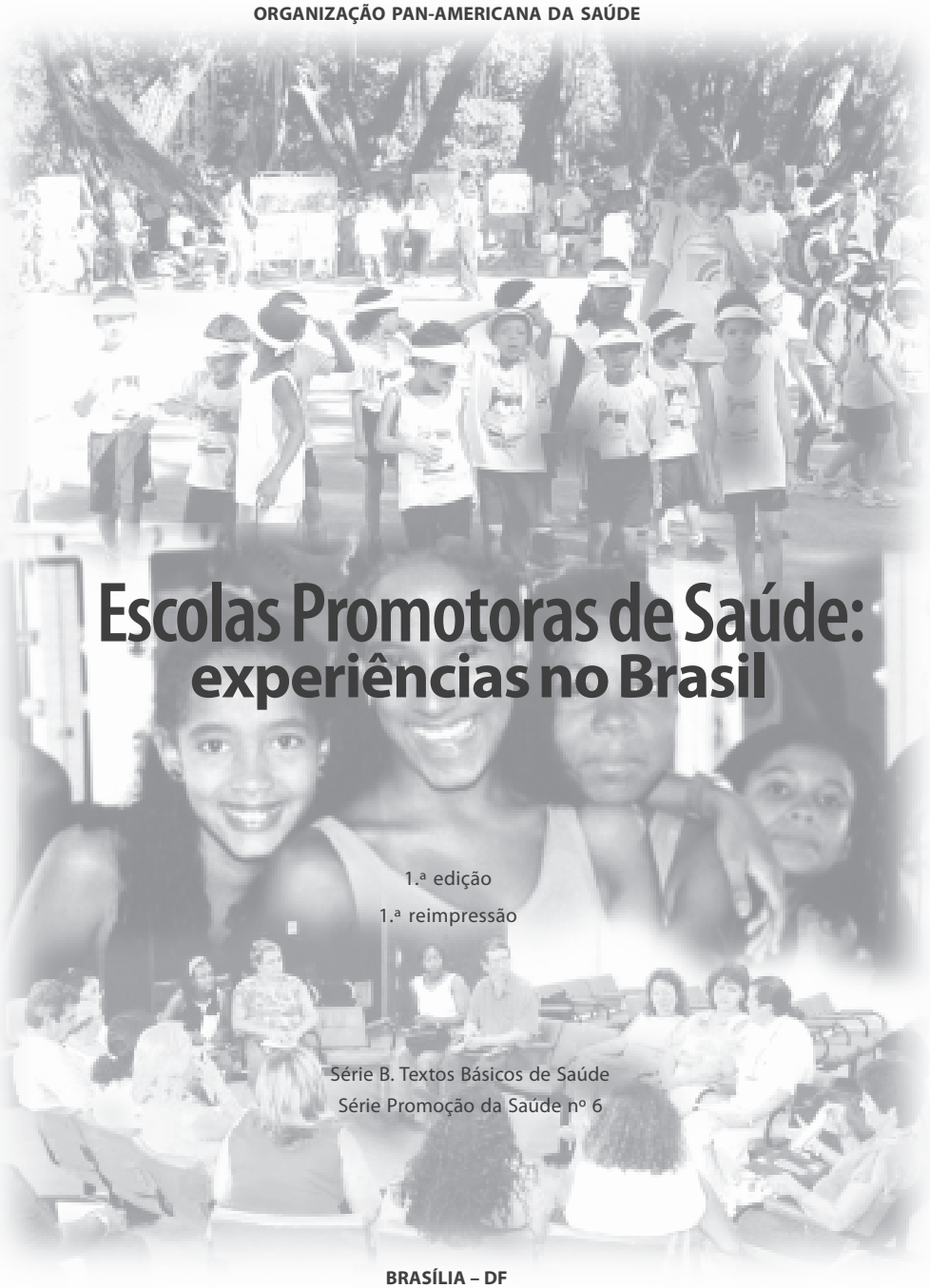
MINISTÉRIO DA SAÚDE
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE



Escolas Promotoras de Saúde: experiências no Brasil

1.ª edição
1.ª reimpressão

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Promoção da Saúde nº 6

BRASÍLIA – DF
2007

© 2006 Ministério da Saúde. Organização Pan-Americana da Saúde
Todos os direitos reservados. É permitida a reprodução parcial ou total desta obra, desde que citada a fonte e que não seja para venda ou qualquer fim comercial.
A responsabilidade pelos direitos autorais de textos e imagens desta obra é da área técnica.
A coleção institucional do Ministério da Saúde pode ser acessada, na íntegra, na Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde: http://www.saude.gov.br/bvs

Série B. Textos Básicos de Saúde
Série Promoção da Saúde; nº 6

Tiragem: 1.ª edição – 1.ª reimpressão – 2007 – 10.000 exemplares

Organização e informações:
ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE
Setor de Embaixadas Norte – lote 19
70800-400 Brasília – DF
Tel.: (61) 3426-9595
Fax:(61) 3426-9591
Site: www.opas.org.br

MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, 7º andar, salas 706
70058-900 Brasília – DF
Tels.: (61) 3315-2968
Fax: (61) 3315-3856
E-mail: sgtes@saude.gov.br
Site: www.saude.gov.br

Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa
Departamento de Apoio à Gestão Participativa
Esplanada dos Ministérios, Edifício Sede, bloco G, 4.º andar, sala 407
70058-900 Brasília – DF
Tel.: (61) 3315-2676 / 3315-3594
Fax: (61) 3315-3626
E-mail: segep@saude.gov.br
http://www.saude.gov.br

Distribuição e financiamento:
MINISTÉRIO DA SAÚDE
Secretaria-Executiva
Subsecretaria de Assuntos Administrativos
Coordenação-Geral de Documentação e Informação
Editora do Ministério da Saúde
Setor de Indústria e Abastecimento, trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 3233-2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe Editorial:
Abigail Batista de Lucena Reis
Antônio Sérgio de Freitas Ferreira
Carlos do Santos Silva
José Ivo dos Santos Pedrosa
José Miguel Vidal Júnior
Josefa Ippolito-Shepherd
Luzia Cláudia Dias Couto
Maria Inês de Carvalho Delorme
Maria Teresa Cerqueira
Miguel Malo
Rosaura Hexsel
Zuleica Portela Albuquerque

Criação e editoração eletrônica:
Dino Vinícius Ferreira de Araujo

Apoio:
Ministério da Educação

Impresso no Brasil / *Printed in Brazil*

Ficha Catalográfica

Brasil. Ministério da Saúde.
Escolas promotoras de saúde : experiências do Brasil / Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. – Brasília : Ministério da Saúde, 2007.
304 p. – (Série Promoção da Saúde; n. 6)

ISBN 92-75-72550-0 Organização Pan-Americana da Saúde
ISBN 85-334-1042-5 Ministério da Saúde

1. Educação em saúde. 2. Política de saúde. 3. Estratégias nacionais. 4. Promoção da saúde. 5. Brasil. I. Organização Pan-Americana da Saúde. II. Título. III. Série.

NLM WA 590

Catalogação na fonte – Coordenação-Geral de Documentação e Informação – Editora MS – OS 2007/0018

Títulos para indexação:
Em inglês: Health-Promoting Schools: Brazilian experiences
Em espanhol: Escuelas Promotoras de Salud: experiencias de Brasil

EDITORA MS
Documentação e Informação
SIA trecho 4, lotes 540/610
CEP: 71200-040, Brasília – DF
Tels.: (61) 3233-1774 / 2020
Fax: (61) 3233-9558
E-mail: editora.ms@saude.gov.br
Home page: www.saude.gov.br/editora

Equipe editorial:
Normalização: Maria Resende / Vanessa Leitão
Revisão: Lílian Alves Assunção de Sousa

Sumário

Prefácio 5
Prólogo 9
Preâmbulo 13
Introdução 17
Apresentação das Experiências 21

Parte I 31

A Construção da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde 33
Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde 41

Parte 2 49

Experiências Brasileiras no Campo da Saúde Escolar 51
Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Município do Rio de Janeiro: um desafio à formulação de políticas saudáveis à cidade 53
Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Contexto Sociocultural do Município de Embu - São Paulo 69
Da saúde escolar para formação de uma Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Estado do Tocantins 81

Alimentação 103
O Programa de Alimentação Escolar como Estratégia de Promoção da Saúde na Cidade do Rio de Janeiro 105

Violência e Paz 113
Comportamento Agressivo entre Estudantes: *bullying* 115
Reflexão e Ação sobre Violência e Qualidade de Vida em Escolas Municipais do Recife - Pernambuco 125

Escolas Promotoras de Saúde a Partir do Programa de Prevenção e Violências nas Escolas em Maceió - Alagoas 133
Paz com Arte nas Escolas de Salvador - Bahia 143
Atividade Física 155
Promoção da Saúde e a Prática de Atividade Física em Escolas de Manguinhos - Rio de Janeiro 157
Saúde do Adolescente 169
Saúde do Adolescente no Município do Rio de Janeiro: escolas como parceiras privilegiadas 171
Meio Ambiente 181
Projeto Fundo de Quintal: a experiência de Escola Promotora de Saúde no Município de Itaoca - São Paulo 183
Ambientes Saudáveis, Escolas Saudáveis: uma extratégia de promoção da saúde em Curitiba - Paraná 193
Esquistossomose como Tema Gerador: uma experiência de educação em saúde no município de Jaboticatubas - Minas Gerais 205
Educação Continuada 217
Escola Promotora de Saúde: a experiência no Município de Vargem Grande Paulista - São Paulo 219
Comunicação 229
Conversando sobre Saúde nas Ondas do Rádio 231
Sexualidade 243
Saúde Sexual e Reprodutiva: uma experiência de rodas de conversa em Corumbá - Mato Grosso e Foz do Iguaçu - Paraná 245
Metodologia 253
Prática Metodológica para Desenvolvimento de Ação Local em Escolas Promotoras de Saúde no Município do Rio de Janeiro 255
Promoção da Saúde na Escola: brincar e construir uma nova práxis 265
Interface Saúde e Educação 275
A Promoção da Saúde e a Interface com a Educação: a experiência do Município de Sobral - Ceará 277
Diagnóstico da Promoção da Saúde em Escolas Estaduais de Ensino 291
Promoção da Saúde na Escola: repercussões nas secretarias de educação do Brasil 293

Prefácio

A escola tem apresentado, ao longo do tempo, diversas significações no que diz respeito à sua função social, missão e organização, de modo que, atualmente, apresenta-se como um espaço social no qual são desenvolvidos processos de ensino/aprendizagem que articulam ações de natureza diversa, envolvendo seu território e seu entorno.

A partir da década de 80, com o fortalecimento da democracia e da luta pela cidadania no país, o trabalho educativo em saúde, vivenciado na escola, tem avançado através da incorporação de novas concepções teóricas da educação e da saúde, assim como na diversificação de seu campo de atuação.

Este avanço possibilitou a incorporação das práticas educativas em saúde, no cotidiano didático-pedagógico das escolas, além de contribuir para uma crescente consolidação da cooperação técnica entre os Ministérios da Saúde e da Educação, que resultou em acúmulos consideráveis que potencializam a ação educativa em saúde nos espaços institucionais, tais como:

1. Disseminação da proposta das escolas como espaços de desenvolvimento de ações de promoção da saúde.
2. Inclusão dos temas transversais – ética e cidadania, consumo e trabalho, multiculturalidade, meio ambiente, saúde e sexualidade no currículo das escolas.
3. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação, de dezembro de 1996, reforçou e ampliou os deveres das instituições públicas com a Educação, basicamente com o ensino fundamental.
4. Produção de material didático-informativo para professores, alunos e comunidade escolar sobre temáticas de saúde.

Novas ações foram desencadeadas no sentido de reforçar as condições necessárias para que a temática da saúde passe a fazer parte da vida da escola, inclusão do módulo de saúde no curso a distância de Especialização em Gestão Escolar, para gestores das escolas, projetos voltados para a interação escola/comunidade amplia as oportunidades de acesso a atividades educativas, culturais, esportivas, de lazer e de geração de renda por meio da abertura de escolas públicas de 5ª a 8ª séries e de ensino médio nos fins de semana, Programa Educação em Direitos Humanos que contribui para o fortalecimento institucional dos Comitês Estaduais de Educação em Direitos Humanos e a capacitação dos educadores e gestores da Educação Básica em educação em direitos humanos.

No campo da Saúde, a partir de 2003, com a inclusão da Educação Popular em Saúde como área técnica do Departamento de Apoio à Gestão Participativa, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, do Ministério da Saúde, tema, "saúde na escola", passa a ter espaço institucionalizado, com o objetivo de articular e promover a integração entre as práticas desenvolvidas por outras áreas do Ministério da Saúde. Com esse objetivo, projetos voltados para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis, tais como alimentação saudável, que enfatiza o universo alimentar regional, estudos sobre redução da vulnerabilidade e dos riscos à saúde, e ações educativas com enfoque na vigilância sanitária, desenvolvem ações e colocam a comunidade escolar e seu entorno como sujeitos e territórios de produção de saúde. Os programas e as ações que são concebidos e implementados na perspectiva dos preceitos conceituais, metodológicos e instrumentais da promoção da saúde são: a amplitude e complexidade do conceito de saúde; a discussão acerca da qualidade de vida; o pressuposto de que a solução dos problemas está no potencial de mobilização e participação efetiva da sociedade; o princípio da autonomia dos indivíduos e das comunidades e o reforço do planejamento e poder local.

Programas que representam experiências pedagógicas que podem ser consideradas como estratégias/ferramentas/suportes que desconstroem as bases do conhecimento cartesiano, autoritário, normativo e hegemônico e que apresentam potencialidade em orientar o processo de produção de saúde, reconstruindo-o numa perspectiva libertadora, reflexiva, criativa e transformadora,

construindo coletivamente um saber que reflete a realidade vivenciada, servindo de referência para a constituição de sujeitos sociais que assumem o protagonismo de sua saúde e de suas vidas.

Preceitos que se encontram presentes em várias experiências de escolas promotoras de saúde em nosso país são apresentadas nesta publicação. Entretanto, apesar da riqueza e inovação dos programas e das experiências acumuladas, estas operam de forma isolada, sem integração e sem potencializar as várias intervenções que acontecem neste campo.

Neste sentido, com o objetivo de formular diretrizes para a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola, os Ministérios da Saúde e da Educação, assinaram as Portarias Interministeriais n.º 749/05 e n.º 1.820/06, constituindo a Câmara Intersetorial de Educação em Saúde na Escola, com o objetivo de discutir diretrizes para elaborar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola.

Dessa forma, além do processo político-institucional, existem outros desafios: romper com o caráter prescritivo, desarticulado e focalizado das ações desenvolvidas exige novos arranjos institucionais integrados, intersetorializados e participativos; transformar metodologias e técnicas pedagógicas tradicionais exige a ressignificação da escola enquanto espaço de construção de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos identificam-se, interagem, refletem a respeito de suas vivências e constroem projetos de vida mais saudável e cidadã; promover o protagonismo da escola como espaço de produção de saúde em seu território exige a discussão a respeito dos determinantes sociais da saúde/doença nessa população, a mobilização em torno do direito à saúde, e o fortalecimento da participação da comunidade escolar nos espaços de controle social e de gestão participativa do Sistema Único de Saúde.

Alinhada a esses princípios e compromissos, a iniciativa Escolas Promotoras da Saúde, com o aval da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), considera as interfaces do espaço escolar com a sociedade e o compromisso com as condições de vida das gerações futuras, "fomentando o desenvolvimento humano saudável e as relações humanas construtivas e harmônicas, que promovam aptidões e atitudes positivas para a saúde".[1] Sob esta concepção, a promoção da saúde nas escolas compreende três componentes principais: a) a educação em saúde com enfoque integral; b) a criação de entornos saudáveis e c) a provisão de serviços de saúde.

Estas considerações definem o sentido da presente publicação: resgatar experiências que se desenvolvem em escolas públicas de alguns municípios brasileiros, divulgando-as para que possam servir de dispositivo para a mobilização do governo e da sociedade em torno de uma política de saúde na escola coadunada com a promoção da saúde e o desenvolvimento da cidadania.

José Agenor Álvares da Silva
Ministro de Estado da Saúde

Fernando Haddad
Ministro de Estado da Educação

[1] ORGANIZACIÓN PAN-AMERICANA DE LA SALUD. *Escuelas Promotoras de la Salud*. Washington DC, 2000.

Prólogo

A Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde na Região das Américas procura fortalecer a capacidade do setor Saúde e de Educação para promover a saúde, o bem-estar e a qualidade de vida de meninos, meninas, adolescentes, pais, professores e outros membros da comunidade. Por meio de suas atividades, a Iniciativa incentiva o compromisso dos membros da comunidade com ações dirigidas para melhorar a saúde, a qualidade de vida e o desenvolvimento local.

Essa Iniciativa Regional tem contribuído para melhorar a eficiência da promoção de saúde escolar nos países membros, com ações voltadas para a melhoria das condições de saúde e de qualidade de vida de professores, outros profissionais, alunos, pais e familiares da comunidade educativa, e, também, apoiando todos os responsáveis pela implementação de diferentes projetos e atividades na comunidade.

Em 1995, no Chile, durante o Congresso de Saúde Escolar, foi acordada a criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, conduzindo-se a I Reunião da Rede em 1996, em San José da Costa Rica. A II Reunião foi realizada no México em 1998, a III Reunião em Quito, Equador, em 2002. A mais recente, a IV Reunião da Rede, ocorreu em San Juan de Porto Rico, em 2004, que contribuiu para fortalecer os mecanismos de intercâmbio de conhecimentos e experiências sobre saúde escolar. Facilitou a discussão entre os participantes, nos quais se incluía o Brasil, sobre temas prioritários de saúde e a identificação de linhas de ação para melhorar a capacidade do sistema escolar com ações voltadas para a promoção de saúde nos países.

A Iniciativa apóia os setores da Saúde, Educação e outros pertinentes na definição de prioridades de saúde escolar e das ações para implementar, criar e manter ambientes escolares físicos e psicossociais saudáveis. Como tal, a Iniciativa complementa, apóia e se estende em parceria com as iniciativas similares existentes na América.

Este documento, sobre as experiências de promoção de saúde em âmbito escolar no Brasil, reflete o compromisso desse Estado membro em fortalecer a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde. Os relatos das diversas experiências apresentadas são uma fonte valiosa de informação e propostas que podem ser compartilhadas entre as diferentes regiões do País com as de outros países sobre o estado atual e tendências da promoção de saúde no âmbito escolar.

Esperamos que este documento seja uma fonte valiosa de informação sobre as reflexões brasileiras em torno da promoção de saúde na escola, que possa subsidiar o fortalecimento de Escolas Promotoras de Saúde, em nível nacional, e, sem dúvida, possa ser também compartilhado em sua riqueza com os países que integram a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde.

Mirta Roses Periago
Diretora da Organização Pan-Americana da Saúde

Preâmbulo

A representação da Organização Pan-Americana da Saúde no Brasil tem a satisfação de participar da edição deste documento sobre Escolas Promotoras de Saúde no Brasil, em conjunto com o Escritório Regional da Opas, os ministérios da Saúde e Educação e secretarias estaduais e municipais de saúde e educação.

As experiências selecionadas neste documento representam uma pequena amostra do universo de experiências existentes no País, mas já pode dar uma idéia da riqueza e diversidade do que está sendo construído nesse campo, em todas as macrorregiões brasileiras.

As iniciativas que começaram nas escolas com os professores e alunos, envolvendo funcionários e a direção das escolas, se consolidaram nas atividades dos programas curriculares e atravessaram os muros escolares para envolver as famílias e comunidades. As Escolas Promotoras de Saúde, abrindo espaço para a participação dos pais, famílias e da comunidade, passaram a ser vistas, respeitadas e apoiadas como patrimônio da comunidade.

O estímulo ao protagonismo infanto-juvenil e à auto-estima dos escolares, promovendo a saúde, orientando para estilos de vida saudável e informando sobre fatores de riscos para a saúde, são características diversas dessas experiências. Com esses conceitos, para a Opas, a saúde também se inicia na escola.

Esforços devem ser desenvolvidos no sentido de consolidar as iniciativas existentes, apoiar novas experiências e implementar estratégias para facilitar o intercâmbio entre as escolas, e divulgar o que vem se desenvolvendo, uma vez que o trabalho realizado é mais um espaço além do setor Saúde para promover saúde, desenvolver estilos de vida saudáveis e orientar sobre condutas de risco para a saúde.

Portanto, estamos todos de parabéns, os alunos, pais, professores, as famílias, comunidades, escolas e instituições de saúde e educação, pela edição desta publicação.

