe precisou buscar um encaminhamento da escola para conseguir atendimento de dentista.
- Ministro da Saúde: Já fechamos várias faculdades que não eram boas... , queremos o melhor...

Compartilhar:

- Pede-se relatório da escola mas não tem retorno para esta. Não tem acompanhamento.
- A escola encaminha para o Conselho Tutelar e nunca mais ouve sobre o caso.
- A educação precisa levantar a voz!!!

- Ruim é ter que mostrar o crachá para socorrer uma criança!!
- Avisar que é funcionário é público para tirar vantagem!
- Ter reunião com a saúde! Não ter que escutar que a escola não deve dar diagnóstico! Para uma criança tratar uma berne tivemos que ligar para a ouvidoria, a médica nem olhava direito e dizia que era dermatite! A cabeça da criança em carne viva!!
- Não dá para sermos sempre humildes, temos que atropelar as vezes, mostrar conhecimento!
- Trazer conteúdo de projetos da saúde para os pedagogos, para os profissionais de inclusão.
- A inclusão é boa para alguns, eles realmente se desenvolvem, mas para outros é muito pouco... precisariam de um acompanhamento multidisciplinar, não tem suporte.
- Alguns não estão nem se socializando., a professora tem que se responsabilizar pela medicação, alimentação por sonda
- Faltam principalmente enfermeiros... antigamente tinha...
- Antes era proibido o professor dar remédio, agora é obrigação... Agora cuidamos de uma criança com diabetes, a mãe ensinou a professora a furar o dedo, depois a mãe achou melhor vir a escola dar a insulina... e convulsão??? A mãe diz que a criança já conhece os sintomas que antecedem e avisa...
- A gente precisa de educação., saúde, segurança, cultura..
- .É difícil enxergar a saúde em tudo
- Tudo pode e deve ser tratado junto!
- É importante publicar o que está ocorrendo aqui, ter registro para outros estudarem outras propostas de ajuda!
- Aline: Todos os cursos que fiz me lembram EPS : drogas, atividade física, educação ambiental, epidemias, o que pode ser evitado...
- acreditam que somos muito permissivos, mandar sempre retomar, respeitar o tempo de cada um, mas a criança é AGORA, os funcionários continuam, precisa se pensar também na saúde desses funcionários! Considerar a necessidade de todos e de cada um, alguma coisa estamos acertando.... Quando vc acode a família, quando tenta ajudar aquele aluno também é EPS e muito mais...

Final

- A forma foi importante, participação, vivência, depois de um dia de trabalho, cada um vai refletir....
- 1º.Precisam ir na sala ver a criança inserida no grupo, ver como é cuidar de uma criança especial, no meio das outras que não podem ser esquecidas.
- 2º.Soberanos, nos cursos dão a receita, a gente só escuta, as vezes não fala. O papel da gente é tão importante quanto... Precisariam perceber como as professoras dão conta de coisas que não aprenderam, não foram treinadas, o quanto a professora precisa de conhecimento, de treinamento e quanto todos precisam ver a criança por inteiro!
- O trabalho em grupo...
- Vou além...A rede de ensino manda cumprir demandas. Para a Secretaria da Saúde, escola, não é lugar de se preocupar com isso, pele, óculos, altura, dentista pertence à Saúde! A escola não fica nisso, ela não se preocupa apenas com o que é da escola, vê a criança como um todo!
- Quando vem os Jovens Dentistas, mexe com a escola, atrapalha o dia a dia, para nós é quase ruim, mas agora vejo como isso impacta até a comunidade... a crianças levam essas informações para casa! Sair do quadrado!!

- Tem que ter conversa! Meu desejo é integrar mais. O espaço da escola é mais abrangente mesmo!
- Gostei! Aprendizado! Vou olhar a escola de outro prisma! Quando vem o dentista, eu já acolho, agora vou fazer mais ainda, tudo isso é feito para melhorar... com bom senso, sem joguinhos... Deveriam explicar para a gente sobre o projeto... melhor comunicação entre saúde e educação!