Dr. Horácio Toro Ocampos
Representante da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – Brasil

Introdução

Este documento é o resultado de longas discussões e reflexões sobre os avanços da promoção da saúde no âmbito da escola, da necessidade de documentar as experiências bem-sucedidas na Região das Américas e, especialmente, de continuar com o processo de fortalecimento dessas experiências e da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde.

Como parte integrante da Série Promoção da Saúde, que compila as experiências de promoção da saúde nessa região, nos níveis regional, nacional e local, este documento apresenta-se como um dos desdobramentos do processo de ações articuladas e de constante colaboração entre a Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) – a Oficina Regional da Opas/Washington e a da Opas/Brasil –, os ministérios da Saúde e Educação do Brasil, a Prefeitura do Rio de Janeiro e inúmeros técnicos comprometidos com a promoção da saúde e com a formulação de políticas públicas mais saudáveis.

Desde o ano de 1995, quando a Organização Pan-Americana da Saúde, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde (Opas/OMS) lançou oficialmente a Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde, os Estados Membros da América Latina e do Caribe têm fortalecido suas ações de promoção da saúde na escola a partir de uma rediscussão e reflexão sobre atividades no campo da saúde escolar.

A situação socioeconômica da Região da América Latina atual, com o aumento da pobreza e a falta de eqüidade, exige ações inovadoras e participativas para abordar os problemas de saúde e educação da população escolar. Essa Iniciativa é uma estratégia dirigida a apoiar processos para melhorar a saúde da comunidade educativa e para contribuir com a garantia dos direitos à saúde e educação de crianças, adolescentes e jovens.

Como documentam as publicações existentes, algumas estratégias têm sido utilizadas para que os países possam avançar e reforçar suas propostas de desenvolvimento de ações de saúde, no aspecto da atenção integral à saúde da comunidade escolar. A realização de reuniões, seminários e conferências, entre outros eventos, tem paulatinamente congregado indivíduos, comunidades e profissionais das áreas de políticas sociais, sobretudo da Educação e da Saúde, com o objetivo de incentivar a formação de redes de pessoas comprometidas com a melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da comunidade, de modo a fortalecer a luta pela garantia de direitos humanos, eqüidade, justiça e paz na América Latina.

A possibilidade de intercâmbio e troca de experiências entre grupos revela-se, muitas vezes, estratégica, fortalece seus atores e enriquece as ações. Nesse sentido, a elaboração e a divulgação deste documento tornam-se também estratégias, porque viabiliza, de certa forma, um fluxo de conhecimento que abre aos atores e autores a possibilidade de conhecer e apreciar algumas experiências de saúde escolar em diferentes contextos, de propostas e encaminhamentos que constituem especificidades sociais, culturais, econômicas e ambientais.

Ao mesmo tempo possibilita, muitas vezes, compartilhar com técnicos locais as análises de demandas, levantamentos de diagnósticos, investimentos, avanços obtidos e desafios a enfrentar para a criação ou implementação de Escolas Promotoras de Saúde na Região Latino-Americana, particularmente no Brasil.

É preciso ressaltar a importância dos muitos colaboradores que tornaram possível esta publicação em diferentes etapas: pré-seleção e seleção de experiências, visitas locais a essas experiências, compilação e produção de textos que envolveram desde os técnicos que se responsabilizaram pelo desenvolvimento das experiências aqui relatadas aos que documentaram e registraram o processo de cada uma delas; de todos aqueles que participaram de sua construção,

dos membros das comunidades escolares envolvidas e de cada criança e adolescente, sujeitos precípuos da promoção da saúde na escola.

No processo de elaboração deste documento, algumas oportunidades puderam ser aproveitadas ao máximo e as visitas à Cidade do Rio de Janeiro, por exemplo, possibilitaram conhecer as iniciativas locais e dialogar com seus dirigentes, secretários municipais de saúde e educação, com técnicos, professores e alunos de suas escolas e aliados não-governamentais sobre a formação de uma Rede Municipal de Escolas Promotoras de Saúde.

Intensas reflexões e desejos de ampliar a iniciativa regional contribuíram para firmar uma parceria com o Programa de Saúde Escolar do Município do Rio de Janeiro e propiciaram conhecer, também, outras experiências em cidades brasileiras, como Curitiba, Salvador e Maceió, que destacavam a implantação de Escolas Promotoras de Saúde como um trabalho conjunto de todos os integrantes da instituição educativa, do setor Saúde e da comunidade, em alianças com instituições privadas, universidades e outras representações da sociedade civil.

Os acordos para a publicação foram se estabelecendo e firmaram-se ao longo de oficinas que contavam com as representações dos ministérios da Saúde e da Educação, do escritório da Opas/Brasil e da Oficina Regional da Opas/Washington. Definiram-se diretrizes, critérios de seleção das experiências, acompanhou-se o processo e estimulou-se o diálogo em torno da promoção da saúde nas escolas brasileiras.

Não resta dúvida de que a leitura desta publicação pode expressar a riqueza de reflexões do País e destacar experiências bem-sucedidas em curso, que podem apontar alguns caminhos, propor novas estratégias, reforçar a participação do sujeito e da comunidade na luta por melhores condições de saúde, mobilizar recursos, apoio político e indicar a necessidade de mais investimentos para estimular a luta por políticas públicas mais saudáveis.

Ao mesmo tempo, esta publicação contribuirá no sentido de documentar experiências no Brasil, que estão lutando pela mudança de paradigma da saúde escolar tradicional para uma atenção à saúde com enfoque integral. Especialistas da área de Saúde e Educação e formuladores de políticas públicas poderão repensar a publicação de um segundo volume, ampliando o grau de cobertura das inúmeras experiências existentes no Brasil.

Finalmente, é uma grande satisfação ter colaborado para o processo de discussão e reflexão que fortalece a Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde, beneficiando a comunidade escolar, especialmente crianças, adolescentes, jovens e docentes comprometidos com a promoção da saúde no âmbito escolar.

Esperamos que este documento seja a fonte de informação que permita continuar com o fortalecimento dos programas nacionais, estaduais, municipais e locais de saúde no âmbito escolar, voltados para a melhoria das condições de saúde, bem-estar e qualidade de vida da comunidade escolar do Brasil.

Dra. Josefa Ippolito-Shepherd
Assessora Regional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde da Opas/OMS

Luiz Augusto Cassanha Galvão
Gerente de Área Sostenible y Salud Ambiental

Apresentação das Experiências

Carlos dos Santos Silva[1]

Maria Inês de Carvalho Delorme[2]

[1] Mestre em Pediatria, doutorando em Saúde Pública pela Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz.

[2] Mestra em Educação, professora da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Diretora do Núcleo de Publicações da MultiRio.

A idéia de publicar um documento apresentando algumas das inúmeras experiências brasileiras, no campo da saúde escolar, é uma oportunidade de se refletir sobre a ação intersetorial da área da Saúde com a da Educação, que priorize a participação efetiva da comunidade no processo de construção coletiva de ações de saúde na escola.

A elaboração desse documento procura valorizar a importância de diferentes olhares e expressões dos atores e saberes envolvidos. O entrelaçamento desses saberes poderá ser o condutor de leituras críticas que favoreçam a troca de experiências a partir dos diversos autores que relatam suas práticas cotidianas, em ações de promoção da saúde na escola, oriundas das mais diversas regiões e localidades do Brasil.

Em momento algum, a publicação pretende esgotar-se ou apresentar-se como um conjunto de experiências representativas de uma expressão única, nem tampouco definir modelos de promoção da saúde nas escolas do Brasil. Não se pode subestimar a riqueza de experiências, práticas ou estratégias, implementadas ou em curso nesse País de dimensões continentais, que cumprem papel importante nas diferentes comunidades e municípios, respeitando suas características locais e regionais, com processos próprios e contextos históricos, sociais e culturais, nos quais se desenvolvem de forma significativa para os atores envolvidos.

A proposta inicial do documento é a de apresentar experiências que se identificam com a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde, ou seja, aquelas que se pautam em práticas de educação e saúde no sentido integral do processo, que se consolidam com metodologias participativas, que possibilitam a construção de ambientes mais saudáveis na comunidade escolar, que estimulam o acesso aos serviços de saúde, reorientados para a promoção da saúde, e contribuem para a consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Identificar experiências na perspectiva de Escolas Promotoras de Saúde pressupõe conceber uma análise crítica dos diferentes enfoques e conceitos de saúde com os quais se constroem ações de saúde e propostas pedagógicas na escola. Quando subsidiadas na sua implementação com a participação da comunidade, profissionais, instituições, diversos setores da sociedade civil e o próprio Estado, com vistas a ações locais sustentáveis, posicionam-se ao contrário da implantação de modelos tradicionais de programas de saúde escolar, que, no Brasil, ao longo de décadas, caracterizam-se por enfoques verticais, médico-terapêuticos, essencialmente assistencialistas, normativos, portanto medicalizantes e que deslocam, equivocadamente, da rede de saúde para o espaço da escola, equipamentos e recursos médicos.

Espera-se que o registro e a análise dessas experiências, na pluralidade de suas significações, estimulem o desejo de mudanças na elaboração de ações de saúde na escola e, particularmente, contribuam para a revisão dos tradicionais programas de saúde escolar e remetam o leitor a considerar as diferentes concepções de saúde que seguem o desenvolvimento histórico desses programas.

A iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde pressupõe uma revisão dessa natureza, que estimule a revitalização de saúde na escola. Ao mesmo tempo, pretende reforçar a ação intersetorial de políticas sociais, como de educação e saúde, para alianças e parcerias, otimização de recursos, instrumentalização técnica de profissionais e representantes da população, que visem à requalificação e ao controle social das condições de saúde da comunidade escolar, à constituição de relações interpessoais mais solidárias e à implementação de políticas públicas que garantam opções saudáveis para o cidadão, desta e de gerações futuras, nos espaços sociais e de convivência.

Espera-se que a revisão dessas experiências possa apontar como as políticas sociais têm contribuído para a construção de ambientes saudáveis, com base na ética, respeito, afeto, e diálogo nas relações do sujeito com o outro e com o meio ambiente, e possibilitar maior compreensão de diferentes identidades culturais que perpassam e constroem a convivência comunitária do homem nos diversos núcleos sociais de seu convívio.

A constituição de uma Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, coordenada pela Opas, tem permitido observar como diversos países da América Latina, em diferentes graus de organização e, provavelmente, em consonância com suas características próprias e desenvolvimento histórico, têm apresentado suas experiências no campo da saúde escolar, considerando a criação de Escolas Promotoras de Saúde. Uma vez que em alguns países já existem redes nacionais de Escolas Promotoras de Saúde, nesse aspecto a elaboração de um documento sobre as experiências em Escolas Promotoras de Saúde no Brasil, ao facilitar a identificação de experiências em andamento, comprometidas com a promoção da saúde na escola, pode favorecer um intercâmbio entre elas e estimular a construção de uma Rede Nacional de Escolas Promotoras de Saúde.

No Brasil, com base nas propostas do movimento da Reforma Sanitária (1960), o sistema de saúde brasileiro constitui-se com avanços importantes sinalizados na VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, em Brasília/Brasil, com a criação do Sistema Único de Saúde (SUS), referendado pela Constituição Brasileira de 1988.

Na esfera internacional, no mesmo período, a 1ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, realizada em 1986, em Otawa/Canadá, define promoção da saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo. Estes são marcos que redefinem o conceito de saúde e que o leitor identificará como base da maioria das experiências implementadas que integram este documento.

A iniciativa de Cidades Saudáveis (Opas/OMS) propõe o olhar do espaço urbano pelas diversas políticas sociais capazes de estimular governo e sociedade civil no desenvolvimento de estratégias e projetos que possam proporcionar maior eqüidade e justiça para os cidadãos que convivem ou habitam nas comunidades, bairros, distritos ou localidades (WESPTHAL, 2000).

Ao conceber uma cidade como saudável, estima-se a implementação de ações que efetivamente contribuam para melhoria da qualidade de vida nos seus mais diferentes espaços, sejam empresas, indústrias, outros locais de trabalho, áreas de lazer, moradias, escolas e unidades ou serviços de saúde, entre outros.

Nesse recorte, a partir da valorização da escola como núcleo de convivência de crianças e adolescentes, capaz de promover a articulação com seus familiares e a comunidade, concebe-se a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (ou Escola Saudável). A escola é espaço de grande relevância para a promoção da saúde, principalmente quando esta questão se insere na constituição do conhecimento do cidadão crítico, estimulando-o à autonomia, ao exercício de direitos e deveres, às habilidades com opção por atitudes mais saudáveis e ao controle das suas condições de sua saúde e qualidade de vida.

Do ponto de vista da educação, em âmbito internacional, o Fórum Mundial de Educação, em 2000, na cidade de Dakar/Senegal, estabelece, em suas principais metas e estratégias, a garantia a todos os indivíduos o direito à educação, para que possam atingir a responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento da sociedade em que vivem.

No Brasil, a Câmara de Educação Básica do Conselho Nacional de Educação aprovou as Diretrizes Curriculares Nacionais (DCN) (BRASIL, [1998]), de educação infantil ao ensino médio, contemplando a educação especial, a educação indígena e de jovens e adultos. Essas diretrizes vieram normatizar e exigir obediência, com peso de lei, por parte das instituições educacionais brasileiras, no que se refere à sua estrutura e funcionamento.

No documento das DCN, indica-se que o currículo escolar deve respeitar as especificidades de cada comunidade escolar, desde que não sejam feridos os direitos e deveres básicos constitucionais já estabelecidos. Esses currículos devem ter a cor e o passo de cada escola, mas devem estar apoiados em conhecimentos teóricos atualizados e precisos, além de garantir aos alunos o direito e o respeito as suas identidades.

Assim, determina que sejam estabelecidos princípios éticos, estéticos e políticos para a atuação escolar e, ainda, que os conceitos escolares encontrem seus melhores significados em cruzamento com certos princípios educativos que regem a vida cidadã, tais como a saúde, a sexualidade, a vida familiar e social, o meio ambiente, o trabalho, as ciências e tecnologia, a cultura e a linguagem.

Nos dias de hoje, está, portanto, estabelecida e oficializada, mediante essa determinação oficial, a interseção da educação com vários outros saberes e ciências, em especial com a área de Saúde. Tudo indica que essa parceria venha a se solidificar e estruturar, levando-se em conta os limites e as inúmeras possibilidades de atuação parceira, de forma dinâmica e perene, não eventual nem espasmódica. Este parece ser um rico desafio para os profissionais da saúde e da educação, seus interlocutores, usuários, gestores e formuladores de políticas sociais, além dos movimentos sociais, suas representações populares, acadêmicas e de serviços, públicas e privadas.

Ao rever a interação entre os setores da Educação e Saúde, ressalta-se o processo de humanização dos serviços de atenção à saúde como importante contribuição para o fortalecimento da promoção da saúde. Esse processo facilita uma melhor inter-relação entre profissionais de saúde e usuários, como também entre as unidades de saúde e outros setores da sociedade, como as escolas e a comunidade.

Muitas ações de saúde têm um caráter educativo e, apesar da ação do profissional de saúde não se restringir aos serviços de saúde, devem ter, nestes, sua referência como loco.

Ao mesmo tempo, a qualidade do trabalho educativo na escola tem como referência o desenvolvimento e a aprendizagem de seus alunos, que se expressam como direito básico, na possibilidade de todos constituírem conceitos, conteúdos e valores junto com outros alunos sob a mediação de um professor. Pode-se ressaltar que os alunos não aprendem apenas dentro da escola, mas também em outros espaços sociais. Todavia, não há dúvida quanto à função básica da escola como espaço de ensinar.

É com base nesse ato de reconsiderar o loco da ação que esta pode ser compartilhada entre diferentes setores e ser potencializada em diversos espaços sociais, consolidando-se como uma prática que congrega o sujeito a participar, interagir e constituir no coletivo um novo saber.

A partir do reconhecimento das diferenças, constroem-se novas possibilidades de convivência e de implementação de políticas sociais que favorecem a criação de diferentes espaços promotores de saúde, incluindo, entre outros, a comunidade, o serviço de saúde e a escola.

Dessa forma, exige-se mudança de expectativas em relação aos serviços de saúde, à medida que se reconhece como equivocada sua ação solitária e exclusiva de produção e de promoção da

saúde. No Brasil, vários movimentos e projetos voltados para a promoção da saúde vêm contribuindo para mudanças na perspectiva de atenção à saúde da população. Observa-se a tendência dessa atenção estar voltada para os diversos ciclos da vida – crianças, adolescentes e jovens, adultos e idosos.

Vale, entretanto, chamar atenção para a importância de valorização da atenção integral à saúde, considerando o ambiente de conivência desses sujeitos e as relações que se estabelecem em grupos nos diferentes espaços que se constituem como núcleos sociais, família, comunidade, escola, entre outros.

Nesse contexto, investimentos na educação permanente em saúde, que contribui para transformação das práticas profissionais, pedagógicas e de saúde e para a organização dos serviços, poderão se constituir como ações estratégicas que qualifiquem outras estratégias, como a de Saúde da Família e de Agentes Comunitários de Saúde, consideradas importantes para uma reorganização da atenção básica à saúde ou de mudanças no modelo de assistência à saúde.

Do mesmo modo, a criação de Escolas Promotoras de Saúde, com base na ação intersetorial que congrega atores que circulam em diferentes espaços que por sua vez se entrelaçam, pode-se somar àquelas estratégias, reforçar a ação intersetorial e estimular, também, transformações necessárias à consolidação do Sistema Único de Saúde, com vistas à universalidade, integralidade e eqüidade das ações e do controle social na atenção em saúde.

Esta publicação contribuirá para o repensar das relações, demandas e estratégias que se concebem na interação da escola com os serviços de saúde e com a comunidade, valorizando processos mais efetivos e humanizados, para uma vida mais feliz.

Para a produção deste documento, foi criado um grupo de trabalho (grupo gestor) com representantes dos ministérios da Saúde e Educação, da Opas/Brasil, da Opas/Washington, das Secretarias Municipais de Saúde e Educação do Rio de Janeiro, e da Empresa Municipal de Multimeios (MultiRio). Esse grupo teve como objetivo identificar experiências de promoção da saúde na escola em todas as regiões do País e nos diferentes estados da federação, além de definir conteúdos e diretrizes para a elaboração de um Documento Nacional sobre Escolas Promotoras de Saúde.

Com expectativa de contribuir para o fortalecimento da iniciativa latino-americana de Escolas Promotoras de Saúde, propunha-se, ainda, favorecer o intercâmbio de experiências e práticas nas diversas realidades regionais do País, divulgando-as e estimulando um cenário favorável à prática de promoção da saúde na escola como uma política.

O processo de seleção de experiências contudo não pretendia delinear o perfil brasileiro no campo da saúde escolar ou das Escolas Promotoras de Saúde. Para almejar tal propósito, seria necessário um trabalho de pesquisa mais consistente e sistemático, de modo a, no mínimo, socializar a possibilidade de participação de todos os municípios brasileiros no processo de seleção.

O grupo gestor realizou a primeira oficina de trabalho no Município do Rio de Janeiro (maio/2003), com profissionais envolvidos com ações de promoção da saúde, a partir de experiências no campo das Escolas Promotoras de Saúde, tanto de universidades como de organizações não-governamentais.

Definida inicialmente a estrutura, o formato básico do documento e os critérios mínimos para a seleção de experiências, em reunião em Brasília (agosto/2003), representantes do Ministério

da Saúde e da Opas/Brasil destacaram a importância da produção deste documento para as políticas de educação e de saúde do País, dentro dos princípios democráticos de construção de políticas públicas saudáveis[1] e de fortalecimento do Sistema Único de Saúde. Nesse sentido a seleção das experiências priorizou aquelas em que o tema "Saúde" se inseria nos Projetos Políticos Pedagógicos da(s) escola(s) e as que se organizavam na lógica do Sistema Único de Saúde.

Foram enviadas inúmeras cartas-convite por meio eletrônico, contemplando, ainda de forma não-sistemática, grande número de Secretarias de Educação e de Saúde (Estaduais e/ou Municipais), além de atores-chave identificados a partir da observação de trabalhos e experiências apresentadas em eventos de promoção da saúde e da educação popular na saúde, realizados recentemente no País, como, por exemplo, seminários de promoção da saúde e educação popular.

O leitor poderá encontrar contribuições importantes para sua própria reflexão e prática, a partir dos relatos que se seguem. São experiências de âmbito estadual, municipal ou distrital, ou ainda mais localizadas na sua área de abrangência. As experiências são conduzidas e orientadas por gestores, por iniciativas acadêmicas, universitárias, por organizações não-governamentais ou por outras instituições da sociedade civil.

A natureza dos relatos também se difere. Alguns representam a prestação de serviços por meio da atenção à saúde da comunidade escolar, outros primam por levantamentos diagnósticos e pesquisas referentes à existência de programas de promoção da saúde nos diferentes estados da federação, e outros, ainda, são relacionados ou induzidos pelo enfrentamento a determinados agravos ou por componentes da Escola Promotora de Saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SAÚDE, 1995).

Destacam-se as parcerias e interfaces, tanto entre diversos setores das políticas públicas e da área privada quanto da instrumentalização técnica de recursos humanos e de práticas metodológicas.

Cada relato permite um olhar sobre a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde do ponto de vista da diversidade e pluralidade de diferentes regiões do País. Ricas nas suas especificidades, mas confluentes no aspecto geral de promover saúde nos espaços comunitários, esses relatos favorecem a observação de possibilidades de temas diversos, como geradores ou indutores desse processo que compõe práticas relacionadas à criação de Escolas Promotoras de Saúde.

Dessa forma, apresentam-se bons relatos de práticas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida, a partir de temas como alimentação, atividade física, cultura da paz, questões relacionadas à violência, sexualidade e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aids, saúde bucal, saúde do adolescente, construção de ambientes saudáveis, práticas relacionadas à comunicação e saúde e a movimentos culturais em suas diferentes linguagens, como teatro, música e dança.

Várias experiências relatadas destacam a intersetorialidade, a articulação das ações com os Programas Saúde da Família e Agentes Comunitários de Saúde e as parcerias com ONGs para ações complementares àquelas do setor público na implementação da promoção da saúde na comunidade escolar.

[3] A promoção da saúde não é exclusiva do setor Saúde, portanto todas as políticas sociais, como a política de educação, habitação, transporte, cultura entre outras, e políticas econômicas, quando definidas e executadas para favorecer melhores condições de saúde e de vida da população, com vistas à equidade, justiça e direitos de cidadania, podem ser consideradas políticas públicas saudáveis. A implementação de políticas com esse cunho é fundamental para a criação de espaços e cidades saudáveis.

Vale ressaltar relatos que buscam a formação de uma rede de Escolas Promotoras de Saúde, principalmente em caráter municipal. Em Maceió, mediante a implantação de comissões de prevenção de acidentes nas escolas e da interface com a Sociedade de Pediatria local, abre-se caminho para formatar uma proposta de rede. Já o Município de Embu, na Região Metropolitana de São Paulo, a partir da articulação das Secretarias Municipais de Saúde e Educação, criou uma rede municipal de Escolas Promotoras de Saúde.

A experiência desse município ressalta a importância do contexto da cidade, de seus aspectos culturais e sociais, e das demandas e interesses de crianças, adolescentes e jovens, que se expressando, por exemplo, por meio do *hip-hop*, constituíram elementos importantes para estimular a estratégia de rede.

Há, ainda, a experiência do Município do Rio de Janeiro na criação de rede municipal de Escolas Promotoras de Saúde, cujo grupo de técnicos da área de Saúde e Educação há anos investem em atividades de promoção da saúde na escola, como estratégia de reverter práticas autoritárias e verticais de programas tradicionais de saúde escolar e de valorizar a formulação de políticas mais saudáveis, com a perspectiva de constituir Escolas Promotoras de Saúde na rede pública municipal de ensino.

Em âmbito estadual, há a experiência de formação de rede de Escolas Promotoras de Saúde no Estado do Tocantins, ao conceber a promoção da saúde na ótica da gestão estratégica, cria um agente/ator interlocutor da escola com os serviços de saúde, lançando mão de outras estratégias e ferramentas do SUS.

A construção de ambientes saudáveis, prática registrada em alguns municípios, como os relacionados ao Movimento de Municípios Saudáveis, Vargem Grande Paulista e Itaoca, no Estado de São Paulo, ou em Curitiba, Paraná, envolve a participação da área universitária (Universidade de São Paulo e Universidade Católica do Paraná) na articulação com a escola, de modo a favorecer práticas de promoção da saúde em diferentes e interessantes dimensões, que incluem investimentos em programas de educação continuada.

A questão da violência como tema indutor pode ser explorada pelo leitor no trabalho de pesquisa/ação no Município do Rio de Janeiro, que destaca a questão do *bullying* e formula algumas ações de enfrentamento. Apresenta-se a experiência do Liceu de Artes e Ofícios de Salvador/Bahia, a partir da construção de uma cultura de paz como forma de enfrentar e minimizar a sua ocorrência na comunidade. Na região distrital do Recife, por meio da sensibilização das instituições envolvidas, discutem-se a abordagem metodológica qualitativa e inserem-se outros atores no processo, como os animadores culturais.

O texto sobre as repercussões da promoção da saúde na escola, nas esferas das Secretarias Estaduais de Educação, destaca a multiplicidade e a riqueza das experiências registradas pelas Secretarias Estaduais nas escolas, revelando um grande potencial para concretizar a promoção da saúde na escola brasileira.

A implementação de práticas de alimentação saudável na rede municipal de ensino, com 1.054 escolas públicas do Rio de Janeiro, pode colaborar para reflexão sobre estratégias, metodologias e recursos que facilitem maior abrangência de cobertura dessas ações, a partir do programa de alimentação escolar.

As atividades de organizações não-governamentais também trazem suas contribuições ao debate sobre as Escolas Promotoras de Saúde, como no caso da Comunicação em Sexualidade (Ecos) de

São Paulo, que, a partir de eixos como sexualidade e saúde reprodutiva, atua por meio de metodologia participativa denominada rodas de conversa, com a proposta de reverter a vulnerabilidade de adolescentes em cidades como Foz de Iguaçu, no Paraná, e Corumbá, no Mato Grosso.

Ao abordar práticas metodológicas, outra ONG, Centro de Promoção da Saúde (Cedaps), no Rio de Janeiro, discute a construção compartilhada de soluções em saúde. Ambas atuam na perspectiva de contribuir com o poder público na formulação de suas políticas. No campo da saúde do adolescente, relata-se como o Programa de Saúde do Adolescente (Prosad/MS) se constitui no Município do Rio de Janeiro, a partir do marco de desenvolvimento humano integral e de promoção da saúde, com privilegiada parceria com as escolas públicas municipais.

Já a Escola Nacional de Saúde Pública/Fiocruz contribui com a pesquisa no campo do imaginário de alunos no que se refere à promoção da saúde e à prática da atividade física, em Manguinhos, Rio de Janeiro, e também com a experiência do Município de Jaboticatubas, Região Metropolitana de Belo Horizonte, Minas Gerais, onde uma doença endêmica como a esquistossomose traz uma possibilidade de revisão da relação do homem com a natureza, como prática de buscar ambientes mais favoráveis à saúde.

A Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (Unirio) também contribui com o registro de experiência de uma unidade básica de saúde em que o ato de brincar pressupõe importante referência do caráter lúdico para a humanização do atendimento.

Outra experiência destaca o rádio enquanto meio de comunicação, que tem permitido conversas sobre saúde em algumas comunidades, despertando a relevância de sua utilização como estratégia formuladora de políticas de promoção da saúde. No relato da experiência de Sobral, Município do Ceará, os autores descrevem, nos últimos sete anos, o processo continuado de aprimoramento da intersetorialidade como instrumento de potencialização das políticas públicas.

Certamente, inúmeras outras experiências brasileiras em promoção da saúde na escola poderiam estar aqui apresentadas com primorosas contribuições ao debate que se apresenta, no bojo da iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde na América Latina e no processo de constituição de práticas de educação em saúde na escola no Brasil, em que se tem atribuído especial importância à luta pela melhoria da qualidade de vida da população.

Espera-se, num próximo momento, que esse debate e intercâmbio de propostas, ações e atividades possam gerar novas práticas, buscar as que não se apresentam nesse documento e propiciar uma nova coletânea de experiências que contemplem efetivamente todas as regiões do País.

Mais do que isso, espera-se que esse documento possa ser um instrumento que contribua para fortalecer a elaboração de referenciais nacionais para ações educativas em saúde na escola, na perspectiva da educação popular. Nesse sentido, o texto da Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social enriquece o debate ao destacar a interlocução da promoção da saúde com a educação popular em saúde, priorizando a participação social e as ações coletivas na reconstrução de práticas de saúde e o agir educativo.

Os princípios fundamentais e o desenvolvimento da iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde na região das Américas podem ser explorados no texto e nas referências do texto da representante da Unidade de Entornos Saudáveis da Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental da Opas/Washington.

Certamente a leitura e a participação ativa do leitor nesse debate podem possibilitar oportunidades de construção de ações mais efetivas para valorização da escola cidadã que, como espaço privilegiado de interlocução com a sociedade, estimula o processo coletivo de seus projetos políticos pedagógicos, o pensar crítico e reflexivo de inserção da saúde na grade curricular e extra-curricular, com os quais, em diferentes significações, possam se estabelecer, na comunidade, espaços participativos e promotores de saúde.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Educação. Conselho Nacional de Educação. *Resoluções do Conselho Nacional de Educação*. [S.l., 199-?]. Disponível em: <http://www.mec.gov.br/cne/resolucao.shtm>.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Escuelas promotoras de la salud*. Washington DC, 2000.

_____. *Promoción y educación de la salud escolar*: una perspectiva integral: marco conceptual y operativo. Washington: División de Promoción y Protección de la Salud, 1995.

WESPTHAL, M. F. O movimento cidades/municípios saudáveis: um compromisso com a qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.

Parte 1

A Construção da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde

Maria Teresa Cerqueira[1]

[1] Chefe da Unidade de Entornos Saudáveis - Área de Desenvolvimento e Saúde Ambiental

A promoção da saúde na escola é uma prioridade para a Organização Pan-Americana da Saúde, Oficina Regional da Organização Mundial da Saúde. A escola é um espaço privilegiado por congregar, por um período importante, crianças e adolescentes numa etapa crítica de crescimento e desenvolvimento, como também um ambiente de trabalho para professores, outros profissionais e representantes da comunidade educativa.

A escola tem uma importante relação com a família dos alunos e desempenha papel de destaque na comunidade. Por isso, ela pode ser uma grande referência e influenciar práticas políticas, atitudes de alunos, professores, outros profissionais de educação e de saúde e seus familiares. Devido a todos esses fatores, o setor Educação é um aliado importante para o setor Saúde e a escola pode ser um espaço estratégico para a promoção da saúde.

A promoção da saúde na escola é uma prioridade intersetorial complexa por várias razões. Ainda que as atividades de educação para a saúde venham se realizando desde muito tempo, na maioria das vezes mantêm seu foco na prevenção e no controle de doenças e muito pouco na questão da formação de atitudes saudáveis de vida, do desenvolvimento psicossocial e da saúde mental e em práticas mais efetivas.

A educação é uma estratégia importante da saúde pública e, do mesmo modo, a saúde é uma estratégia importante para que se tenha melhor aproveitamento do processo educativo. Investimentos efetivos nesses dois setores podem contribuir para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos e das comunidades.

O papel do setor Educação é formar os escolares em temas como matemática, línguas, história e outros conhecimentos e habilidades acadêmicas. A saúde não é seu objetivo primordial. Por sua vez, a saúde responde a prioridades ditadas pelo setor Saúde, de acordo com o perfil epidemiológico regional ou de cada país, e, em poucas situações, preocupa-se em prover serviços e ações ao escolar etário na ótica da atenção integral à saúde.

A população escolar (meninos e meninas, adolescentes entre 5 e 18 anos) adoece menos que outros grupos etários e, de fato, tem taxas de morbidade e mortalidade mais baixas que as da população em geral. Contudo, um olhar mais crítico revela que as estatísticas de adoecimento e

morte não ilustram adequadamente a situação de saúde da maioria das crianças e adolescentes escolares.

Grande parte de escolares vive em ambientes nocivos para sua saúde, em situações de exclusão social, e está continuamente ameaçada pelas chamadas morbidades sociais, como as causas externas, que incluem situações de maus-tratos, abuso sexual, violência, drogas e acidentes. Em ambientes expostos a múltiplos fatores de risco, as crianças e os adolescentes tendem a desenvolver práticas e atitudes de risco para a sua saúde.

O início precoce da atividade sexual sem a proteção necessária, que pode resultar em gravidez na adolescência, associada à auto-estima baixa e ao excesso de tempo ocioso fora da escola, sem apoios, é exemplo de situações que, inclusive, favorecem o abandono dos estudos.

Em ambientes de privação econômica e social, muitos jovens também estão expostos a doenças infecciosas, especialmente as transmissíveis, e o que é mais grave, as práticas e estilos de vida de risco para sua saúde, como tabagismo, sedentarismo, hábitos alimentares inadequados e experimentação de álcool e outras drogas. Dessa forma, é importante que a sociedade como um todo ofereça e assegure às crianças e aos adolescentes ambientes mais saudáveis e de proteção.

Na maioria dos casos, a escola tem sido lugar de aplicação de medidas de controle e prevenção de doenças, porque o setor Saúde costuma ver a escola como um lugar onde os alunos seriam um grupo passivo para a realização de ações de saúde. Os professores freqüentemente se queixam de que o setor Saúde usa a escola e abusa do tempo disponível com ações isoladas que poderiam ser mais proveitosas, com um programa mais participativo e protagonista de atenção integral à saúde.

Apesar dessas e de outras dificuldades, a escola é um local de excelência, onde mais se tem levado os programas de educação para a saúde dos alunos, pois os professores reconhecem a importância da saúde de seus alunos como um dos aspectos fundamentais para sua qualidade de vida e seus processos de crescimento, desenvolvimento e aprendizagem. Contudo, os programas de educação para a saúde ainda se voltam muito para o foco da doença, o que precisa ser revisado para que tenham uma perspectiva de maior participação e de melhor promoção da saúde e da qualidade de vida.

Nos últimos dez anos, a percepção dos países sobre o conceito e a prática de saúde escolar e da promoção da saúde tem mudado. Na década de 80, a crítica do setor de Educação, em relação ao setor Saúde, de que este usava a escola para seus fins e não como uma aliada e parceira com o ideal de participar e integrar as ações da saúde na comunidade educativa se tornou mais contundente.

Ao mesmo tempo, os resultados de vários estudos indicaram que a educação para a saúde, baseada no modelo médico e focalizada no controle e na prevenção de doenças, foi pouco efetiva para estabelecer mudanças de atitudes e opções mais saudáveis de vida que minimizassem as situações de risco à saúde de crianças e adolescentes.

A essas informações, somou-se o informe Lalonde[2] para apoiar a formulação das bases da promoção da saúde e da estratégia de criação de espaços saudáveis e protetores. No início dos anos 90, diante das propostas do setor de Educação, da crescente crítica de pouca efetividade da educação

[2] Documento oficial do Governo do Canadá, publicado em 1974, define o conceito de campo da Saúde como constituído de quatro componentes: biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização da atenção à saúde.

em saúde nas escolas e do surgimento da promoção da saúde, foi introduzida a estratégia de criação de espaços e ambientes saudáveis.

Assim, em 1992, nos encontramos em Georgetown, em Barbados, em uma reunião com líderes jovens para refletirmos juntos como melhorar a promoção da saúde dentro e fora da escola. Nessa ocasião, analisamos os resultados de um projeto patrocinado pela Fundação Carnegie, cujo objetivo foi o de melhorar o currículo escolar, especialmente na matéria intitulada Saúde e Vida Familiar, a estratégia principal de educação para a saúde no âmbito escolar dos países no Caribe, e também a capacitação dos docentes, a avaliação e a participação comunitária em saúde escolar.

Em 1993, realizamos pesquisas em Buenos Aires, na Argentina, e San José, na Costa Rica, com o objetivo de analisar as experiências no campo da Saúde escolar. Os resultados dessas pesquisas com participantes das áreas de Saúde e Educação de aproximadamente 16 países sinalizaram uma profunda modificação do modelo de saúde escolar. Os resultados, publicados em 1994, indicaram que a maioria dos países necessitava atualizar os acordos ou parcerias entre os ministérios da Saúde e Educação para desenvolver um modelo mais participativo e integral de saúde escolar.

Assim, foram vistas comissões mistas entre essas duas áreas, com mecanismos de coordenação que necessitavam se ativar e se posicionar melhor para que suas recomendações e resoluções contribuíssem, de fato, para melhorar a saúde escolar. A capacitação de professores raramente contemplava aspectos de saúde e, só em alguns casos, incluía o ensino de habilidades para a vida ou competências psicossociais. O pessoal da saúde não recebia capacitação para desenvolver programas de saúde escolar e o ensino de saúde pública tampouco incluía a teoria e prática da promoção da saúde.

Iniciava-se a vigilância de práticas de risco nos Estados Unidos da América, que ainda não existia nos países da América Latina e do Caribe. Por outro lado, identificou-se que a participação dos pais, em atividades escolares e de diversos líderes e grupos comunitários na preservação e melhoramento da escola, oferecia excelente oportunidade para fortalecer os fatores protetores à saúde e ao desenvolvimento, tanto na escola como em seus entornos e na comunidade.

As conclusões dessas pesquisas com diversos grupos de representantes de saúde e de educação de vários países serviram de insumos para desenvolver a proposta de Escolas Promotoras de Saúde. Essa proposta foi apresentada na reunião de saúde escolar patrocinada pela Junta Nacional de Auxílio Escolar e Bolsas (Junaeb), em Santiago do Chile, em 1995, da qual participaram 11 países (Argentina, Brasil, Bolívia, Cuba, Costa Rica, México, Colômbia, Equador, Panamá, El Salvador e Chile), assim como participantes da Escola Andaluza de Saúde Pública (Espanha), da Secretaria de Educação para a Saúde da Inglaterra, da Secretaria de Educação do País Basco, da Autoridade de Educação para a Saúde da Inglaterra.

Também foi ponto de partida para a implantação da iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde e da Oficina da Organização Mundial da Saúde da Europa. O resultado das análises e discussões dessa proposta foi a elaboração do Modelo de Escolas Promotoras de Saúde e um Guia para a Ação.

A Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde foi criada em San José, Costa Rica, em 1996, com o respaldo e o compromisso de 14 países. Nessa reunião, foram apresentados o modelo e o Guia para a Ação, elaborados com os insumos de todos os países, que revisaram o documento em parceria com o consultor de promoção da saúde das oficinas da Opas em cada país. Suas sugestões e recomendações foram assimiladas e, assim, adotou-se a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde.

Na reunião de criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, participaram representantes da Argentina, Bolívia, Chile, Cuba, Colômbia, México, Panamá, Nicaragua, Honduras, Equador, El Salvador, Costa Rica República Dominicana, Peru, Paraguai, Venezuela e colegas da Espanha, da Escola Andaluza de Saúde Pública, que estavam envolvidos com os preparativos de organização da Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde, que teve sua primeira reunião na Grécia, em 1997. Na ata constitutiva, declarava-se que *"Todos as crianças e jovens da Europa têm direitos e devem ter a possibilidade de estudar em uma Escola Promotora de Saúde"*.

Com essa mesma ambição, preparamos uma apresentação da iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde, junto ao Banco Mundial e à Opas para a 7ª Cúpula das Primeiras Damas, organizada no Panamá. A partir dessa apresentação, as primeiras damas apoiaram essa iniciativa no contexto de cada país, considerando esse apoio aos seus objetivos nacionais.

Nas atividades de cooperação técnica para melhorar a saúde escolar, muitas pessoas de diversos centros colaboradores participaram e contribuíram para seu desenvolvimento e fortalecimento. A iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde tem fortalecido as alianças entre as agências das Nações Unidas, cujas diretrizes coincidem com as ações da promoção da saúde escolar, como o Unicef, a Unesco e a Opas/OMS na Região das Américas.

A II Reunião da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS) ocorreu na Cidade do México, em abril de 1998, e 20 países apresentaram suas experiências de implantação dessa iniciativa. Nessa reunião, houve acordo de que a Opas desenharia e manteria uma página na *web* sobre a iniciativa, incluindo os materiais desenvolvidos pelos países e pela Opas (www.opas.org.br).

Foram entregues, também, a todas as delegações um *kit* de informações para fortalecer as Escolas Promotoras de Saúde, que incluía um vídeo sobre a iniciativa e uma publicação explicando o processo de construção de Escolas Promotoras de Saúde, assim como um manual de capacitação para professores, um manual sobre vigilância de práticas de risco nas escolas, guias didáticos para ensino de habilidades para a vida em escolas e cópia da edição especial sobre Escolas Promotoras de Saúde, publicada pela OMS/Genebra. A cada delegação, foi entregue, também, um jogo completo dos materiais da IV Conferência Internacional de Promoção da Saúde ocorrida em Jakarta, Indonésia, em 1997.

Em 1999, em Cuba, durante a realização de sua conferência anual sobre Pedagogia e Saúde Escolar, foram revistos os avanços da iniciativa desde a criação da Rede na Costa Rica. Nessa ocasião, foi apresentada a experiência de Loja, Equador, com a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde, assim como a experiência de Bogotá, Colômbia, com a educação de habilidades para a vida, e a experiência de Cuba com promoção da saúde dos escolares em todos os níveis educativos.