MINISTÉRIO – Escola B

Personagens:

Educação: Ministra, assistente, professoras, coordenadora, oficial da escola, secretária.

Saúde: Ministra, Assistente do médico, médico, dentista, farmácia, assistente, enfermeira.

- Quais são as expectativas?

- Professora veio só assistir... (risadas)

- MS - Quero saber quais novas ideias para parceria, sobre prevenção, qual o acompanhamento que é feito dentro de casa... Pois para se chegar à família, é melhor usando-se a escola.

- Prof.- Deveria ter enfermeira em todas as escolas, pois temos criança com diabetes, inclusão, sondas, temos uma criança com prótese de olho que tem que tirar e lavar...

- Assistente médico - Piolho, pediculose... não é controlado, e anemia... Não existe um assistencialismo que cuide da permanência da saúde, o governo não garante isso, é um problema político...faltam funcionários, médicos...

Médico - Temos crianças obesas e desnutridas..

Dentista - O projeto Jovens Dentistas tem dado resultado, mas sabemos que é na grande São Paulo, que é privilegiada... EPS é parceria entre saúde e escola, sempre.

ME-Coordenadora- Fazer prevenção, não esperar surgir o piolho, evitar antes, o piolho, a dengue, a desnutrição.

Prof- Havia uns professores especializados que vinham instruir os outros, pois os professores não estão preparados para lidar com a inclusão.

A inclusão exclui os outros. Os “normais” ficam de lado.

MS- Com os dentistas na escola, mantivemos só 3 crianças detectadas com cárie.

Temos crianças em situação de rua, não temos auxiliares na sala, puseram no integral, morava distante, chegava atrasado, com o tempo conseguimos condução, pois morava em casa invadida..., uma vez não entrou pois estava atrasado, a mãe aproveitou ele para pedir esmola no farol...

Neste momento um policial toca a campainha e avisa que um carro foi arrombado. O carro desta pesquisadora que retoma em seguida o trabalho, mas a conversa continua com as profissionais já fora dos personagens.

Compartilhar

- Uma vez tivemos uma aluna de inclusão que a professora tinha que tirar o olho de vidro da criança, lavar e colocar de novo.

- Ter que trocar a bolsa de soro

- Precisava ter enfermeira!

- Psicólogo temos mas demora muito e não recebemos os registros depois.

- Direção: estou pensando que tenho que cobrar mais estas devolutivas.

- Não é justo mandarmos os relatórios e depois não termos retorno.

MINISTÉRIO – Escola C

Personagens: Ministério da Saúde: Ministro e coordenadores. Ministério da Educação: Ministro, Assistente, Secretária, professor

- MS: Não tem verba. Trazer ideias para promover saúde.
- ME: Importante Higiene e modos de vida saudáveis! Lavar as mãos antes de comer. Paa promover a saúde nem sempre precisa de verba, trata-se de algo começando do pequeno.
- MS: As práticas podem se encaixar, por exemplo, massagem. Saúde do trabalhador.
- ME: Como conduzir as atividades com crianças? Há gincanas / alongamentos? Muitas coisas já estão sendo feitas mas não explicadas (ex: lavar as mãos).
- MS: Juntar projetos com pais para expandir, será que não tem que fazer mais?
- ME: Sim
- MS: Visitas de profissionais da saúde periodicamente. Exemplo dentista. Focar em dias específicos.
- ME: Aumentar o que não está tão presente. Ex: prevenção acidentes ou 1% socorros.
- MS: A Saúde sente falta da mobilização da Educação
- ME: Tem que ter interesse de AMBAS as partes.
- ME: Professores vocês não sabem de nada!
- MS: Educação tem que nos falar quais são as necessidades para então suprir e fornecer o necessário.
- Professores pensando alto “Estão inventando mais coisas para mim” “Vocês não sabem como é em sala de aula”