No Brasil, desenvolviam-se experiências como as dos municípios do Rio de Janeiro e de São Paulo, que representavam avanços e progressos estratégicos, com revisão das propostas de educação em saúde, práticas de vigilância de fatores de risco e curriculares.

Durante a V Conferência Global de Promoção da Saúde (Cidade do México, 2000), foram apresentadas várias experiências de Escolas Promotoras de Saúde e se efetuaram reuniões de pontos focais da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde. A declaração do México dá um impulso importante ao desenvolvimento e fortalecimento da promoção da saúde, mediante a criação de espaços saudáveis, e a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde é uma das mais efetivas.

Mais recentemente, em 2005, a VI Conferência Global de Promoção da Saúde, (Bangkok, Tailândia), realizada quase vinte anos depois da Carta de Otawa, aponta para a importância de complementar e desenvolver os valores, princípios e estratégias de ação da Promoção da Saúde estabelecidas nessa Carta. Reforça a necessidade de buscar progressos e avanços na direção de um mundo, que em constantes mudanças, se quer mais saudável.

Para tanto, requer ação política forte, participação ampla e advocacia sustentável, com a perspectiva de enfrentar os desafios de explorar melhor e favorecer as oportunidades para promoção de saúde no século XXI. Dessa forma, estratégias que fortalecem a Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (RLEPS) podem ser consideradas oportunidades para tais avanços.

Em 2002, se realizou a III Reunião da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, em Quito, no Equador, com representação de quase todos os países-membros. Nessa reunião, além da apresentação dos países, foram discutidos aspectos de organização, gestão e fortalecimento da RLEPS.

Em 2004, foi realizada em San Juan de Puerto Rico, a IV Reunião da RLEPS que entre outros objetivos discutiu a organização, estrutura e gestão exitosa dessa Rede, de acordo com as propostas apresentadas no documento "Escolas Promotoras de Saúde – Fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e Linhas de Ação 2003-2012" (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 2003). Está prevista nova reunião da RLEPS para o ano de 2006, em país ainda a ser definido.

Entre os desafios mais importantes da promoção da saúde na escola, estão a integração de ensino de habilidades para a vida, em todos os níveis escolares, a instrumentalização técnica de professores e do pessoal de atenção básica à saúde para apoiar e fortalecer a iniciativa das escolas, a vigilância de práticas de risco e o monitoramento e a avaliação da efetividade da iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde, para melhorar o compromisso das escolas com a promoção da saúde de seus alunos, professores e outros membros da comunidade escolar. Esperamos que esta publicação, que registra experiências de Escolas Promotoras de Saúde no Brasil, seja útil para difundir e estimular a adoção dessa importante inovação.

Referências bibliográficas

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. *Escuelas promotoras de la salud:* fortalecimiento de la iniciativa regional: estrategias y líneas de acción 2003-2012. Washington, D.C.: OPS, 2003. (Serie de Promoción de la Salud, 4).

_____. *Escuelas promotoras de la salud*: modelo y guía para la acción - HSP/silos - 36. Washington, D. C.: OPS, 1996.

Educação Popular e Promoção da Saúde: bases para o desenvolvimento da escola que produz saúde

José Ivo dos Santos Pedrosa[1]

[1] Médico, Doutor em Saúde Coletiva, Coordenador-Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social do Departamento de Apoio à Gestão Participativa da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa do Ministério da Saúde. *E-mail*: jose.pedrosa@saude.gov.br

A educação popular em saúde compreende um posicionamento crítico à concepção positivista, na qual a educação em saúde é vista de forma reducionista, cujas práticas são consideradas impositivas, prescritivas de comportamentos ideais, desvinculadas da realidade e distantes dos sujeitos sociais, tornados objetos passivos das intervenções, na maioria das vezes, preconceituosas, coercitivas e punitivas, e um posicionamento afirmativo da educação em saúde como uma prática pedagógica que se realiza com a participação ativa da comunidade, produzindo conhecimentos e informações para a construção de projetos de vida saudável.

A educação popular em saúde ganha expressões concretas nas ações dos sujeitos sociais, orientadas pela construção de vínculos afetivos e político-ideológicos com as camadas populares, promovendo a vivência coletiva em torno de movimentos que levam à emancipação, libertação, autonomia, solidariedade, justiça e eqüidade.

A educação popular em saúde volta-se para a promoção da participação social no processo de formulação e gestão da política de saúde, sob os princípios ético-políticos do SUS: universalidade, integralidade, eqüidade e das diretrizes de descentralização, participação e controle social.

No plano mundial, a partir da Carta de Ottawa de 1986, que formaliza as estratégias para a promoção da saúde, a educação em saúde caracteriza um conjunto de práticas pedagógicas de caráter participativo, construtivista e transversal a vários campos de atuação, que são desenvolvidas com gestores, movimentos sociais, grupos populacionais específicos e a população em geral, com o objetivo de sensibilização e mobilização para a aderência a projetos que contemplam as estratégias propostas.

No contexto latino-americano, caracterizado por graves problemas econômicos e sanitários, a proposta de promoção da saúde ganha uma forte conotação política que preconiza a articulação entre o Estado e a sociedade na busca da eqüidade.

Especificamente no Brasil, a promoção da saúde encontra-se expressa no *slogan* da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) – saúde é um direito de todos e um dever do Estado –, está legitimada na Constituição de 1988, que afirma que saúde, além da assistência, está relacionada às condições de renda, educação, trabalho, moradia, alimentação e lazer.

A promoção da saúde no contexto brasileiro significa uma das bases do Sistema Único de Saúde, quando este se define como sendo aberto à participação da comunidade e sob controle social, e encontra-se instituída em normas que definem as responsabilidades dos municípios e seus compromissos com a coletividade por meio de uma gestão participativa e transparente.

Sendo assim, a promoção da saúde significa uma intervenção que depende da articulação intersetorial e da participação social, voltada para a consecução do direito à saúde, mediante ações voltadas para a melhoria das condições de vida, que podem ocorrer nos espaços dos serviços de saúde, do parlamento e das comunidades, sendo fundamentadas por aportes multidisciplinares que necessitam de estratégias para serem realizadas. Uma delas encontra-se na educação em saúde.

De acordo com essas considerações, na reestruturação do Ministério da Saúde, em 2003, é criada a Secretaria de Gestão do Trabalho e da Educação na Saúde e, em seu Departamento de Gestão da Educação na Saúde, é constituída a Coordenação-Geral de Ações Populares de Educação na Saúde, que toma os princípios teóricos, políticos e metodológicos acumulados e, ainda, em construção no campo da educação popular em saúde como orientadores das suas ações.

Em julho de 2005, o Ministério da Saúde sofre uma mudança político-gerencial em que as ações de educação popular passam a ser desenvolvidas pela Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social, da Secretaria de Gestão Estratégica e Participativa, mantendo os mesmos princípios e metodologia, e acrescentando a mobilização social como objetivo a ser alcançado.

Em termos político-institucionais, a criação na estrutura do Ministério da Saúde, de uma área de educação popular em saúde expressa o compromisso de formular uma Política Nacional de Educação em Saúde, de forma ampliada e democrática, direcionada para a real concretização dos princípios do Sistema Único de Saúde: universalidade, integralidade e eqüidade.

A participação social no processo de formulação da Política Nacional de Educação em Saúde significa um contínuo trabalho de inclusão das escolas, estudantes e professores, territorializando tanto o espaço social como o espaço político, que exige a transformação da metodologia e das técnicas pedagógicas em práticas de educação popular.

Os objetivos definidos para a Coordenação são: o estabelecimento de relações formais com as organizações não-governamentais e os movimentos sociais que trabalham educação em saúde com a população; a mobilização popular sobre o direito à saúde e em defesa do SUS; a inserção dos princípios éticos, políticos e pedagógicos da educação popular no processo de formação do cidadão e no processo de fortalecimento do controle social; e o desenvolvimento de ações nas escolas do ensino fundamental, considerando-as enquanto espaços de construção de territorialidades e subjetividades, nos quais os sujeitos envolvidos se identificam, interagem, refletem a respeito de suas vivências e constroem projetos de vida mais saudáveis.

Para a Coordenação, a educação popular em saúde instituída como estrutura do Ministério da Saúde significa:

- ações estratégicas para reorientação das práticas de saúde que compreendem a produção de conhecimentos compartilhados, de projetos políticos que suscitem a adesão da sociedade e de ações capazes de produzir novos sentidos nas relações entre necessidades de saúde da população e organização do cuidado da saúde;
- qualificação das ações e humanização das relações no SUS, promovendo uma tensão permanente entre a expressão das necessidades de saúde da população e a organização da atenção a estas necessidades, o que significa a permanente construção da universalidade, integralidade e eqüidade do cuidado em saúde;
- acolhimento e suporte às ações em defesa da vida que os movimentos sociais e populares realizam, reconhecendo a legitimidade dessas ações, resgatando o conhecimento acumulado e construindo referências para produção e organização dos saberes e práticas de saúde;
- incentivo permanente à participação popular na formulação e gestão das políticas públicas de saúde, por meio da formação dos formuladores dessas políticas, compreendendo que a ação social em prol da satisfação das necessidades de saúde implica uma direcionalidade que se objetiva nas formas de gestão participativa e na atuação do controle social.

Considera-se, no conjunto das propostas para a gestão do Ministério da Saúde, que a Coordenação-Geral de Apoio à Educação Popular e Mobilização Social representa um espaço instituinte de novas relações entre os indivíduos, seus grupos e suas organizações; os serviços de saúde, com seus profissionais, suas regras e racionalidades; e as novas relações entre os profissionais e usuários do sistema de atenção, mediados pela noção de cuidado à saúde.

Nesse sentido, as ações de educação popular em saúde poderiam denominar o agir educativo, que significa a ação social do resultado da construção coletiva, que, em seu contínuo processo de

construção, se alimenta da busca de substratos teóricos e metodológicos de sustentação, da formulação de projetos políticos que suscitem a adesão da sociedade e de ações capazes de produzir novos sentidos nas relações entre necessidades de saúde da população e organização do cuidado da saúde.

A educação popular em saúde encontra-se relacionada aos movimentos (das palavras e dos gestos) dos sujeitos no campo da Saúde, dos portadores de recursos de conhecimento e tecnologia que circulam na academia, como docentes e pesquisadores, produzindo conhecimento compartilhado com o saber da população, e dos que atuam no plano da particularidade da organização e gestão dos serviços de saúde, alinhados com o movimento de luta para efetividade do SUS e aqueles que se movimentam no plano da singularidade de cada indivíduo, tomado como sujeito social, instrumentalizando-o para a ação transformadora.

Como prática institucional, a educação popular em saúde envolve todos os profissionais. Nessas condições, o agir educativo é exercido no nível das organizações governamentais e não-governamentais, envolvidas na elaboração e implantação da política de saúde, e o seu trabalho é buscar espaço nas arenas políticas decisórias, construir a viabilidade das diretrizes de integralidade do cuidado, planejar intervenções descentralizadoras, definir programas, atividades, orçamento, etc., no sentido de cada vez mais tais práticas se tornarem diretrizes para a instituição que as produz, seja por meio de leis, regulamentos, processos de trabalho, seja pela vigilância institucional aos princípios assumidos como norteadores da política explicitada.

No nível da base, o agir educativo se faz presente na construção da vontade, da incitação à participação, na produção de novas subjetividades nas pessoas em relação à sua saúde, à doença, às instituições, ao que, até então, mostrava-se como estabelecido.

Esses propósitos representam as referências estruturantes da atuação da Coordenação, enquanto metodologia para a ação educativa e enquanto dispositivo político para a inclusão social e qualidade de vida, mobilizando profissionais e usuários do SUS e construindo interlocução com as práticas populares de saúde.

A educação popular em saúde imprime à promoção da saúde o sentido de movimento coletivo que se desenvolve nos macroespaços sociais e nos espaços da vida cotidiana. Sendo assim, as intervenções voltadas para a promoção da saúde englobam tanto medidas que levam ao estabelecimento de condições e requisitos para a saúde (paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e eqüidade), quanto medidas que favorecem o desenvolvimento de habilidades dos indivíduos para que possam fazer opções voltadas para a saúde.

Considerando a necessidade de desenvolver ações de saúde no espaço das escolas da educação básica na perspectiva apontada acima, retoma-se a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde, elaborada com o aval da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), que considera as interfaces do espaço escolar com a sociedade, e o compromisso com as condições de vida das gerações futuras, *"fomentando o desenvolvimento humano saudável, e relações humanas construtivas e harmônicas e que promovam aptidões e atitudes positivas para a saúde"* (ORGANIZACÍON PANAMERICANA DE LA SALUD, 2000). Sob esta concepção, a promoção da saúde nas escolas compreende três componentes principais: a educação em saúde com enfoque integral; a criação de entornos saudáveis; e a provisão de serviços de saúde.

Visando lograr a integralidade do enfoque da saúde, a Opas propõe a utilização de técnicas e métodos participativos que ultrapassem a delimitação física da escola e envolvam pais, professores e comunidades. Metodologias dessa natureza devem orientar todas as atividades desenvolvidas, tais como diagnóstico das necessidades de saúde da população escolar; desenvolvimento curricular de forma integrada; preparação de material didático; formação permanente de docentes; investigação, seguimento e avaliação das atividades desenvolvidas; e difusão de informações sobre os avanços e desafios encontrados.

Assim, parece de fundamental importância a criação de entornos saudáveis que envolvem tanto aspectos de infra-estrutura quanto o favorecimento de uma atmosfera psicossocial estimulante, capaz de alavancar atividades voltadas para o desenvolvimento de habilidades para a vida e a promoção de atividades físicas.

Como um último componente essencial da proposta em foco, encontra-se a provisão de serviços de saúde, em que se deve considerar o acesso aos serviços de rotina e a disponibilização de serviços especiais para crianças e adolescentes.

Embora a proposta apresentada pela Opas contenha princípios e recomendações de natureza geral, que poderiam ser aplicados em vários países, há que se considerar as características do cenário brasileiro onde crianças e adolescentes convivem com o aumento da violência, gravidez precoce, uso de drogas e outros problemas da esfera das relações ou, ainda, doenças e agravos relacionados às más condições de vida (RIO DE JANEIRO, 2002).

A proposta de promoção da saúde, atualmente bastante disseminada no Brasil, tem sido experimentada no âmbito de programas de organizações governamentais e não-governamentais, fomentando discussões acerca de seus princípios e diretrizes, além de sua relação com a política nacional de saúde. Com base nessas discussões, a promoção da saúde passa a considerar como fundamental os seguintes itens:

- a gestão intersetorial dos recursos na abordagem dos problemas e potencialidades em saúde, ampliando parcerias e compartilhando soluções na construção de políticas públicas saudáveis;
- a capacidade de regulação dos estados e municípios sobre os fatores de proteção e promoção da saúde;
- o reforço aos processos de participação comunitária no diagnóstico dos problemas de saúde e suas soluções, reforçando a formação e a consolidação de redes sociais e protetoras;
- a promoção de estilos de vida saudáveis, com ênfase no estímulo à alimentação saudável, à atividade física, às atitudes seguras, ao combate ao tabagismo e ao uso abusivo de drogas;
- a promoção de ambientes seguros e saudáveis, com ênfase no trabalho com escolas e comunidades;
- o reforço à orientação das práticas dos serviços dentro do conceito positivo de saúde, atenção integral e qualidade, tendo a promoção da saúde como enfoque transversal das políticas e programas, projetos e ações, com prioridade para a atenção básica e saúde da família;
- a reorientação do cuidado na perspectiva do respeito à autonomia, à cultura, promovendo a interação do cuidar/ser cuidado, ensinar/aprender, aberto à incorporação de outras racionalidades (BRASIL, 2002).

Para que esses princípios possam ser conjugados em torno de uma proposta para uma política de educação em saúde, existe a necessidade da ressignificação da escola, como espaço de construção de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos se identificam, interagem, refletem a respeito de suas vivências e constroem projetos de vida mais saudável e cidadã.

Esses princípios, que aglutinam os dois campos, orientam os processos pedagógicos, substratos das ações que passam a ser desenvolvidas no espaço da escola. Sob tais princípios, voltados para a promoção da saúde, conjugam-se as ações intersetoriais que constroem novos contornos ao espaço escolar, novas relações com as pessoas envolvidas e seu entorno. Nesse sentido, a educação popular em saúde representa a estratégia e o suporte para as ações de inovações curriculares; preparação de material didático; educação permanente de docentes; investigação, seguimento e avaliação das atividades; difusão de informações sobre os avanços e desafios encontrados.

Para que esses princípios possam ser conjugados em torno de uma proposta para uma política de educação em saúde, existe a necessidade da ressignificação da escola, como espaço de construção de territorialidades e subjetividades, no qual os sujeitos envolvidos se identificam, interagem, refletem a respeito de suas vivências e constroem projetos de vida mais saudável e cidadã.

Esses princípios, que aglutinam os dois campos, orientam os processos pedagógicos, substratos das ações que passam a ser desenvolvidas no espaço da escola. Sob tais princípios, voltados para a promoção da saúde, conjugam-se as ações intersetoriais que constroem novos contornos ao espaço escolar, novas relações com as pessoas envolvidas e seu entorno. Nesse sentido, a educação popular em saúde representa a estratégia e o suporte para as ações de inovações curriculares; preparação de material didático; educação permanente de docentes; investigação, seguimento e avaliação das atividades; difusão de informações sobre os avanços e desafios encontrados.

Entretanto, não se pode esquecer que, mesmo as ações intersetoriais no âmbito dos territórios, especialmente junto às camadas populares, podem reproduzir um padrão desumanizador, ao desconsiderar os sujeitos, individuais e coletivos, em sua pluralidade na formulação e implantação dessas mesmas ações.

O pensamento técnico, normalmente importado de países de capitalismo avançado do norte, geralmente substitui as experiências, desperdiçando-as e diminuindo a produtividade social que sua incorporação implicaria. Com isso, são desconsideradas não apenas a vontade ou a organização das pessoas, mas também a cultura, as especificidades regionais, étnicas, de gênero, além dos interesses mais específicos da população.

A articulação da educação popular em saúde, com a promoção da saúde nas escolas, requer uma ação pedagógica associada a um movimento dinâmico. Trata-se de uma ação consciente direcionada para a constituição de sujeitos sociais, movimentando-se em busca da construção de projetos de liberdade, de autonomia, de participação, enfim, projetos de vida saudável. Isso significa transformar a escola em um espaço de singularização, no dizer de Guattari (1986):

> *uma singularização existencial que coincida com um desejo, com um gosto de viver, com uma vontade de construir o mundo no qual nos encontramos, com a instauração de dispositivos para mudar o tipo de sociedade, os tipos de valores que não são os nossos (GUATTARI; ROLNIK, 1986).*

Dessa forma, a educação popular em saúde transforma-se em algo mais que estratégico, torna-se um dispositivo agenciador de singularidades que sobrevivem dispersas, apesar da invasão contínua

da cultura biomédica, a qual invade o conhecimento e as estratégias da população em relação à saúde e à doença, deslegitima seus cuidadores e seus arsenais de cuidados, e, ainda, corrompe a noção do direito à saúde.

O resgate das manifestações e dos ritos de passagem, presentes em cada espaço social e cada comunidade, passa a representar elementos que reordenam as manifestações pasteurizadas, conduzidas pela mídia e pelas massas, contribuindo para não serializar os indivíduos, produzindo, assim, subjetividades que os levam a processos de identificação individual, grupal, tribal e com sua comunidade, visualizando e respeitando suas diferenças.

Essa direcionalidade, para a cidadania que a educação popular propõe, se expressa na concepção e utilização dos instrumentos pedagógicos, no sentido de promover mudanças na organização da escola. Inovações curriculares, educação permanente de professores, metodologias construtivistas e participativas, representam estratégias micropolíticas que podem revelar os desejos, as representações, as aspirações, enfim, as motivações daqueles que estão envolvidos.

Por fim, a proposta representa novas possibilidades de trabalho com a saúde escolar. A educação popular em saúde aponta perspectivas para tais possibilidades, na medida em que considera a escola como um espaço onde processos de singularização, por meio dos quais os indivíduos serializados e massificados se transformam em indivíduos conscientes, críticos e criativos.

Esses processos produzem subjetividades em torno de valores e ações fundamentais para que os cidadãos em formação se sintam capazes de construir projetos de convivência característicos de uma sociedade solidária, ética, democrática e participativa.

O entorno da escola, enquanto território de relações com a comunidade, a cidade, o país e o mundo, produzem outras subjetividades que, articuladas às primeiras, estão direcionadas à constituição de sujeitos sociopolíticos, com capacidade de direcionar suas ações para a cidadania plena.