Inversão

- MS: Bolsa saúde. Se vocês ,antem seu filho bem você ganha.
- “ai sai da escola e vai para os pais” Pronto!
- MS: Fazer semana da saúde. Profissionais fazem triagem e vê necessidades.
- NÃO TEM VERBA!!
- Mas pode ser com pais voluntários
- ME: A saúde não é só física, mas também emocional. Um exemplo são os barulhos excessivos)
- MS: Olhar ambas as partes! Professor também precisa de saúde
- Não adianta dar passo maior que a perna. Sem sobrecarregar os professores.
- Começar com os professores e depois ir pro próximo.
- MS: Professor é preguiçoso.
- ME: atender ambas porque não dá pra separar. Professor sem saúde não cria alunos saudáveis (eles sentem muito)
- Melhorar o dia-a-dia.
- ME: parceria é importante. Na informação nos projetos.

Compartilhar:

- Falta de verba. Não tem os profissionais.
- Projetos especiais. São necessários? (Verbas)
- Primeiro colher o que a escola precisa. Então melhorar em parcerias com pais e comunidade. Observar o outro lado. Conscientização que faz parte do outro lado
- Treinamento de primeiros socorros é necessário. Já foi pedido mas ficou esquecido.

- Exemplo: Bombeiro. Tem que ter treinamento específico constante, e para todos.
- Usar parcerias, nem sempre verbas. Crianças que convulsionam por exemplo e não temos preparação.
- Educação Infantil não é tão separado a saúde física vem até na frente do pedagógico.
- Mães não questionam, se não estimular a criança, mas se não cuidar elas questionam.
- E ninguém aprende com sono ou cocô na fralda
- Projetos acumulados “ Somos humanos, também esquecemos de juntar as coisas”
- Nem amontoar nem separar as coisas
- Apenas mídia social conhece os trabalhos. O mundo científico veria um diferencial na nossa escola. Temos iniciativas para melhorias no ensino de 0 a 3 anos.
- Também desenvolvemos e não apenas cuidamos
- Nossos alunos são mais estimulados do que de outras escolas. São mais autônomos
- Nós vemos acontecer.

Há uma construção conjunta

Parceria é essencial, nem sempre é verba. Iniciativas que começam dentro e ampliam.

Não é impossível

Pensar sem haver necessidade. Prevenção

MINISTÉRIO – Escola D

Personagens: Ministério da Saúde e Ministério da Educação.

- MS: A escola é importante para melhorar a saúde. Implementação além!. Crianças passam mais tempo na escola do que em casa.
- MS: Mais compreensão da criança sobre o outro, da comunidade.
- ME: Desenvolver projetos (vacinas e alimentação por exemplo). Não focar na saúde específica, mas como um todo..
- Precisa de ajuda da escola para ficarem mais seguros. Parcerias que ajudam a pais compreender o desenvolvimento da criança. Bio-psico-social.
- MS: Enfermagem auxiliar na saúde. Exemplo campanhas de proteção, medicação, cuidados de higiene.
- ME: Contar com orientação da saúde, nem sempre presente.
- MS: Psicologia pode ajudar as professoras em primeiro lugar e depois pais (compreender o crescimento).
- MS: Usara a escola para abranger grandes quantidade de pessoas. Escola preventiva. Ajudar a lidar com a doença mesmo em casa.
- ME: Você sente falta da parceria e não sente incomodo por parte deles.

Inversão

- MS: Eu levaria maiores preocupações com os profissionais, pais e comunidade. Bolsa saúde. Se vocês ,antem seu filho bem você ganha.
- ME: Cronograma de informações dos profissionais. Receber e poder espalhar para a comunidades, crianças. Primeiro ter o conhecimento..
- ME: parceria é importante. Na informação nos projetos.

Compartilhar:

Este grupo mesmo quando no papel da saúde sentiu muita dificuldade em se colocar. Não deixaram nenhum minuto de pensar como educadoras.

- Preocupação.
- Vontade de melhorar (aprendizados)
- Educação fundamental tem preocupações diferentes (Profissionais que já atuaram em outros níveis escolares).
- Na creche a maior preocupação é física e integral.
- Difícil pensar em como levar para os pais a compreensão deste modelo . É preciso entender primeiro. Se colocar no lugar dos pais e para também compreende-los
- O papel do pai muda, e por isso a importância da psicologia na escola
- Mudanças individuais mudaram o grupo.

MINISTÉRIO – Escola E.

Personagens - Ministro da Educação, Professor, Psicólogo, Ministro da Saúde, Médico, Secretário,

- MS: Projeto Educar médicos, mais médicos
- ME: Precisamos cuidar dos professores
- Prof.: Este é o Ministério da colonização
- Precisamos de Saúde salarial
- Devia trazer os pais para esta discussão
- A Comunidade está doente
- Precisamos pensar em como intervir na doença dos profissionais ou aposentá-los
- O ser humano é multifacetado
- E o que fazer com as Frustrações do professor que não alcançam resultados?
- MS: Vamos mexer no horário de trabalho e número de alunos
- O Plano de carreira tem que melhorar.
- “Esqueçam depois da 5º e 6º série” foi um desperdício dos governos anteriores. Temos que formar uma nova geração.
- ME: Ministro da Educação - abro mão da progressão continuada

Discussão fora dos personagens

- Nosso país está na base do diálogo quando só se resolve com bomba
- Não há punição
- Questões econômicas, políticas
- Nossos alunos sofrem com as drogas por conta dos interesses econômicos.

Compartilhar

Uma das gestoras pede muitas desculpas pelo comportamento agressivo dos professores durante o trabalho, chegaram a discutir entre eles e uma das professoras se retirou do recinto (os outros depois comentaram que isto era normal entre aqueles dois professores).

Personagens: Ministro Saúde, assistente do ministro saúde- filósofo clínico, assessora do ministro – pediatra, Secretaria da educação, Supervisor da educação e Ministro da Educação

Principais falas:

- A educação é um cabide
- MS: eu acho que para nós promovermos saúde, temos que começar a discutir um projeto
- ME: quanto vai custar isso aí?
- MS: como a secretaria está ligada ao presidente, nossa verba será livre
- E você acha que vai conseguir abranger as 3 fases da escola? Infantil pra frente
- MS: podemos começar de cima e depois espalhar pelo nosso país
- MS filósofo: pensa rum projeto em relação a PS é pensar o desejo das lideranças, embora os ministros estejam aqui, tem que se ver se há uma vontade política para que isso ocorra. Temos exemplos de projetos que os resultados acabam a sendo como gostaríamos. A teoria é muito criativa e bonita mas a prática depende da vontade política, tem que se levar então esse projeto para a Câmara e ver se eles se interessam.
- ME professorado: falamos em nome da comunidade também, temos vontade dar início e continuidade pra esse projeto acontecer. Mas precisamos aprender os meios e saber as verbas também, pois a saúde envolve muita coisa.
- ME: como isso vai incidir no índice de evasão escolar? O investimento vai ter retorno pra educação a curto, médio ou longo prazo?
- ME professorado: vai ajudar bastante sim. Economicamente falando a saída do aluno é mais econômico.
- MS pediatra: nós pensamos na escola pois ela é onde está a grande massa da população, atingi muitas idades. A escola é sempre um veículo para os projetos. A minha preocupação é se esses projetos vão sobrecarregar muito os professores? Não estou no ambiente e então não posso dizer por esses. Não é só a questão da verba, tem que ter estrutura, capacitação dos professores...
- ME: qual a proposta então para não sobrecarregar?
- MS: no projeto já tem a formação de uma equipe para assessorar os professores da educação. Estes serão um meio de comunicação entre SS, projetos e comunidade.
- ME: já temos um currículo, então para isso ser implantado, algo terá que sair. Se não será um a mais e ele ficará sobrecarregado
- ME: supervisor não pode fazer nada. Só acompanhar
- MS: analisar se isso seria viável para a educação.
- ME: existem experiências concretas disso em outros países?
- MS: eu imagino que não, a sociedade é baseada no trabalho da sociedade, a escola em si é pra formar o ser humano para a indústria. A questão levantada é se o professor será capaz de contribuir com a

saúde dentro da escola. Olhar também o professor, se ele não adoecerá.
Na pode apenas ver a saúde da comunidade