Ao ultrapassarmos o muro da escola, entramos em contato com a vida comunitária com toda a sua diversidade e integralidade. Esse contexto vem corroborar com a necessidade de que a produção do conhecimento e a vivência da educação em saúde nas escolas transcendam as práticas ditadas pela hegemonia do modelo fragmentado, microbiológico e centrado na doença.

Estamos, portanto, falando de transformações das orientações políticas, mas que se darão também no universo das transformações das representações sociais. Assim, são necessárias ações interministeriais que garantam no espaço legal e orçamentário, uma política de incentivo, estímulo e cooperação técnica, capaz de se tornar agenciadoras dessas novas concepções e práticas educativas.

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. *Política Nacional de Promoção da Saúde:* documento para discussão. Brasília, 2002.

GUATTARI, F.; ROLNIK, S. *Cartografias do Desejo*. Petrópolis: Vozes, 1986.

ORGANIZACÍON PANAMERICANA DE LA SALUD. *Escuelas promotoras de la salud*. Washington D.C., 2000.

RIO DE JANEIRO. Prefeitura Municipal. Secretaria de Saúde. *Solta a voz*: saúde e riscos em escolares. Rio de Janeiro, 2002.

Parte 2

Experiências Brasileiras no Campo da Saúde Escolar

Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Município do Rio de Janeiro: um desafio à formulação de políticas saudáveis à cidade

Carlos dos Santos Silva[1]
Paulo César de Almeida Mattos[2]
Sonia Regina Mendes[3]
Sonia Neumann Noceti Cotrim[4]

[1] Mestre em Pediatria pela Universidade Federal Fluminense, gerente do Programa de Saúde Escolar da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *E-mail*: saudeescolar@rio.rj.gov.br. Telefones: (21) 2503-2222/2503-2210.

[2] Coordenador de Programas Especiais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, presidente do Departamento Científico de Saúde Escolar da Sociedade Brasileira de Pediatria.

[3] Doutora em Educação, professora-adjunta da Faculdade de Educação da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj).

[4] Licenciada em Ciências Biológicas pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (Uerj). Professora da Secretaria Municipal de Educação do Rio de Janeiro.

Introdução

Esse relato procura identificar pontos relevantes do processo de implantação de uma Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Município do Rio de Janeiro. Ao discutir pressupostos teóricos e estratégias implementadas que lhe consubstanciaram, busca-se refletir sobre as principais questões e desafios com os quais alguns dos atores envolvidos com o desejo de mudanças procuraram lançar mão dessa iniciativa, para consolidar a promoção da saúde particularmente no espaço da escola, na agenda política de saúde da cidade.

Experiências anteriores ou em curso, tanto no viés de programas tradicionais de saúde escolar, como das que se tornam precursoras dessa iniciativa, em âmbito municipal, têm papel de destaque nessa construção. Soma-se a elas uma revisão de conceitos por meio de interlocução e conversação com a proposta de organização da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde pela Organização Pan-Americana da Saúde (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Contudo, diferentes fatores interagem, ora estimulando, ora dificultando a consolidação mais efetiva da criação de Escolas Promotoras de Saúde, como iniciativa municipal e política de saúde da prefeitura. Alguns dos fatores que parecem ampliar o desafio são representados pela complexidade, diversidade histórica e sociocultural da cidade e seu contingente populacional, a mega dimensão da rede pública municipal de educação, o processo de municipalização dos serviços de saúde. Entre os fatores, que ao contrário contribuem, estão os investimentos feitos na reestruturação da atenção básica à saúde por meio do desenvolvimento da Estratégia de Saúde da Família e a implementação de práticas que garantam a autonomia e a participação dos sujeitos e da comunidade no processo.

Vale, portanto, para maior entendimento do contexto de formação dessa rede municipal de Escolas Promotoras de Saúde, registrar o olhar reflexivo desde seus antecedentes e marcos históricos, concepções teóricas, como contextualizar as estratégias, a partir de erros e acertos de uma prática que se iniciou anos atrás, mas que até hoje não se esgota como definitiva, porque se insere na perspectiva de construir o saudável no humano, que se renova a cada momento com novas possibilidades, como, também, refletir sobre a importância de fortalecer o desenvolvimento de ações locais que sejam mais sustentáveis, nas quais a articulação intersetorial, a participação comunitária e o controle social imprimam melhores condições de saúde e de qualidade de vida das pessoas, assim como o direito à cidadania.

O cenário desse desafio constitui-se no Município do Rio de Janeiro, que representa uma cidade-metrópole de referência como pólo cultural, político e científico do Brasil, marcada pela diversidade sociocultural e por contrastes econômicos comuns às grandes metrópoles; tem cerca de 6 milhões de habitantes, entre os quais quase 2 milhões são crianças e adolescentes na faixa etária de 0 a 19 anos (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2000). Possui uma rede pública municipal de educação, que consta de 1.054 escolas e 203 creches com 757.074 alunos (SME/RJ – dados de matrícula/2005)[5] da educação infantil ao ensino fundamental, e uma rede municipal de saúde, em gestão plena, que possui cerca de 116 unidades básicas de saúde, 25 hospitais e cerca de 75 equipes de saúde da família[6].

Antecedentes e marcos teóricos

A VIII Conferência Nacional de Saúde – Brasília/Brasil/1986 (CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 1987) redefine o conceito de saúde, contrapondo-se à idéia hegemônica de caráter genético e biológico para acentuar evidências de sua relação com outros fatores que são determinantes das condições de saúde e diretamente ligados com o modo de viver das pessoas. Além de a conferência ter papel fundamental sobre o fortalecimento do conceito ampliado de saúde, ratificado em 1988, na Constituição Federal, ela contribuiu para o processo do movimento social pela Reforma Sanitária Brasileira, que propunha a reformulação do sistema nacional de saúde por meio da criação do Sistema Único de Saúde – SUS (BRASIL, 1990), constituindo-se como uma rede de serviços de saúde regionalizada, hierarquizada e descentralizada, com gestão única em cada esfera de governo e sob controle dos usuários desses serviços.

A partir do início da década de 90, considerando-se esse marco conceitual, imprimiu-se ao Programa de Saúde Escolar desse município uma proposta de atenção integral à saúde da criança e do adolescente em idade escolar, fundamentando sua organização em uma perspectiva crítica e no escopo da política de saúde definida pela Secretaria Municipal de Saúde.

Os objetivos desse programa firmaram-se pela Macrofunção de Políticas Sociais da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, proposta intersetorial com a qual se espera articular o trabalho e a intervenção de órgãos e de gestores da área social, afinados na condução das políticas públicas, particularmente as de saúde, educação e desenvolvimento social, que ratificou a importância da atuação integrada entre os diversos setores do governo.

Diferentemente de propostas verticais e modelos médico-terapêuticos, essencialmente assistenciais e medicalizantes, o gerenciamento do Programa de Saúde Escolar do Município do Rio de Janeiro foi conduzido, nos últimos anos, sob a ótica da iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde. Isso, além de favorecer no espaço da escola, ação mais reflexiva e crítica do conceito de saúde, também priorizou investimentos na promoção da saúde nos serviços de saúde, na busca por humanização do atendimento e das relações que se estabelecem entre os espaços da escola,

[5] Dados da Secretaria Municipal de Educação/RJ (<www.rio.rj.gov.br/sme>. Acesso em: 23 fev. 2005).

[6] Situação da implantação das estratégias PSF/Pacs no Município do Rio de Janeiro - Relatório de Avaliação, de janeiro de 2005. Mimeografado. Secretaria Municipal de Saúde/RJ (S/SSC/CSC/EPSF/2005).

comunidade e serviços de saúde. Trabalhava-se, portanto, com a expectativa de que esse novo modo de agir e construir coletivamente ações de saúde, com a comunidade escolar, pudesse estimular melhor qualidade de vida dessa comunidade, desenvolvimento de ações locais, participação ativa dos atores envolvidos e o controle social das condições de saúde.

A publicação de diretrizes de uma proposta de saúde escolar para o Município do Rio de Janeiro, em 1995 (SILVA, 1999), propunha ações na escola por integração intersetorial e formação de grupos de trabalho regionais e locais, destacando três eixos básicos como referenciais: educação e saúde; desenvolvimento e aprendizagem; e participação popular. Tais diretrizes datam das primeiras publicações sobre Escolas Promotoras de Saúde pela Organização Pan-Americana da Saúde (1995), que sinalizavam a importância de um enfoque integral para a saúde escolar, práticas de educação e saúde, inter-relação da escola e comunidade com os serviços de saúde e a construção de ambientes saudáveis.

A seleção das atividades desse programa de saúde escolar, como representante do Brasil no vídeo da Opas sobre Escolas Promotoras de Saúde (ESCOLAS..., 1998), apresentado na 7ª Reunião das Primeiras Damas da América Latina (Panamá, 1997), e sua participação na II Reunião da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (Cidade do México, 1998) (BOLETÍN..., 1999) foram situações que consubstanciaram reflexões no processo de formação da Rede Municipal de Escolas Promotoras de Saúde no Rio de Janeiro.

A partir desses referenciais e antecedentes, o trabalho com a criação de Escolas Promotoras de Saúde baseou-se na perspectiva de incentivar a autonomia da ação local. Postura que pressupõe um programa de saúde construído com os sujeitos para os quais suas atividades estão voltadas, e não apenas programado de forma vertical, para que os indivíduos tornem-se objetos passivos dessas atividades e/ou de outros saberes.

O Projeto Nessa Escola Eu Fico, em 1999 (SILVA, 1999), representou uma proposição de promoção da saúde na escola, que precedeu a criação de Escolas Promotoras de Saúde no Município do Rio de Janeiro. Ao buscar integrar a política de saúde às políticas sociais, esse projeto já contribuía para que se instituísse a promoção da saúde como política. Seu desenvolvimento em 19 escolas de horário integral, com abrangência de cerca de 11.000 alunos, aumentava o tempo de permanência da criança e do adolescente na escola, investia na melhoria da qualidade dessa escola e estimulava, na comunidade escolar, a capacidade de pensar, atuar e de tomar decisões.

Ao priorizar a auto-estima e a ação protagonista de crianças e adolescentes, esse projeto teve por objetivos desenvolver atividades complementares na escola e criar ambientes e entorno social saudáveis, além de favorecer o desenvolvimento e a aprendizagem nas diferentes linguagens e atividades artísticas, esportivas e culturais, dentro do contexto histórico e social da comunidade. Como projeto, que se esgotava em dado período, possibilitou ação intersetorial que valorizava o espaço da escola como de constituição de conhecimento, possibilitou inserir as questões de saúde na grade curricular e extracurricular e apontou a necessidade de formulação de ações de promoção da saúde na escola, com o propósito de maior universalidade e perenidade na rede pública municipal de educação, o que exigiria investimentos políticos mais claros e definidos que privilegiassem a promoção da saúde na escola como uma política de saúde. A busca por essa definição seria feita no momento seguinte, por meio da estratégia de implantação de Escolas Promotoras de Saúde.

Questões estratégicas

O olhar retrospectivo mais atento desse processo de mais de uma década pode contribuir para uma análise, não só dos pressupostos conceituais de saúde, mas também das práticas metodológicas e dos investimentos que efetivamente possam apresentar resultados comprometidos com mudanças na formulação de ações de saúde na escola. O exercício de um processo avaliativo que permita, mais claramente, expandir essa análise com uma releitura da situação atual não foi garantido linearmente nesse período, principalmente por se considerar mudanças estruturais, de gestão e de financiamentos que impediam contemplar um objeto de avaliação.

Contudo, foi possível acompanhar o desafio de criar e desenvolver uma Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Município do Rio de Janeiro, o que possibilita destacar algumas questões importantes que integram eixos e estratégias fundamentais para a promoção da saúde na escola, tais como ação interdisciplinar, intersetorial e interinstitucional; participação comunitária; autonomia da comunidade escolar no levantamento de demandas, prioridades e busca de soluções; realização de diagnósticos com análise de fatores de risco e proteção; desenvolvimento de práticas educativas com metodologias participativas; constituição de parcerias; construção de ambientes mais favoráveis à saúde; organização de ações locais que se preservem sustentáveis e acentuem o poder local nas decisões; e a garantia de acesso aos serviços de saúde na perspectiva de promoção da saúde para consolidação do Sistema Único de Saúde (SUS).

Com a preocupação em conhecer melhor o universo com o qual se pretende atuar e construir uma proposta, foi importante reconhecer, também, indicadores de saúde, dados e informações epidemiológicas e/ou considerar as condições socioeconômicas e culturais dos envolvidos para que se pudessem identificar os principais agravos ou fatores de risco à saúde e fatores de proteção à infância e à adolescência que compunham a comunidade escolar. Nesse sentido, a realização de diagnósticos e pesquisas foi estratégica no processo de estimular a promoção da saúde na escola. Esses estudos tinham como objetivos fazer uma investigação sobre as condições de saúde da comunidade escolar, sugerir soluções para minimizar os principais agravos, possibilitar a formatação mais adequada de um plano de ação para a criação de Escolas Promotoras de Saúde no Município do Rio de Janeiro e, sobretudo, contribuir para a formulação de políticas de saúde escolar integral e na ótica de promoção da saúde.

Uma pesquisa sobre Saúde e Nutrição feita com os escolares, em 1999 (RUGANI, 2000), estudou eventos, como déficit nutricional de peso e estatura, anemia por deficiência de ferro e obesidade. Essa pesquisa sinalizou uma tendência de aumento da obesidade em crianças e adolescentes da rede pública municipal de educação.

Outra pesquisa chamada “Solta a Voz” (SILVA, 2002), sobre saúde e risco em escolares, em amostra representativa dessa rede, com 1.529 alunos a partir de 7 anos de idade, coletou, estudou e sinalizou dados importantes em temas como tabaco, álcool e outras drogas, sexualidade, aids, doenças sexualmente transmissíveis, acidentes e situações agressivas, entre outros aspectos. Ela apontou índices como 12,3% de experimentação de tabaco; 56,2% de álcool; 2,4% de drogas ilícitas entre escolares em que 10% deles referiram início de atividade sexual, todos eventos com maior freqüência antes dos 14 anos de idade. Essa pesquisa possibilitou, ainda, a análise da inter-relação dos escolares com seus principais núcleos de convivência, família, escola e comunidade, e indicou que, em situações de dúvidas sobre aqueles temas, os escolares procuram, em primeira instância, a família (sobretudo, representada pela figura da mãe) e, em escala bem reduzida, a escola

(principalmente, pela professora). Por sua vez, os serviços de saúde praticamente não foram mencionados pelos alunos como fonte de informações e apoio nessas situações.

Tais estudos, inseridos como prática orientadora das ações de gerenciamento do Programa de Saúde Escolar, foram fundamentais para os planos de se consolidar propostas de promoção da saúde na escola porque puderam contribuir para a análise de como pensam e agem os alunos e, também, para o orientação da implementação de políticas públicas saudáveis. Possibilitaram, ainda, a valorização de ações estratégicas como a necessidade de a escola trabalhar em parceria com os núcleos familiar e comunitário, bem como a necessidade de reorientação dos serviços de saúde, na perspectiva de promoção da saúde, para favorecer também uma nova relação desses serviços com a comunidade escolar e com seus próprios usuários.

Novos estudos puderam ser realizados (estudo sobre condições de saúde e nutrição dos escolares da cidade/2003 – em fase de análise de dados)[7], destacando a relevância de se criar um processo de monitoramento dos principais agravos à saúde dos escolares da rede pública municipal de educação.

Foram necessárias várias outras estratégias que estimulassem o envolvimento das pessoas, tanto do ponto de vista de técnicos e gestores, quanto, principalmente, dos usuários e membros da comunidade escolar, para um compromisso de mudanças das ações de saúde na escola, como comentaremos a seguir.

A elaboração, publicação e divulgação de materiais educativos (cartazes, fôlderes, boletins, revistas e vídeos), ainda que construídos essencialmente pelo olhar do gestor, contribuíram para induzir a forma de repensar as práticas estabelecidas e a reflexão sobre novas possibilidades. Ao longo das atividades desdobradas, em algumas das escolas, pode-se observar, contudo, a riqueza de materiais construídos por professores e alunos no processo pedagógico de constituição de conhecimentos em que a questão da saúde estava inserida. Para um processo autônomo de promoção da saúde na escola, espera-se que ao longo do tempo, cada vez mais, a comunidade possa assumir a produção desses materiais, a partir de suas próprias demandas, desejos e decisões.

Investimentos na instrumentalização técnica de profissionais e membros da comunidade, principalmente no campo da Promoção da Saúde e das práticas metodológicas participativas, representam outra ação estratégica para criar Escolas Promotoras de Saúde. Nesse sentido, foram realizadas oficinas, grupos de discussão, centros de estudos e seminários, entre outras, priorizando a participação da comunidade educativa, principalmente professores, e dos serviços de saúde, sobretudo profissionais de saúde. Se, de início, também tinham um caráter centralizado de congregar atores das diferentes regiões do Município do Rio de Janeiro, paulatinamente obtiveram-se avanços quanto ao aspecto de descentralizar tais atividades por cada área programática de saúde, respeitando melhor suas especificidades.

Todos os procedimentos, que ao longo do processo permitiu intercâmbio e trocas de experiências entre escolas, serviços de saúde e desses setores entre si, tiveram uma boa repercussão com a possibilidade de identificação de atores-chave. Representantes regionais e locais, como veremos adiante, exerceram papel significativo na busca por ações locais, para os quais se lançaram mão de instrumentalização técnica mais específica e orientada.

[7] Pesquisa realizada com escolares da 8ª série do ensino fundamental da rede pública municipal de educação, da gerência do Programa de Saúde Escolar, em parceria com o Instituto de Nutrição Annes Dias e o Programa de Saúde do Adolescente, entre outros da SMS/RJ.

Projeto piloto e avaliação

É preciso enfatizar a necessidade de aporte de recursos financeiros que subsidiem as mudanças, sobretudo de forma estrutural. Nesse aspecto, as fontes e formas de alocação de recursos foram oriundas do Sistema Único de Saúde, a partir de repasses do Ministério da Saúde para esse município financiar a assistência ambulatorial e hospitalar e a implementação de programas de saúde coletiva, especialmente aqueles incentivados pelas parcelas fixa e variável, componentes do Piso de Atenção Básica. A própria Secretaria Municipal de Saúde também aportou recursos do tesouro municipal para o financiamento desse conjunto de ações, incluindo convênio com a Universidade Federal do Rio de Janeiro.

Portanto, na seqüência de estratégias, formatou-se um projeto piloto (SILVA, 2002) para implantação de Escolas Promotoras de Saúde na rede pública municipal, que previa o envolvimento de 100 escolas e propunha a constituição de equipes de profissionais de saúde (odontólogos) e acadêmicos de saúde da área de Odontologia e Fonoaudiologia e de Educação (pedagogos e professores multiplicadores), no papel de dinamizadores das ações na escola. As equipes atuavam nas escolas por períodos de um a dois meses, interagindo com os atores locais da escola e da comunidade.

Essa formatação presumia uma proposta inclusiva, oferecia atividades já reconhecidas como demandas da escola (saúde ocular, auditiva e bucal), mas tinha como papel de destaque estimular a participação de todos os envolvidos na execução de projetos locais, a partir de demandas e prioridades da própria comunidade escolar.

Até 2002, foram trabalhadas 120 escolas (12% da rede escolar) e cerca de 111.600 alunos (16% do total de alunos), com o pressuposto de que as escolas, estimuladas a partir da interação com essas equipes externas, dariam continuidade, em um processo mais autônomo de irradiação, às ações de promoção da saúde na comunidade.

O pressuposto de um projeto, que deve ser acompanhado, aferido e dimensionado quanto ao seu desenvolvimento e resultados, exige no planejamento de suas ações a criação de mecanismos e/ou parâmetros que, considerados desde o início, garantam um caráter avaliativo, por meio da elaboração de um plano de avaliação e acompanhamento do processo e, se possível, de impacto, por exemplo, em que dimensão a implantação/implementação de Escolas Promotoras de Saúde poderá causar impacto na qualidade de vida das comunidades envolvidas.

Nesse sentido, ainda que com algumas limitações posteriores, empenhou-se, como ferramenta estratégica, a elaboração de um plano avaliativo, simultâneo às ações das equipes do projeto piloto e desenhado a partir de avaliação do processo. Tal plano foi viabilizado por equipes externas às do projeto, tais como pesquisadores que entraram em contato sistemático com diretores, coordenadores pedagógicos, alunos e familiares em visitas às escolas envolvidas. A sua abordagem metodológica privilegiou a análise qualitativa das informações coletadas, cuja essência foi a percepção dos indivíduos participantes, tanto das equipes técnicas, gerenciais e das escolas, quanto dos usuários. Ele se mostrou oportuno para análise constante e revisão permanente de sua execução, pois, resultante da articulação entre as instâncias de planejamento e de avaliação, o plano traçado propôs ao grupo e aos gestores sugestões ou alterações de rumos que deveriam ser retomados, bem como erros e/ou acertos a serem assinalados e incorporados na revisão da proposta.