Inversão

- MS: há projetos fora mas há de se adequar na sociedade brasileira as ideias.
- ME professorado: é muito lindo o projeto, falando assim, muito fácil. Mas queria ver vocês na sala de aula, cheio de aluno, com um salário baixíssimo. Eu só aceitaria se houvesse um apoio de profissionais, tipo uma psicóloga, porque eu estou surtando. Se tiver suporte, seria só no começo, depois, “ish”, nada funciona.
- MS: acho que funcionaria, mas deveria adequar, dar incentivos...é claro que ninguém trabalha por amor.
- ME: verba será investida apenas do projeto ou em valorização do profissional etc.?
- MS: a princípio essa verba é do banco mundial, pro projeto em si e não remuneração de mão de obra. Esta remuneração fica a cargo do Estado ou da prefeitura.

Compartilhar

- Não tem conclusão
- As vezes de fora de um projeto, imaginamos várias coisas. Mas na verdade é mais difícil. A verba não chega.
- Projetos como a progressão continuada, são ótimos mas eles foram feitos na Espanha e chegou aqui e não funcionou como funcionou lá. A princípio o projeto é excepcional, mas não funciona devido a cultura.
- Para a coisa funcionar ela tem que ir até o final. E os frutos talvez colheremos em 10, 15 ou 20 anos.
- Cursos a mais para compreender outras áreas. Se você é referência pro aluno você também tem que o compreender em todas suas esferas.
- Nossa educação é fragmentada. O professor de inglês e só professor de inglês.
- Se eu fosse ME eu adicionaria isso no currículo. O professor tem que ser especialista mas tem que ter pedagogia. Muitas coisas o professor não faz porque ele é ruim, mas sim porque ele não tem a visão do todo.
- Um projeto de promoção de saúde, você teria eu ter um professor com uma visão ampla. E antes quem eu ter projeto para cuidar do professor, porque com os professores doentes do jeito que estão não vai mesmo funcionar.
- Na faculdade de línguas já é fragmentado, por exemplo, aprendi inglês mais do que português. Mas sou licenciado em ambas.

Como foi viver o personagem?

- Supervisor é paralisante
- A ideia não é a escolha do professor mas o que é mandado. O professor tem a responsabilidade de formar o aluno, mas não só pra acadêmica, mas também pra vida na cidade. E com isso não há preocupação. Ensinar atividades, modos de vida. Não há espaços democráticos

- Não tem preocupação política para montar um sistema para o professor para este então ensinar o aluno.

Questões importantes

- Acho legal a academia já estar se preocupando com isso. Já é um pontapé inicial. É um bom sinal.
- Importante o fato de preparar o aluno pra cidade. As coisas estão no nosso nariz e a gente se sente impotente para mudar as coisas.

MINISTÉRIO – CAIO PRADO 2

Personagens: Ministro da Saúde, dentista, pediatra, psiquiatra, psicóloga. Ministro da Educação: assessora de imprensa pro jornal da educação, ministra da casa civil e relações internacionais (RI)

- MS geriatra: nós devemos ensinar nossos alunos para que eles podem cuidar dos idosos.
- ME RI: trazer pra escola os conceitos da saúde.
- MS psicóloga: a escola tem que demandar o psicólogo
- ME RI: quando eu entrei pra educação eu achei que tinha uma equipe maior.
- ME: mas o psicólogo deve ficar na escola? Só sei para diagnosticar doenças.
- ME: seria uma saúde promotora de educação?
- MS: não, só que parte de vocês falar as necessidades da escola
- ME: a educação tem passado por uma série de atribuições, que até passam além do campo da educação. Por exemplo corrupção, violência...agora a saúde também né.
- MS: a ideia é trabalhar em conjunto. Nem pesar pra um nem pra outro, só que o princípio da necessidade veio da educação. Você tem a oportunidade de chegar mais pontualmente no aluno e ensinar ele. Vamos fornecer benefício necessários mas enquanto vocês nos falaram o que precisam
- ME: tem uma questão política aí, ministro, nos temo suma política de saúde que trata o doente ao invés de educar para impedir que a população adoça mas por trás dessa lógica ainda tem a indústria farmacêutica que precisa que as pessoas adoçam. Então nesse caso precisa reorientar a política de vida. A saúde e a doença não precisam e não podem ser tratadas como mercadoria, assim como a educação
- MS: isso gera sempre em torno do lucro
- MS o mundo capitalista vive do lucro, é cruel mas é assim. As pessoas veem as oportunidades e vão atrás.
- Por que a escola?
- MS: pois é o ambiente que a gente consegue ter a maior divulgação. Através dela a gente consegue atingir mais pessoas, localizar o maior número. Por exemplo as campanhas de vacinação.
- Como a escola recebe as propostas
- ME: A ideia é brilhante, é uma boa parceria. Pelo objetivo é um bom trabalho. Pena que só as coisas que vem do âmbito federal, devia poder vir do municipal em projetos menores.
- MS: campanhas de vacinação HPV, meninas tomaram mas não se conscientizaram
- ME: isso porque vocês não enviaram ninguém habilitado a explicar

- ME: seria legal se houvessem plantões de saúde dentro das escolas, por exemplo para as meninas que tem dúvidas, poderem falar com alguém que não é o professor

Inversão

- MS: pessoal da educação, nós temos um projeto aqui
- ME: mais um?
- MS: sim. Vai ser pioneiro nas escolas. Precisamos de uma massa e onde ela está? Sim, na escola. Precisamos do maior número de cidadãos. Nosso projeto visa o aluno, a família, os funcionários... para promover a saúde e nós precisamos da colaboração de vocês. Nós temos verba
- ME: Verba??? Então nós colocaremos nossos diretores a disposição
- ME pedagógica: pode vir com projeto, eu acho maravilhoso a família na escola, promovendo a saúde. Se as crianças estão saudáveis os adultos estarão também e nosso portfólio também.
- ME: qual seria nosso papel? (Palhaço)
- MS: o papel de vocês como educadores é criar uma outra cultura para a sociedade brasileira. Mudar hábitos alimentares, a questão das relações com o corpo, esporte, saúde mental.
- ME: mas isso nós fazemos, quero saber em relação ao projeto!! (agitação)
- MS: o projeto gira em torno de compreender o ser humano como um ser complexo e completo. E vocês como orientadores saírem dessa visão fragmentada da formação intelectual. Nós precisamos evitar que a população adoça... na psicossomática.
- ME: nosso papel é esse e o de vocês?

Compartilhar

- Ninguém assume, só passa a bola pro outro.
- A saúde quer entrar com projeto e a educação está resistente.
- Eu penso assim, se o brasil é movimentado dessa maneira como é, a coisa deve ser muito largada. Ninguém tem aquela coisa de o que tem que ser feito, não tem um fim comum os projetos. É sempre jogado, não tem um desejo, e sem o desejo sempre será sem efetuação
- Existe uma coisa no brasil que é o fato de todo mundo acha que só uma canetada de lei vai fazer a coisa funcionar.
- Nós temos que como educadores falar o que estamos passando.
- Se aumentasse o salário eu poderia trabalhar apenas um período, teria mais saúde. Não é o mais importante mas seria essencial pois a educação se torna só econômico
- Projeto tem que ser construído.
- Quando vem de cima nem sempre atende as necessidades da escola.
- Esfera econômica domina grade curricular. Não há interesse por temas alternativos, apenas aqueles que preparam o aluno pra produção.

MINISTÉRIO. – Escola H

Aquecimento Inespecífico - Conversa de comida

- Relação com saúde – crianças que comem igual a professora (mesmo sem perceber)
- Questão de como a criança se porta na escola e como ela se porta fora com a família. EPS entra em essa criança ser igual em ambos lugares, a criança cuidando também deste pai que mima a criança.

Personagens: Ministro da Saúde, secretário do ministro, assessora. Ministro da Educação, secretário do ministro, assessora.