Vale assinalar que a avaliação do processo (MENDES, 2002) mostrou que esse projeto piloto consolidou uma importante interlocução entre a área de Saúde e a escola e contribuiu para a inserção da revisão do conceito de saúde na comunidade educativa, mas também que, em grande medida, as expectativas dos atores locais estavam por demais depositadas na presença da equipe externa à

escola. Portanto, os passos subseqüentes teriam de ser respaldados em ações que estimulassem o processo de implantação de Escolas Promotoras de Saúde, a partir da autonomia de ação da comunidade escolar.

Do projeto à iniciativa: caminho para a institucionalização

A análise do processo de institucionalizar nesses diferentes espaços a promoção da saúde como prática, propõe averiguação, no mínimo, em três níveis (PEDROSA, 2004), quais sejam, dos pressupostos teóricos e conceituais que norteiam as políticas, das ações em programas e projetos por serviços e organizações, e de ações promocionais que integram atividades em grupos específicos da sociedade.

Embora fosse possível identificar o debate desses pressupostos nas escolas envolvidas e comprometidas, o difícil acesso da comunidade escolar à rede de saúde e a abordagem dos serviços de saúde à clientela apresentavam-se absolutamente fora da perspectiva da promoção da saúde. As demandas clínico-assistenciais da escola eram reforçadas pelos serviços de saúde no viés da visão biológica e terapêutica, dificultando a interlocução e referência à revisão do conceito de saúde no seu sentido mais amplo. Observavam-se serviços de saúde atuando prioritariamente com a demanda ativa (dos que procuram a unidade), sem valorizar a articulação mais participativa com a comunidade, e com a atenção à saúde no processo de integralidade, como possibilidade de qualificar os serviços prestados ou de estimular novas atitudes e opções que sinalizassem melhora efetiva da qualidade de vida.

No plano mais macro da análise, diferentes setores e serviços de saúde da Secretaria Municipal de Saúde, bem como parceiros que se empenhavam na construção do "saudável" e valorizavam a escola como o lócus privilegiado para uma vida saudável, constituíram-se em verdadeiros aliados para promoção da saúde na escola.

Vale sinalizar avanços na posição de setores diferentes, que apesar de conduzirem suas ações com temas específicos, muitas vezes representando componentes das Escolas Promotoras de Saúde (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1996, 1995; SILVA, 2000), constituíam-se como aliados em que o compromisso de promover a saúde e a melhoria da qualidade de vida sobrepujava a tendência de fragmentar a ação restrita a temas. Alguns exemplos podem ser citados, como o Instituto de Nutrição Annes Dias, no campo da Nutrição e Alimentação Saudável. O Fórum 21 da cidade atua na criação de seus comitês regionais em interface com as escolas na construção de ambientes saudáveis. O Programa de Saúde do Adolescente, na proposta de ação protagonista com investimentos em linguagem teatral e em outras técnicas metodológicas, age na formação de agentes jovens e de adolescentes multiplicadores, no acesso a métodos contraceptivos e na discussão de questões relacionadas à sexualidade, como gravidez na adolescência, doenças sexualmente transmissíveis e aids, ou no plano das doenças crônicas não-transmissíveis.

A proposta de criação de ambientes livres de tabaco e prevenção ao uso de álcool e outras drogas, como, por exemplo, o Movimento Agita Rio, com incentivo à prática de atividades físicas, e o Programa de Saúde Bucal, nas ações de escovação de dentes como prática de promoção da saúde na escola, se consolidaram com significativa capilaridade das ações pela rede de escolas como um todo. Nesses projetos, a Secretaria Municipal de Educação também atuou na formação de núcleos de adolescentes multiplicadores nas escolas, gerenciados pelo Projeto de Orientação Sexual e ao Uso Indevido de Drogas.

Dessa forma, a atuação articulada de vários setores e programas de saúde, não restrita ao Programa de Saúde Escolar, colaborou para que inúmeras iniciativas que envolvem diferentes profissionais e instâncias da Secretaria Municipal de Saúde e da Secretaria Municipal de Educação fossem dirigidas a subgrupos e/ou à totalidade da comunidade escolar, compreendendo, hoje, ações incorporadas ao currículo e à prática pedagógica da escola. Isso foi decisivo para a universalização de algumas atividades para a rede de escolas como um todo, não estando, portanto, restrito apenas às escolas trabalhadas no projeto piloto, o que, em nossa análise, colabora para o processo que amplia a perspectiva de um projeto de criação de Escolas Promotoras de Saúde para uma real iniciativa.

É importante ressaltar que, para os avanços no processo, o apoio político da prefeitura da cidade e a integração com universidades, organizações não-governamentais e outros segmentos da sociedade civil foram, também, fundamentais para se almejar, a partir dessa iniciativa, um salto mais efetivo que colocasse a promoção da saúde na escola na agenda política da cidade.

A promoção da saúde como política: um desafio

O desafio está posto no sentido de aproximar os desejos explícitos no discurso institucionalizado de técnicos e gestores às ações de saúde na escola, de forma operacional e efetiva. Traduzido pela expectativa de se ter a promoção da saúde instituída como uma prática política, garante-se aos sujeitos possibilidades de desvendarem suas realidades, necessidades e problemas, instrumentalizando-os e subsidiando seus propósitos para que protagonizem, efetivamente, processos de transformação e controle social das suas condições de saúde e qualidade de vida.

Esses anos permitiram aos gestores e a um grupo de militantes dessa causa identificar várias questões desafiantes no processo de consolidação de uma política de promoção da saúde na escola no Município do Rio de Janeiro.

São questões que exigem reações estratégicas, que, de fato, priorizam: independência e autonomia da escola no que se refere às condições de saúde e de vida, de respeito e de valorização da iniciativa local, da construção coletiva das ações e dos programas de saúde e dos processos pedagógicos. Essas questões dão apoio, encaminhamento e atendimento às demandas, identificadas como prioritárias pela comunidade escolar, garantem a porta de entrada da comunidade escolar aos serviços de saúde e investem na reorientação dos serviços de saúde, voltados para a promoção da saúde. No geral, questões que permitam disponibilizar, regularmente, recursos necessários ao desenvolvimento e à manutenção das atividades que possam, fundamentalmente, estimular o envolvimento de todos os atores no processo e no controle da melhoria de suas condições de saúde e de vida no exercício de empoderamento[8] da comunidade escolar.

Contudo, antes que tais questões se estabeleçam apenas como entraves, é possível repensar estratégias previstas para fortalecer os pilares de promoção da saúde. Com a redefinição de posturas e atitudes na gestão da cidade, tanto do ponto de vista técnico quanto político, pode-se conferir melhor rumo às mudanças necessárias para institucionalização de uma iniciativa e inseri-la na agenda

[8] Exercício do poder local e próprio dos indivíduos e da comunidade no controle de suas condições de saúde e qualidade de vida.

política municipal, quando estiverem comprometidas com a valorização do homem enquanto cidadão, com direito à voz e à efetiva participação nos processos de formulação política da agenda da cidade.

O processo de avaliação do projeto apontava para a necessidade de fortalecer o desenvolvimento de ações locais sustentáveis com a perspectiva de se definir uma escola como promotora de saúde, a partir da autonomia da escola, por meio de ações participativas na prática cotidiana da comunidade. Desse modo, foi implementada outra ação que se julgou tática; realizar oficinas de trabalho para professores, identificados anteriormente como atores-chave, para favorecer conhecimento em planejamento, elaboração e execução de projetos.

Mediante parceria com o Centro de Promoção da Saúde (Cedaps) e ONGs do Rio de Janeiro, esses atores-chave, que posteriormente foram incluídos como profissionais de saúde, participaram de programa de instrumentalização técnica, com metodologia de construção compartilhada de soluções em saúde (PSBH[9]) (CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 2002). Ao utilizar essa metodologia, esses profissionais elaboravam projetos a partir de suas demandas prioritárias identificadas na escola, coordenavam e os desenvolviam nos seus locais de trabalho. Em todas as etapas, contavam com apoio, acompanhamento e supervisão da gerência do Programa de Saúde Escolar, durante o período letivo subseqüente.

Em três anos de execução (2002 a 2004), envolveram-se 109 professores e 22 profissionais de saúde com 131 projetos, com estimativa média de 80% de finalização. Os projetos conduziram diferentes temas, componentes da Escola Promotora de Saúde, nos quais se observou predominância do tema de construção da paz para prevenção da violência, marcando a dimensão do desafio da questão da violência no espaço urbano e comunitário da cidade. Também sensibilizaram atores para a importância de decisões e ações locais e da inserção da promoção da saúde no projeto político-pedagógico das escolas, decisões essas que, se assumidas pelas escolas, aproximar-se-iam da condição de Escolas Promotoras de Saúde. No entanto, ainda surgiam ou se dimensionavam novos desafios, reclamavam-se por investimentos que contribuíssem para estimular, mais efetivamente, a participação dos atores locais no exercício do poder comunitário local.

Com isso, no final de 2004, optou-se por descentralizar as propostas de treinamento, possibilitando a realização de oficinas, subsidiadas pelo gestor central, mas organizadas e executadas pelos atores regionais e locais nas diferentes áreas programáticas de saúde da cidade, planos com os quais se espera, no ano de 2005, ampliar a participação local nesse processo de institucionalizar a promoção da saúde na escola.

Outra frente de ação que parece contribuir para enfrentar o desafio de se ter abertura da rede de saúde à comunidade escolar foi a da iniciativa municipal de Escolas Promotoras de Saúde criar, em 2003, dois núcleos de saúde escolar na Zona Oeste da cidade, que, em 2004, foram expandidos para cinco (também em áreas de baixo índice de desenvolvimento humano).

Esses núcleos visam estimular a articulação gerencial regional do setor Saúde (Coordenação da área de Saúde) com o da Educação (Coordenadoria Regional de Educação) e em âmbito local (escolas, unidades básicas de saúde e equipes da Estratégia de Saúde da Família), o que pressupõe a descentralização das ações e do gerenciamento do processo e que pretende reforçar referências da unidade de saúde com as comunidades escolares.

[9] Do inglês *Problem Solving for a Better Health.*

Eles são constituídos por equipes multidisciplinares, como oftalmologistas, fonoaudiólogos, psicólogos, enfermeiros, agentes comunitários de saúde, de acordo com a disponibilidade e interesse de cada área. Diferente do financiamento do projeto piloto, subsidiado pela saúde bucal, esses núcleos são financiados pela saúde ocular. Tanto um quanto o outro representam propostas que dão maior dimensão à aplicação dos recursos, sem deixá-los restritos à assistência, mas possibilitando novas posturas, atendimento às demandas específicas da escola no campo dessas especialidades, mas investindo para que novos atores se incorporem às atividades na ótica da promoção da saúde, favorecendo assim a relação dos serviços de saúde com a comunidade.

Os núcleos de saúde escolar têm sede em unidade de saúde, são baseados nos princípios do Sistema Único de Saúde e, portanto, não estão desvinculados de outras estratégias de saúde desenvolvidas nessas áreas. Ao contrário, apresentam-se como interface delas, tais como a Estratégia Saúde da Família, proposta de reorganização da atenção básica da saúde, em expansão nessas regiões da cidade; o Programa de Saúde Bucal, que a partir do projeto piloto de Escolas Promotoras de Saúde se estabeleceu com ações no espaço da escola por meio do Projeto Dentescola; o Programa de Saúde do Adolescente, que investe na melhoria do acesso dos adolescentes, principalmente os alunos da rede pública municipal de educação, aos serviços de saúde; e o Fórum de Saúde Mental, que organizava a atenção a essa demanda nessas regiões.

Os atores envolvidos com esses núcleos construíram e desenvolveram muitas atividades, oficinas, materiais educativos, redimensionaram a atenção à saúde na comunidade escolar com demandas que ainda não haviam sido atendidas, como a de saúde mental, fonoaudiologia, saúde ocular e auditiva. Entretanto, o sucesso na implantação inicial desses núcleos se consolidou na oportunidade de condução e desenvolvimento do processo, a partir da integração regional em âmbito macrofuncional, que agrega parceiros da comunidade, associações, organizações não-governamentais e as esferas políticas locais, incluindo a Subprefeitura da Zona Oeste.

Com esse processo, pode-se, ainda, observar nos grupos locais envolvidos o interesse no debate sobre como caracterizar uma escola como sendo Promotora de Saúde. Provavelmente, estimulados pela continuidade do processo, expectativas de resultados positivos e necessidade de aumentar a cobertura das ações para outras escolas da região e/ou, sobretudo, por desejo de que se institucionalize a iniciativa como política.

Conclusões

Investir na promoção da saúde na escola no Município do Rio de Janeiro tem permitido ressignificar, com as especificidades históricas e socioculturais da cidade, a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde na sua pluralidade. Nesse sentido, pressupõe-se a Escola Promotora de Saúde como o compromisso e a capacidade que a escola, a comunidade e os serviços de saúde têm de estabelecer parcerias e otimizar recursos locais para possibilitar, por meio da participação ativa de todos os atores envolvidos, uma aliança entre setores e instituições que dê prioridade à ação integradora e articulada para o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades para a vida, opções por atitudes saudáveis e construção de ambientes mais favoráveis à saúde.

Criam-se expectativas e se mantém o desafio de que com a reorganização dos conceitos de Escola Promotora de Saúde, por instâncias locais e regionais, essa iniciativa como política de saúde possa contribuir para a construção de uma escola-cidadã, que se configure como um espaço de permanente interlocução com as demandas da sociedade, possibilitando uma reflexão crítica e um processo de desenvolvimento e aprendizagem capazes de formar o homem pleno em seus direitos e

deveres, solidário com o outro, com a natureza e o meio ambiente. Serão necessárias estratégias bem estabelecidas, eficazes e eficientes para garantia de direitos universais a todo cidadão para uma vida digna e saudável. Condição que deverá ser subsidiada por políticas públicas saudáveis, capazes de rediscutir situações propostas e, principalmente, de reverter condições e fatores desfavoráveis, como as desigualdades sociais e econômicas. Estas dificultam níveis de saúde e de educação condizentes com os direitos de cidadania, situação de pobreza e vulnerabilidade social que propiciam a exclusão e as diferentes formas e dimensões pelas quais se expressa a violência, que interfere, seriamente, nos laços sociais estabelecidos entre os sujeitos e sua coletividade.

Porém, mais do que estratégia é preciso advogar pela promoção da saúde e buscar evidências de que ela pode efetivamente contribuir para reverter esse quadro desfavorável, a partir do momento em que estiver relacionada às políticas sociais, econômicas e de desenvolvimento, não sendo função exclusiva da área de Saúde.

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

Pode-se imaginar que a escola represente o equipamento social que protagoniza a ação de mudança desse quadro desfavorável, o que não significa, contudo, esperar que a escola sozinha possa reverter essa situação. Ainda que ela seja um espaço privilegiado, pólo de conhecimento e instância que irradia ações de promoção da saúde, é preciso considerar a articulação e a integração da ação transformadora com diferentes parceiros da área social, para atingir progressos efetivos e evidências da melhoria da qualidade de vida da população.

É preciso recomeçar, revisar, reavaliar e compartilhar planos e ações para que se estabeleça uma rede de atores comprometidos com mais justiça social e econômica, solidariedade e eqüidade, portanto, comprometidos com a promoção da saúde e a melhoria da qualidade de vida da comunidade, do bairro, da cidade, para que uma Rede Municipal de Escolas Promotoras de Saúde possa contribuir, efetivamente, para a construção de um Rio de Janeiro mais saudável.

Colaboradora:

Solange Oliveira Rodrigues Valle – mestra em Imunologia pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Professora do Curso de Imunologia Clínica da UFRJ. Integrante da Gerência de Saúde Escolar da Secretaria Municipal de Saúde.

Referências bibliográficas

BOLETÍN de la Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de la Salud. México: Ministerio de Salud de México, v. 1, n. 1, enero/jun., 1999.

BRASIL. Lei n.º 8.080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e

dá outras providências. *Diário Oficial da União,* Brasília, 20 set. 1990. Disponível em: <http://www.saude.gov.br/legislacao>.

CARTA de Ottawa: I Conferência sobre Promoção da Saúde. Ottawa: [s.n.], 1986.

CENTRO DE PROMOÇÃO DA SAÚDE. Problem solving for better health (PSBH): programa internacional desenvolvido pela Dreyfus Health Foundation. *Boletim Interação,* [S.l.], v. 17, nov. 2002.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE, 8., 1986, Brasília. *Anais*... Brasília: Ministério da Saúde, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2000*. Rio de Janeiro, 2000. Disponível em: <http://www.ibge.gov.br/censo>.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. *Fortalecimiento de la iniciativa regional escuelas promotoras de la salud: estrategias y líneas de acción 2003-2012*. Washington, DC: Organização Pan-Americana da Saúde, 2003. (Serie Promoción de la Salud, n. 4)

MENDES, S. R. *Relatórios periódicos:* Programa de Saúde Escolar Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro 2000/2002. Rio de Janeiro, 2002. Mimeografado.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE. ESCOLAS Promotoras de Saúde. Washington, DC: OPAS, 1998. 1 videocassete.

ORGANIZACÍON PANAMERICANA DE LA SALUD. *Escuelas promotoras de salud:* modelo y guía para la acción. Washington, DC, 1996. HSP/ILOS-36.

ORGANIZACÍON PANAMERICANA DE LA SALUD. *La participación social en el desarrollo de la salud:* experiencias latinoamericanas. Washington, DC, 1995. Sistemas Locales de Salud. HSP/SILOS 35: desarrollo y fortalecimiento de los sistemas locales de salud.

_____. *Promoción y educación de la salud escolar:* una perspectiva integral: marco conceptual y operativo. Washington: División de Promoción y Protección de la Salud, 1995.

PEDROSA, J. I. S. Perspectivas na avaliação em promoção da saúde: uma abordagem institucional. *Ciência e Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, jul./set. 2004.

REDE DE EDUCAÇÃO POPULAR EM SAÚDE. Contribuições da educação popular para a promoção da saúde. *Nós da Rede:* boletim da Rede de Educação Popular em Saúde, v. 3, n. 5, 2003.

RIO DE JANEIRO. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Lei n. 8.080, de 19 de setembro de 1990. Legislação Atual sobre Saúde. Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde. Rio de Janeiro, 1990.

RUGANI, I. R. C. et al. II Pesquisa de saúde e nutrição em escolares. *Boletim Instituto de Nutrição Annes Dias,* Rio de Janeiro, n. 2, mar. 2000.

SILVA, C. S. A escola promotora de saúde na agenda política do município do Rio de Janeiro. *Saúde em Foco:* promoção da saúde, Rio de Janeiro, n. 23, jul. 2002.

_____. *Escola promotora de saúde:* promoção da saúde na escola. 2. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2000.