- ME: a educação está sempre aberta pra projetos que vão favorecer o desenvolvimento global do aluno pois eles são o futuro do nosso país . tudo acontece através da educação esse ano , somos uma pátria educadora. Se isso realmente fosse levado a sério, daqui uns anos estaríamos muito bem. Porém tem que ter o empenho de todos e tem que partir de cima, assim unir esforços e caminhar com o país pra frente. A parceria com a saúde é muito importante. Quanto que o país economizaria com essa parceria? Se o investimento vem da base, lá na frente tem menos doença, drogas...
- MS: acredito nessa parceria, mas não da maneira delegada onde a educação assume tudo. Pra educação pegar o que é necessário a saúde tem que lhe fornecer subsídios. A saúde encaminha projetos, mas não subsídios (não dá material, primeiros socorros...). Eu preciso de uma verba direcionada a isso, de funcionários qualificados que possam intervir com a educação e eu não tenho. Faltam recursos humanos, como posso delegar tudo a educação sem dar nada apoio? Tudo joga-se na educação. Esta é vista como multiplicador das informações, que o povo tem que se trabalhado, direcionado e é através da educação que isso iria acontecer. Entretanto, cm recursos e a educação ano tem.
- ME: Pra escola integral funcionar como deveria ser, por exemplo, não basta o professor, mas também ter na carga outra matérias, exemplos: educação ambiental, educação e saúde, educação cívica.
- MS: não temos esses profissionais mesmo.
- ME: houve um projeto da enfermagem sobre saúde. Se você tem uma educação que vai atingir tudo (sexualidade, saúde..) tem que ter o profissional.
- ME secretário: o professor pode se esforçar mas não há nada como um profissional focado. O ouvinte tem muito mais credibilidade com esse profissional.
- ME: O DEMUTRAM vem uma vez no ano e as crianças adoram. Ficou mais fraco mas é bem ilustrativo.
- ME: a educação tem que ser maciça, tem que acontecer, por exemplo no Japão.
- ME secretaria: professor é muito castigado, tudo é o pedagógico, se vai trabalhar com sexualidade tem que ter o cuidado. O profissional da saúde

ele vem neutro e não é julgado por sua abordagem. O professor sai “mal visto”

- MS: a saúde levaria mais aprendizado pro reduto que a criança mais vive que é a escola. Maneira de levar conhecimento se tivesse esse profissional pois seria no habitat da criança. O aprendizado seria melhor, mais eficiente.
- MS: crianças tomam vacinas e não sabem o porquê. Mas tem que saber, esse conhecimento tem que chegar.
- ME: são 2 vertentes: trazer os profissionais pra educação e também estimular os profissionais da educação pra atuar na saúde. Qual estímulo tem o professor pra se profissionalizar com o salário minúsculo que ele ganha? Ele sabe que não terá nada em troca. O professor com doutorado ganha 5% a mais que o normal.

Inversão

- ME: eu gostaria de ter parcerias, ajuda da parte da saúde para poder ajudar os alunos
- MS: pede pra presidenta pra dar verba pra profissionalizar os professores
- ME: as vezes eles vão buscar uma capacitação para os professores que não tem nada a ver. As vezes uma capacitação pros primeiros socorros, enfermeiro, psicólogo, sobre os transtornos globais do desenvolvimento... algo que realmente seria aplicável. A prática dele não corresponde. É tanta verba que a educação recebe e de repente... nada.
- MS: não vou mandar profissionais meus pra saúde. Acho que os profissionais da educação têm que vir até nós.
- Fechamento da conversa
- MS: eu acho que parceria depende da questão financeira, é o que eu ministro estou falando. Para eu destinar tudo o que ela vai necessitar, o material humano, pedagógico, tudo o que a saúde pode oferecer com o objetivo de ser preventiva vai ser profilático. Hoje eu não teria de onde tirar para operar este milagre. Nós não temos com o que trabalhar. A saúde está vivendo uma crise gigante e não podemos falar que vamos apoiar em todos sentidos porque não há verba
- Secretário do MS: essa coisa de parceria é perda de tempo. Existe muitas coisas mais importantes a serem cuidadas. Os cursos de especialização e etc. estão aí pro professor se formar... Nós damos conta da vacinação, do câncer..
- ME: na educação profissionais tem e devem ter condições de serem melhores preparados, porque eles não são. Para entrar na área da educação tem que tem vocação e preparo, se não, não fica. Não deveria ser uma distância salarial tão grande entre engenheiros, professores. Mas nós precisamos de um olhar lá de cima do governo federal que pensem projetos pra melhorar essa valorização. Porque quem começa a vida de todo profissional é o professor.