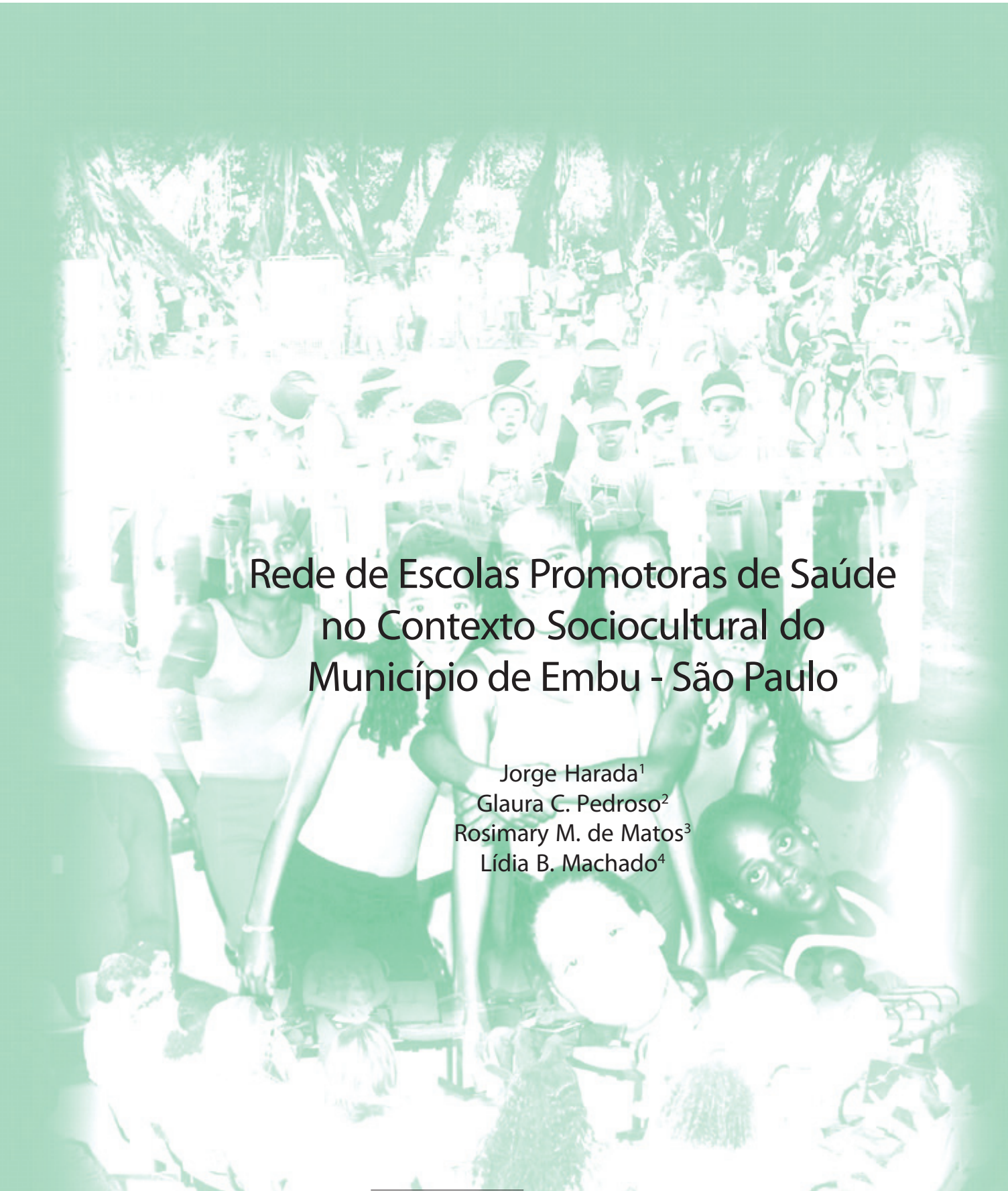
_____. (Org). *Saúde escolar numa perspectiva crítica*. 3. ed. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 1999.

SILVA, C. S. R.; CARLOS, A. S.; SOARES, M. C. Nessa escola eu fico*:* uma experiência de promoção da saúde. *Revista Promoção da Saúde,* [S.l.], v. 1, n. 2, nov./dez. 1999.

SILVA, C. S.; MENDES, S. R. *Solta a voz:* saúde e risco em escolares. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2002.

UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION. *The dakar framework for action:* world education forum. Paris, 2000.

WESTPHAL, M. F. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis*:* um compromisso com a qualidade de vida. In: ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE SAÚDE COLETIVA (Abrasco). *Ciência e Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 5, n. 1, 2000.



Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Contexto Sociocultural do Município de Embu - São Paulo

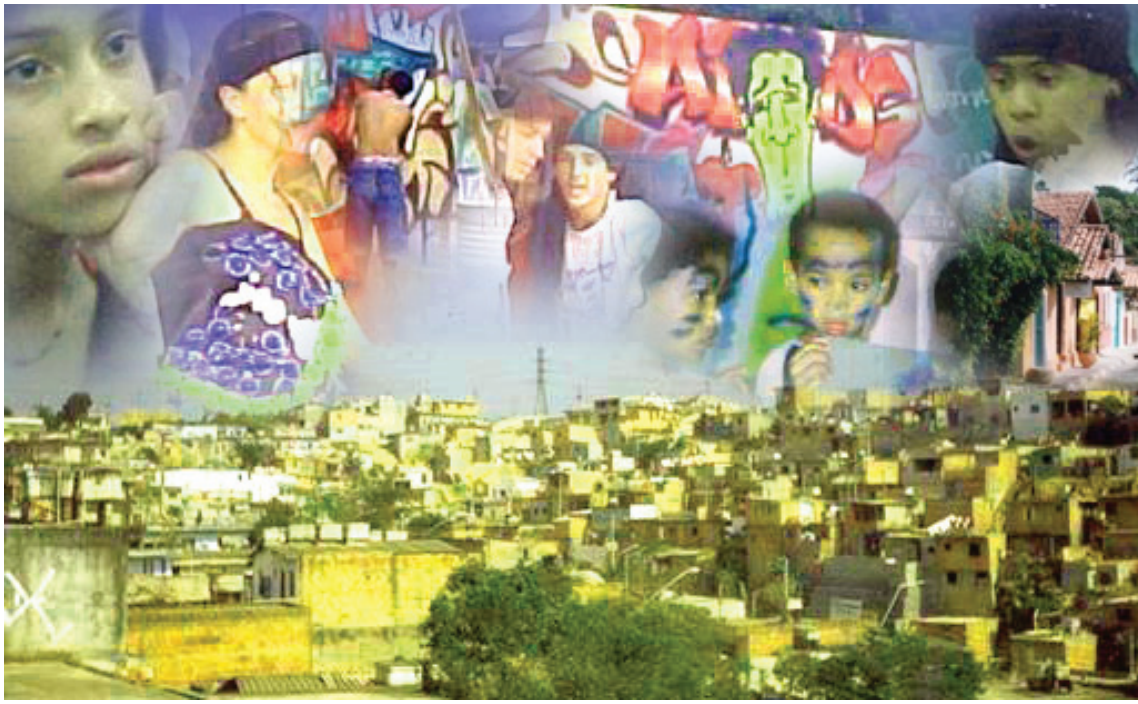
Jorge Harada[1]
Glaura C. Pedroso[2]
Rosimary M. de Matos[3]
Lídia B. Machado[4]

[1] Mestre em Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo, Secretário Municipal de Saúde de Embu.

[2] Mestra em Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo, coordenadora do Programa Escola Promotora de Saúde. *E-mail*: glaura@pediatria.epm.br.

[3] Secretária Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer de Embu.

[4] Coordenadora da Equipe Pedagógica da Secretaria Municipal de Educação, Cultura, Esporte e Lazer de Embu.



Introdução

Embu é um município da Região Metropolitana de São Paulo com 232.165 habitantes (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2004). É conhecido por seu centro histórico e suas atividades voltadas para as artes plásticas e o artesanato. Contudo, a maior parte da população trabalha no Município de São Paulo e vive em casas de pequenas dimensões, construídas pelos proprietários, com grande número de loteamentos clandestinos e favelas. Mais de 95% dos domicílios dispõem de água tratada, 96,6% têm coleta pública de lixo e 43,5% têm rede de esgoto. A taxa de mortalidade infantil, em 2003, foi de 16,44 por mil nascidos vivos, predominando o componente neonatal.

Nesse mesmo ano, observou-se uma alta taxa de mortalidade por homicídios, 70,91 por 100 mil habitantes, como conseqüência da violência e da exclusão social que atinge essa população, da qual os menores de 20 anos representam cerca de 40% (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2004; UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2003). Várias iniciativas governamentais e não-governamentais vêm buscando transformar a realidade social do município, e o objetivo deste trabalho é apresentar a experiência inicial de construção de uma Rede de Escolas Promotoras de Saúde no contexto do Município de Embu, descrevendo as atividades desenvolvidas, resultados esperados e desafios encontrados.

A rede de saúde

A rede municipal de saúde era formada, até 2003, por nove Unidades Básicas de Saúde (UBS), dois prontos-socorros, um Centro de Atenção Psicossocial (Caps), um centro de referência para atenção ao adolescente e um centro de atenção à saúde do trabalhador. Em 2004, foram implantados dois Centros de Atenção à Saúde da Família (CASFs) e uma maternidade municipal. O financiamento se faz com repasses do Sistema Único de Saúde (SUS) e com recursos próprios do município.

Em abril de 1999, foi inaugurado o Hospital Pirajussara, que é referência para os municípios de Embu e Taboão da Serra. Quanto à referência terciária, é feita principalmente para o Hospital São Paulo e o Hospital das Clínicas. O município conta, ainda, com a parceria, firmada por meio de convênio, da Universidade Federal de São Paulo (Unifesp), que mantém, desde 1970, um Programa de Integração Docente Assistencial (Pida-Embu). Além da atenção interdisciplinar à saúde, a Unifesp

participa do debate de idéias e propostas realizado pelos atores envolvidos no processo de construção do SUS: a população, os técnicos da Secretaria Municipal de Saúde, os professores e profissionais da Universidade e o Poder Público Municipal (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2003). Essa participação ocorre por intermédio do Conselho Municipal de Saúde e dos conselhos gestores, bem como das várias comissões e coordenações da Secretaria Municipal de Saúde que tratam da saúde da criança e do adolescente.

A intersetorialidade nas ações de saúde se intensificou bastante a partir de 2002, tendo sido facilitada pela existência de uma administração municipal mais democrática e preocupada em discutir e resolver os problemas da população.

A rede de educação

As escolas públicas atendem 63.333 alunos (cerca de 98% dos estudantes matriculados no ensino fundamental e médio) (FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS, 2004). A rede municipal possui 46 unidades (creches, escolas municipais de educação infantil até a 4ª série do ensino fundamental e classes para a educação de jovens e adultos). A rede estadual possui 40 escolas de ensino fundamental e médio, com classes para portadores de deficiência auditiva em duas unidades. A supervisão das escolas estaduais é de responsabilidade da Diretoria de Ensino de Taboão da Serra.

O município conta, ainda, com 23 entidades conveniadas com a prefeitura (creches, orfanatos e outras associações de assistência à criança), que também são incluídas nas ações de promoção da saúde na escola na perspectiva da iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde. O Movimento de Alfabetização de Adultos (Mova) é desenvolvido pela Secretaria Municipal de Educação em parceria com a sociedade civil.

O investimento em educação tem sido considerável e abrange não apenas a ampliação das instalações e da oferta de vagas, mas também diversos projetos e convênios, buscando oferecer uma educação inclusiva e de qualidade. Merece destaque o Projeto Letras e Livros, desenvolvido originalmente na Escola de Aplicação da Universidade de São Paulo (USP) e pioneiramente aplicado na rede pública de ensino pelo Município de Embu, que acompanha alunos com dificuldades de leitura e escrita, oferecendo atenção individualizada e contribuindo para o aprendizado e a melhoria da auto-estima dessas crianças.

A Secretaria Municipal de Educação desenvolve, ainda, dois projetos: o *Projeto Embu na Onda do Mar*, com o objetivo de envolver todos os alunos na investigação científica, em uma proposta de educação ambiental que contribui para a melhoria da qualidade de vida dos moradores do município, dadas a mobilização e reflexão que se propõem mediante a necessidade de preservação do meio ambiente; e o *Projeto Aventure-se no Conhecimento*, que busca estudar o município a partir da escola e seu entorno, envolvendo alunos e educadores em um trabalho de pesquisa-ação.

A educação continuada dos profissionais dessa secretaria é garantida por meio de diversas atividades, com destaque para a realização anual do seminário de educação, que promove o debate sobre questões teóricas, práticas e políticas e favorece a troca de experiências pedagógicas.

São definidas como diretrizes da educação em Embu: a democracia de acesso e condições para permanência do aluno na escola; a democracia da gestão; a valorização do profissional em

educação e, sobretudo, a qualidade social da educação (PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE EMBU, 2004).

Escola Promotora de Saúde

O Programa de Saúde Escolar do município foi idealizado a partir de 1984 e, desde 1987, está sob a coordenação da Secretaria Municipal de Saúde e integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS). A Unifesp participa da coordenação do programa e de suas ações em duas unidades básicas de saúde.

Em 2002, após discussão com a Secretaria Municipal de Educação e aprovação pelo conjunto dos conselhos de escola, foi implantado 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. (UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO, 2003; SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA, 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.

O Programa Escola Promotora de Saúde tem como objetivo geral promover ações de promoção, proteção e recuperação da saúde das crianças em faixa etária escolar, por meio de ações intersetoriais, interdisciplinares e com participação da comunidade (PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE EMBU, 2002), e, como objetivos específicos: identificar situações e grupos de risco para posterior intervenção; detectar crianças portadoras de doenças crônicas para a realização de acompanhamento e tratamento adequados; implementar o sistema de referência e contra-referência entre as escolas e os serviços de saúde da região; atualizar a regionalização das escolas com as unidades de saúde, de acordo com a proximidade e facilidade de acesso da população; construir o sistema de vigilância em saúde nas escolas; desenvolver ações de educação para a saúde com a comunidade escolar; estimular e promover a participação comunitária, integradamente com profissionais da saúde e educação, na problematização e resolução de questões relacionadas à saúde, à cidadania e à qualidade de vida (PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE EMBU, 2002).

O Programa de Escolas Promotoras de Saúde foi aprovado pelo Conselho Municipal de Saúde e está incluída no Plano Municipal de Saúde. O sistema de referência e contra-referência entre as escolas e as unidades de saúde foi reorganizado, com a distribuição regionalizada das 108 unidades escolares para as nove unidades básicas de saúde, então existentes no município. Cabe a essas unidades de referência atuar junto às creches e escolas de sua área de abrangência, para atenção à saúde, vigilância e educação em saúde.

Por meio de algumas diretrizes, as secretarias de Educação e de Saúde fazem propostas para estimular o debate em toda a rede escolar e de saúde e organizar um plano geral de ação. Ao mesmo tempo, propostas oriundas do nível local (escolas, unidades de saúde e, em menor grau, das

organizações da comunidade) se desenvolvem nas diferentes regiões e áreas e podem ser ampliadas ou multiplicadas para o município.

As ações de educação em saúde buscam a articulação intersetorial e dão ênfase a três eixos temáticos principais: educação ambiental e prevenção da dengue; sexualidade, gravidez na adolescência e prevenção de DST/aids; e promoção da paz e prevenção de acidentes e violência. Isso não impede o desenvolvimento de outras ações voltadas para temas e demandas específicas, como ações educativas diversas, imunizações e ações de vigilância em saúde.

O planejamento e a avaliação das atividades do programa ocorrem por meio de reuniões periódicas entre as equipes das Secretarias Municipais de Saúde e de Educação, incluindo, também, a Diretoria de Ensino de Taboão da Serra, que é responsável pelas escolas estaduais.

A participação da comunidade se faz presente, até o momento, principalmente por representação nos conselhos de escolas, conselhos gestores das unidades de saúde e Conselho Municipal de Saúde.

O Programa de Escolas Promotoras de Saúde nesse município considera e apóia as ações já consolidadas anteriormente nas escolas e creches, como o Programa de Saúde Bucal (municipal, iniciado em 1982) e o Programa Embu Enxergando Melhor (da Unifesp – curso de Tecnologia Oftálmica), ambos incluindo atividades de promoção, prevenção e recuperação da saúde.

A atenção à saúde: garantindo o acesso ao sistema de referência e contra-referência

As escolas municipais, estaduais e conveniadas dispõem de ficha para encaminhamento do aluno às unidades de saúde de referência. Feito o atendimento, essa ficha retorna à escola com breve relatório (desde que autorizado pelos responsáveis) e orientações pertinentes. O encaminhamento dessas fichas, em nível central, subsidia registros que constituem um banco de dados próprio.

Em 2003, a Secretaria Municipal de Saúde, por meio desse fluxo de encaminhamento do atendimento e das fichas, catalogou 449 fichas de referência e contra-referência, enviadas por 24 unidades escolares, principalmente de creches e educação infantil. Esses achados apontam a necessidade de melhorar a comunicação e de fortalecer a referência entre as unidades escolares e as de saúde. Uma das tentativas tem sido a realização de reuniões com as equipes de profissionais da Educação e da Saúde, incentivando a comunicação entre elas (inclusive por carta e telefone), além de estimular o contato mais direto entre a direção das escolas e a gerência das unidades de saúde.

Atenção interdisciplinar à criança com dificuldades escolares

O atendimento a crianças com dificuldades escolares conta com equipe interdisciplinar da Unifesp, com o objetivo de investigar o diagnóstico e orientar o acompanhamento dessas crianças e de suas famílias. Os objetivos são: colaborar com a escola na resolução desses problemas; aprofundar o estudo sobre a problemática das dificuldades escolares, mediante uma abordagem que compreenda a criança em seu contexto (familiar, histórico, social); desenvolver um trabalho integrado entre os setores da Saúde e da Educação; instrumentalizar teórica e tecnicamente residentes em Pediatria e outros profissionais da Unifesp e da rede básica de saúde de Embu; orientar os professores e os pais

em questões relacionadas ao desenvolvimento da criança; e promover a integração entre a escola, o serviço de saúde, a família e a comunidade.

Dessa forma, esse serviço ambulatorial procura congregar todos os setores envolvidos (escola, família, serviço de saúde, sociedade) e identificar possibilidades para a promoção do sucesso escolar em cada situação, retirando do foco a idéia de fracasso escolar e evitando a responsabilização da criança pelo problema.

A equipe do ambulatório procura participar de eventos para discutir o tema e manter contato com as escolas, para promover a inclusão e estimular o processo de aprendizado nas crianças atendidas. Essa ação se estende para outros grupos de alunos e professores, que participam de programas de capacitação técnica de profissionais de educação e de saúde, e também são estimulados a optar por soluções conjuntas que evitem a "medicalização" ou "psicologização" do problema e, desse modo, tendem a promover o sucesso escolar e contribuir com a construção da cidadania de todos os membros da comunidade escolar.

Saúde bucal

Além do trabalho nas unidades de saúde, a atenção à saúde bucal é realizada por razões operacionais, por meio de clínicas modulares transportáveis que são instaladas nas escolas e que funcionam como referência para suas regiões, mudando de escola quando termina o trabalho a ser realizado no local. Também são executados procedimentos coletivos (ações educativas, aplicações de flúor, atividades de escovação supervisionada e triagem do risco de cárie). Esse programa existe desde 1982 e é considerado um modelo no País. Na população atendida, o índice CPO-D (número médio de dentes cariados, perdidos e obturados por escolar examinado) aos 12 anos é de 1,48, comparável aos menores do País (BRASIL, 2002). A meta traçada pela Organização Mundial da Saúde e pela Federação Dentária Internacional para o ano 2000 foi de CPO-D menor ou igual a 3. Para 2010, a meta preconizada é de um índice menor ou igual a 1 (SOARES, 2002).

Educação em saúde: uma proposta integral

Construção de ambientes saudáveis – prevenção da dengue

Entre as atividades para controle da dengue, prioriza-se o trabalho educativo para a mobilização da comunidade na construção de ambientes favoráveis à saúde e à preservação ambiental, usando a situação epidemiológica como oportunidade para se discutir a água, a proteção aos mananciais e o manejo do lixo, e destacar a importância das questões ambientais na qualidade de vida das pessoas. Duas estratégias se destacaram:

• **Meu Gibi contra a Dengue** – produção de material didático na forma de gibis para uso interativo do aluno (voltado para alunos até a 4ª série do ensino fundamental). Vale ressaltar que as crianças foram estimuladas a oferecer seu próprio gibi como presente aos pais, possibilitando assim a ampliação das informações às suas famílias.

• **Jornal da Dengue** – material confeccionado pelos alunos das escolas estaduais, com textos elaborados por eles mesmos, e distribuído a partir da 5ª série do ensino fundamental. Nessa situação, também, foi reforçada a perspectiva de trabalho de protagonismo, em que os adolescentes elaboravam

os textos de forma participativa, identificando problemas ambientais do bairro e propondo soluções. Espera-se o aprofundamento da parceria já estabelecida com a Secretaria do Meio Ambiente, de modo a privilegiar um debate mais amplo sobre o manejo ambiental e a qualidade de vida.

Sexualidade e prevenção

Tendo em vista a desinformação de uma parcela importante da população e a necessidade de sensibilizar o público adolescente para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e aids, envolvendo questões como vulnerabilidade, preconceito e solidariedade, gravidez na adolescência, entre outras, foi desenvolvido o *Projeto Hip-Hop contra a Aids*. Fruto de parceria com uma organização não-governamental (Casa de Cultura Santa Tereza), promoveu o protagonismo juvenil por meio do movimento *hip-hop*, com a formação de agentes multiplicadores entre os adolescentes interessados.

A formação e a criação desse grupo no primeiro semestre de 2003 possibilitaram, já no segundo semestre, que ele percorresse as escolas estaduais, divulgando informação e sensibilizando novos alunos a partir da 5ª série do ensino fundamental. Essa ação envolveu cerca de 35.976 alunos de 36 escolas. Um questionário aplicado antes e depois das atividades (pré e pós-teste) evidenciou a necessidade de se aprofundar a discussão desses temas com os adolescentes, mas mostrou o impacto do projeto ao se observar a redução das respostas que refletiam preconceitos.

Em 2004, foi adotada estratégia semelhante, usando o referencial da arte e cultura popular, com a formação de multiplicadores em parceria com o Teatro Popular Solano Trindade. Ao mesmo tempo, foram realizadas oficinas com professores das escolas envolvidas, abordando a educação em sexualidade humana, que estimulou a reflexão dos educadores sobre o ensino de sexualidade e sobre a influência de sua própria formação e práticas na escola.