Compartilhar

- Tá um caos total, tanto na saúde como na educação.

- A palavra saúde toma outra conotação.
- Outro olhar em cima das coisas. Nós víamos certas coisas que podíamos interferir, as vezes ficávamos com medo de ultrapassar limites, mas agora você vê que essa interferência pode vir para ajudar.

Personagens:

- MS: Estou chegando, mas como EPS muitas coisas devem ser mudadas
- MS pediatra: eu sou pediatra e vejo que a escola é o melhor lugar. Então trabalhar dentro da escola seria o melhor para a EPS e a educação vai ter que aceitar. Mas algumas mudanças terão que ser feitas para o projeto entrar na escola.
- ME: (se choca por ser imposto). Posso assumir mas preciso saber se eh um projeto com começo, meio e fim. Não queremos mais projetos sem retorno, assumimos mas tem que ter acompanhamento.
- Prof: Não adianta só começar. Eu aceito o trabalho, mas quero ver começo, meio e fim (é aplaudido pelo grupo)
- ME assessora: eu concordo como ministro, a gente começa projeto mas precisamos que tenha continuidade
- ME: como eu amarro tudo isso nos vários lugares do país? Independente da circunstancias todos precisam dessa qualidade da escola, ser promotora de saúde. É uma sementinha que vai crescendo, nós acreditamos que isso não pode ser só no centro do país mas sim levar para todos os lugares. Como amarrar isso? Quais são as metas? Discute-se muito mas não é levado na prática
- MS assessor: é importante a informação e o interesse, se não, não irá fluir.

Inversão

- MS: viemos aqui pedir o apoio de vocês, coma certeza que vocês vão achar o projeto maravilhoso.
- ME: sim, um projeto inovador, muito valoroso. Mas como o fazer?
- ME: eu acho bom o programa, agora é pôr mãos à obra. Capacitação dos funcionários da educação, dando suporte para que eles passem para todo o país.
- ME assessor: É fácil sugerir lá de cima. Você não está na pele do professor, quando você tem que ensinar hoje a criança comer de boca fechada, falar as palavrinhas magicas. O professor tem que fazer de tudo hoje, mudou a função da família (muitas ficaram pra escola – ensinar a lavar as mãos, agradecer). A escola já cuida da saúde.
 - Disparador de conversa sobre como os pais estão educando os filhos
 - Pensar como a inversão de papéis dos pais com os filhos se da
 - Cenas dos pais chegando na reunião: em pares, conversam onde uma é a mãe e a outra é a filha. Mae: vou para a escola – gera reação na filha. Troca de lugares e de pares. Filha na escola com a professora – reação da criança agressiva. Discussão sobre o papel do professor (antigo e novo). Dinâmicas para serem usadas com os pais nas reuniões.

Compartilhar

- O trabalho de vocês é muito importante, considerando valores e atitudes... eu não tenho vergonha de falar, eu nunca tinha escutado falar do conceito. Mas agora eu nas reuniões da secretaria nós estamos discutindo as metas do milênio e tem esse conceito, mas eu enxergo com outros olhos, dando maior atenção. (Diretora)
- Por mais que a gente se coloque no lugar do outro, ainda é da gente.
- Levo para mim respeito, tem que ser em qualquer situação. Tudo tem que ter equilíbrio, tem que se adequar a situação.
- Pensar na saúde e também pensar nas relações.
- Antigamente tinha-se um tempo maior, hoje é tudo mais rápido.