Ainda em 2004, esse processo foi estendido para professores de 1ª a 4ª séries, estando prevista sua continuidade em 2005, associada à distribuição de material educativo – um fascículo destinado a crianças e adolescentes.

Promoção da paz: prevenção de acidentes e da violência

A realização, em 2003, do fórum "Violência e Exclusão: um desafio social", organizado pelo Programa de Saúde Mental, da Secretaria Municipal de Saúde, que contou com expressiva participação dos educadores do município, do conselho tutelar e de outras organizações governamentais e não-governamentais, contribuiu para a discussão da promoção da paz como um dos componentes da Escola Promotora de Saúde, além de chamar a atenção para a necessidade de se multiplicarem as iniciativas intersetoriais de inclusão social e de incentivo ao protagonismo juvenil.

Dada a importância das causas externas para a mortalidade de crianças e adolescentes e a relativa escassez de dados de morbidade que possam nortear as ações de prevenção, foi conduzido um trabalho de pesquisa que identificou os principais tipos de acidentes e formas de violência nas escolas do município. Com isso, espera-se melhor direcionamento das intervenções necessárias, como possibilitar a capacitação de profissionais de educação e de saúde; e a elaboração de material

educativo e a concessão de subsídios para a criação de comissões internas de prevenção de acidentes e violência nas escolas.

Outras ações

O Programa "Embu Enxergando Melhor" envolve preceptores e alunos do Curso de Tecnologia Oftálmica da Unifesp, dirigido às creches, e realiza treinamento de professores da rede pública para detecção e encaminhamento precoce de problemas visuais, além de orientações para o estímulo ao desenvolvimento visual (para professores e pais).

Um projeto do Departamento de Fonoaudiologia da Unifesp teve início em 2004 e está voltado para a saúde da comunicação. Esse projeto realiza triagem auditiva e atividades de estímulo ao desenvolvimento da linguagem, com capacitação para os educadores de uma creche municipal. Após avaliação, esse projeto poderá se estender para o município.

Em 2003, as unidades de saúde conduziram atividades de vacinação em algumas creches, e, para 2004, foi realizada campanha ao longo de todo o ano, com vacina tríplice viral, dupla tipo adulto e contra hepatite B, com o objetivo de ampliar a cobertura vacinal nas crianças e nos adolescentes em idade escolar, incluindo as adolescentes e mulheres em idade fértil.

A coordenação do programa tem participado das discussões intersetoriais sobre políticas públicas para pessoas portadoras de deficiência e se articulado com outros fóruns de discussão com participação da comunidade, como o orçamento participativo e o Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável. Também têm ocorrido ações conjuntas envolvendo as secretarias do Meio Ambiente e da Cidadania.

Registram-se ações realizadas em escolas, a partir das necessidades e demandas locais, que priorizaram discussões, oficinas e outras atividades educativas. As unidades básicas de saúde de Santo Eduardo e Santa Emília fortalecem o relacionamento e a referência com as escolas de sua área, também por meio da equipe da Unifesp, que atua em projetos voltados para a formação em sexualidade e para a prevenção de acidentes.

Estão em desenvolvimento as políticas específicas para o público da Educação de Jovens e Adultos (EJA) e Alfabetização de Adultos (Mova); a Cartilha de Saúde da Criança, dirigida a professores da rede pública; e um fórum sobre promoção da paz.

Avaliação e resultados esperados

Estão sendo estudados indicadores de avaliação, que serão analisados com os indicadores de outros programas da Secretaria Municipal de Saúde, buscando avaliar o aumento da cobertura vacinal na população escolar, a melhora na qualidade da atenção à saúde do escolar e do adolescente, a melhora do nível de informação sobre os temas abordados nas ações educativas, e uma maior aproximação das equipes das unidades de saúde e das escolas.

Em médio e longo prazos, são esperados a redução da morbimortalidade por acidentes e violência nas escolas e seu entorno, a redução dos índices de doenças sexualmente transmissíveis e aids, o aprofundamento da discussão sobre sexualidade e gravidez na adolescência, e a participação

cada vez mais ativa da comunidade, em especial de crianças e adolescentes, nas discussões, no planejamento, na execução e na avaliação das políticas municipais, em especial as do setor Saúde.

Considerações finais

As ações e políticas intersetoriais são práticas recentes no País e, ainda, enfrentam obstáculos culturais e institucionais. A adesão às propostas e sua assimilação não ocorre de forma homogênea em todos os locais, já que as equipes dos diferentes serviços têm formas diversas de compreender o processo.

A integração entre unidades escolares e de saúde precisa ser aperfeiçoada no nível local. Apesar disso, observa-se o fortalecimento dos vínculos entre os setores envolvidos, que deve se acentuar em 2005.

A consolidação da Escola Promotora de Saúde como iniciativa catalisadora de mudanças sociais e ambientais deve ocorrer, necessariamente, a partir da interface com outras políticas públicas do município, buscando a transversalidade e a superação das dificuldades relacionadas ao trabalho interdisciplinar e intersetorial (diferentes demandas, linguagens, ritmos de trabalho, culturas institucionais).

O sucesso das iniciativas propostas ou em andamento depende do enfrentamento de vários desafios, tais como manter os trabalhos ante a escassez de recursos do orçamento municipal; superar a alta rotatividade dos profissionais da educação e da saúde; manter o investimento nos equipamentos públicos, a fim de atender às necessidades e às demandas da população; ampliar e reorganizar o sistema local de saúde, melhorando o acesso e a qualidade dos serviços, e desenvolvendo ações de promoção da saúde, de acordo com o estabelecido no plano municipal de saúde.

É preciso, ainda, implementar a educação permanente para os profissionais dos vários setores envolvidos, promovendo a compreensão do contexto social, das práticas de saúde coletiva e da promoção da saúde, bem como a formação e difusão de uma cultura de promoção da saúde, no cotidiano dos serviços e das próprias comunidades.

A necessidade da atuação interdisciplinar e intersetorial no contexto do Sistema Único de Saúde também exige que se mantenha o diálogo (já em andamento) com as instituições formadoras, para discutir e transformar o processo e os paradigmas da formação dos profissionais de saúde, além de elaborar formas de avaliação que dêem conta da amplitude e complexidade das ações de promoção da saúde, dentro e fora do espaço escolar.

O trabalho na ótica de Escola Promotora de Saúde favorece a difusão de outras formas de se pensar a saúde escolar e as políticas públicas municipais, propicia a articulação intersetorial, estratégica para a promoção da saúde, e estimula a possibilidade de se construir, conjuntamente, ambientes mais saudáveis nas escolas e em seu entorno. Dessa forma, também se torna possível divulgar, na comunidade e entre os gestores municipais, as propostas de municípios e cidades saudáveis.

O programa de Escola Promotora de Saúde no Município de Embu não é um projeto com duração definida, mas uma política pública de longo prazo. Trata-se de um avanço como política transversal e intersetorial, mas, para sua consolidação e efetividade, é fundamental a articulação

com outras ações intersetoriais (orçamento participativo, Programa de Desenvolvimento Local Integrado e Sustentável) e o maior envolvimento da comunidade.

A maioria das práticas participativas do município, tanto no governo como na sociedade civil, é de início recente, por isso, faz-se necessário fortalecer os mecanismos de participação popular, promovendo a autonomia e o fortalecimento (empoderamento) das comunidades e valorizando o protagonismo de crianças e adolescentes. A promoção da saúde exige um trabalho em rede, contínuo e articulado a políticas que visem à promoção da cidadania e à construção de uma sociedade mais justa.

Colaboradores:

João Lisanti Neto – Coordenador de Informação, Educação e Comunicação da Secretaria Municipal de Saúde de Embu

José Bernardo Camblor Nava – Dirigente de Ensino – Diretoria de Ensino de Taboão da Serra

Áurea Miquelina Fructuozo – Assistente Técnico-Pedagógica da Diretoria de Ensino de Taboão da Serra)

Referências bibliográficas

BRASIL. Ministério da Saúde. Rede Interagencial de Informações para a Saúde. In: _____. *Indicadores e dados básicos 2002 Brasil*: IDB, 2002. Disponível em: <http://www.tabnet.datasus.gov.br/cgi/idb2002/d12.htm>. Acesso em: 25 mar. 2004.

FUNDAÇÃO SISTEMA ESTADUAL DE ANÁLISE DE DADOS. *Informações dos municípios paulistas*. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.seade.gov.br>. Acesso em: 13 dez. 2004.

PREFEITURA DA ESTÂNCIA TURÍSTICA DE EMBU. *Home page da Secretaria Municipal de Educação*. São Paulo, 2004. Disponível em: <http://www.embu.sp.gov.br/educacao/educacao.htm>. Acesso em: 18 mar. 2004.

_____. Secretaria Municipal de Saúde. Secretaria Municipal de Educação. *Escola promotora de saúde*. São Paulo, 2002. Mimeografado.

SOARES, M. C. et al. *Condições de saúde bucal no Estado de São Paulo em 2002:* síntese dos principais resultados. [São Paulo: s.n.], 2002. Disponível em: <http://www.apcd.org.br/Biblioteca/Jornal/2003/01/saude_bucal.asp>. Acesso em: 25 mar. 2004.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Saúde Escolar. *Cadernos escolas promotoras de saúde*. [S.l., 2004?]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>. Acesso em: 10 mar. 2004.

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SÃO PAULO. *Programa de integração docente-assistencial do Embu:* relatório de atividades. São Paulo: Unifesp, 2003. Mimeografado.

Da saúde escolar para a formação de uma Rede de Escolas Promotoras de Saúde no Estado do Tocantins

Regiane Rezende[1]

[1] Cirurgiã-dentista e sanitarista, coordenadora da Atenção Básica e gerente da Estratégia Escolas Promotoras de Saúde da Secretaria da Saúde do Governo do Estado de Tocantins. *E-mail*: saúde.escolar@saude.to.gov.br/ regianerezende@saude.to.gov.br. Telefone: (63) 3218-1771 Fax: 3218-1789 / 9206-2116.

Introdução

O conceito ampliado de saúde e a produção da saúde requerem novas posturas e compreensão dos diversos fatores que contribuem para a melhoria da qualidade de vida. Nesse sentido, saúde e educação conformam pilares para este desenvolvimento conceitual.

A importância da integração entre saúde e educação para a melhoria da qualidade de vida e para a construção do capital humano e social é enfatizada nos diversos documentos, cartas e declarações mundiais, regionais e nacionais, provenientes dos dois setores, sendo esta articulação considerada também como um requisito para o alcance dos objetivos de desenvolvimento para o milênio e das metas propostas nas declarações: "*Saúde Para Todos e Educação para Todos*" e considerando também suas respectivas revisões.

De acordo com a fundamentação do Sistema Único de Saúde, os serviços de saúde devem funcionar também como promotores da saúde individual e coletiva, reduzindo a dependência da população e ampliando a capacidade de autocuidado e autonomia das pessoas, da sociedade e da escola.

A produção social e cultural se dá no coletivo, porém as mudanças de atitude e comportamento acontecem no plano individual e é nessa interação que o processo educativo se constrói. A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996) propõe a inclusão e o desenvolvimento dos temas transversais, nos Parâmetros Curriculares Nacionais, contemplando fatores determinantes da saúde. Essa flexibilidade curricular pode facilitar ações integradas entre os setores de Saúde e de Educação.

Porém, de acordo com Ippolito-Shepherd (2002):

> *muitas escolas têm sofrido a deterioração contínua de sua capacidade educativa como resultado dos efeitos negativos do meio; uma grande proporção de escolares vive em ambientes nocivos à saúde, em situações de exclusão social e estão cotidianamente sujeitos a desenvolverem práticas e condutas de risco para a sua saúde e ameaçados pelas morbidades sociais.*

Segundo Cerqueira *apud* Ippolito-Shepherd (2002), a população escolar, de 5 a 18 anos, se enferma menos que outros grupos etários apresentando as menores taxas de morbidade e mortalidade, porém, esta estatística não revela adequadamente a real situação de saúde e vulnerabilidade aos fatores de risco a que está exposta esta população. Considera, ainda, que a promoção da saúde escolar é uma prioridade intersetorial complexa por várias razões, contudo, a maioria das atividades educativas tem enfocado mais a prevenção e o controle de enfermidades que a formação de estilos de vida saudável e o desenvolvimento psicossocial e a saúde mental.

Para Ippolito-Shepherd (2003), a educação para a saúde, que tem feito parte dos programas de saúde nas escolas, caracteriza-se fundamentalmente pela transmissão didática de informação com temas isolados e geralmente relacionados com enfermidades específicas e com aspectos físicos da saúde.

Por outro lado, os serviços de saúde têm se voltado historicamente em atender a evidências do ponto de vista biológico, em especial, baseado no estudo das causas e índices de mortalidade e morbidade, que, por serem menores nessa faixa etária, não têm conseguido justificar e motivar projetos, programas e investimentos, perdendo-se a oportunidade de participar na formação de hábitos e no desenvolvimento de habilidades para a vida, efetuando ações de promoção da saúde, como complemento às ações assistenciais individuais e coletivas, desenvolvidas pela saúde no ambiente escolar ou fora dele.

Referindo-se às tentativas de integração entres as duas áreas, ainda segundo Ippolito-Shepherd (2003), na maioria dos casos a escola tem sido um lugar para aplicar medidas de controle e prevenção de enfermidades, e os professores com freqüência se queixam que o setor Saúde usa a escola e abusa do tempo disponível com ações isoladas que poderiam ser mais proveitosas com um programa integral.

Apesar das evidencias e conquistas nos últimos dez anos, incluindo as propostas da iniciativa regional de Escolas Promotoras de Saúde e da criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde (CHILE, 2002), o desenvolvimento de uma estratégia, que contemple a intersetorialidade na busca da superação dos problemas apresentados em nosso País, ainda esbarra-se em fatores de ordem política e prática, encontrando-se as experiências desenvolvidas, apesar de surpreendentes, incipientes no sentido de elaboração de uma política nacional intersetorial para a saúde escolar.

As dificuldades para a conformação de normas, atribuições, formas de financiamento, estrutura organizacional e fluxo que possibilite o desenvolvimento integrado entre os setores de Saúde e de Educação nas instâncias estadual, municipal e local, de forma contextualizada e adaptada à realidade, são desafios para enfrentar a tendência de se restringir às ações de saúde na escola aos projetos pontuais, preventivistas e prescritivos, que buscam responder às demandas emergenciais priorizadas por situações de epidemia, não-cumprimento de metas pactuadas pelo setor Saúde ou simplesmente aos calendários da saúde e educação.

Em relação à articulação, entre saúde e educação no âmbito escolar, o Estado do Tocantins assume também uma tendência histórica de articular ações de educação em saúde, com base em datas comemorativas e campanhas, aspecto que incentiva ações pontuais, descontextualizadas e com acentuado aspecto normativo, prescritivo e de fundamentação acentuadamente biológica, influenciando o olhar segmentado de um setor em relação ao outro, além de não contribuir para parceria mais efetiva e comprometer a promoção da saúde na escola ou a prática mais integral de educação em saúde, no espaço escolar.

A escola é um espaço formal onde se dá o processo educativo, mas também é um espaço institucional, social e político, permeado pela cultura. A consideração desses aspectos torna-se importante para o suporte e sustentabilidade de programas e estratégias voltados para a promoção e educação para a saúde. Dentro desse contexto, destacamos a interdependência da gestão, a formação e o processo de ensino e aprendizagem para efetivação da intersetorialidade e a influência dos referenciais teórico-metodológicos adotados para esse processo, em relação aos resultados e ao impacto esperado.

A Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde desenvolvida no Estado do Tocantins considera essas dimensões como complementares e indissociáveis para a sustentabilidade de uma política de desenvolvimento integral. Dessa forma, gestão, formação e processo de ensino e aprendizagem compõem os eixos estruturantes da estratégia. O presente artigo pretende mostrar a forma como se estrutura, organiza e desenvolve a Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde, em Tocantins, no sentido de superar as dificuldades apresentadas e contribuir para a elaboração intersetorial de uma política de atenção integral à saúde escolar que priorize a promoção da saúde. Gestão, formação e processo de ensino e aprendizagem como eixos estruturantes: referencial teórico-metodológico no contexto das Escolas Promotoras de Saúde do Estado do Tocantins

A Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde de Tocantins tem entre seus desafios ampliar a capacidade de advocacia por uma política intersetorial de promoção da saúde e fazer com que, conforme Campos (2000):

a gestão e o planejamento assumam, também, como tarefa, a construção de habilidades para a promoção de consensos e alianças e implementar projetos, ampliando a capacidade de análise e de intervenção dos sujeitos e grupos.

No âmbito da gestão, partilhamos da reflexão feita por Rivera (2003), com relação à necessidade de flexibilização e do entendimento da gestão como intersubjetividade discursiva e processo de desenvolvimento de aprendizagem, solidariedade e redes criativas, no sentido da construção de uma *"organização aberta, evolutiva, também flexível, com finalidade explícita e responsabilizante para todos"* (BARTOLLI, 1992 apud RIVERA, 2003).

Outra razão também apontada por Rivera (2003) é a incapacidade de representação da diversidade, especialmente a proveniente do nível local, dos modelos de planejamento global de que o setor Saúde se apropria.

Identificamos na proposta de Campos (2000) para realizar a co-gestão de coletivos, ao qual denomina-se Método da Roda, a democratização das instituições e a construção coletiva de objetivos e objetos de investimento comuns, a alternativa para o desenvolvimento de sentimentos de pertinência e pertencimento, trabalhando a subjetividade de forma que possa subsidiar a gestão estratégica proposta por (MATUS apud CAMPOS 2000), que enfatiza a autonomia das unidades de produção e a necessidade de colegiados de gestão que democratizem a tomada de decisão e o desenvolvimento da capacidade de raciocínio estratégico.

Para Chiavenato e Matos (1999), *"nada adianta ter estratégia sem ter visão estratégica, que por sua vez não existe sem pensamento estratégico"* para tanto requer a criação de espaços, situações e cenários que proporcionem uma reflexão contínua sobre a realidade, o que demanda aprendizagem significativa e contextualizada.

Senge (2001), entende a organização como uma sociedade em um processo permanente de aprendizagem, demandando uma forma de gerir que supõe o exercício de uma liderança comunicativa

de apoio sistemático à capacidade coletiva de aprendizagem. O autor considera que se perdermos a capacidade de conversar uns com os outros, perderemos a capacidade de governar nós mesmos, só mudando nossa forma de pensar é que podemos modificar políticas e práticas enraizadas (SENGE, 2001). Dessa forma, na visão estratégica, a mudança das formas e dos padrões de interação encontra-se condicionada ao estabelecimento de visões e compreensões compartilhadas e ações coordenadas.

Nesse sentido, Senge (2001) deixa implícito que a representação cultural apresenta-se como altamente desafiadora para uma aprendizagem que pretenda a alteração dos modelos mentais, pelos quais interagimos, reconhecendo que os mesmos encontram-se profundamente enraizados na história de vida e na noção que temos de quem somos. O que exige, ao se confrontar crenças e pressupostos consagrados, é uma ação coletiva. A aprendizagem só poderá ocorrer dentro de uma comunidade de aprendizes.

Observa-se, ainda, a corrente da programação situacional, da corrente de vigilância em saúde no que concerne à operacionalização dos conceitos do planejamento estratégico situacional no território, considerando-o também como território econômico, político, ideológico, cultural e epidemiológico.

O campo da gestão envolve pelo menos duas dimensões, uma mais estrutural, técnico-administrativa ou *hard,* e outra subjetiva, mais funcional ou *soft*, compreendida como cultura organizacional (SERRA; HERMIDA apud ROVERE, 1994).

Ao desafio de articulação dessas dimensões entre si, acrescenta-se a perspectiva da intersetorialidade, ou seja, uma gestão que possa catalisar a integração dessas dimensões também entre os setores Saúde e Educação, considerando suas estruturas organizacionais e seus atores.

Desse modo, a gestão das Escolas Promotoras de Saúde em Tocantins tem como intuito desenvolver visão, pensamento e ação estratégica na construção de cenários e coletivos aprendizes, tendo a cultura como recurso e definição desafiadora permanente (THÉVENET apud RIVERA, 2003), visando ao desenvolvimento de habilidades, também para a gestão intersetorial e interinstitucional. Nesse sentido, a formação dos atores/sujeitos para esses desafios assume um papel preponderante.

A Organização Pan-Americana da Saúde (ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD, 1991) reconheceu como mecanismo, para fazer a educação dos trabalhadores em saúde, um processo permanente que adota o trabalho como eixo referencial do processo educativo, sendo este fonte de conhecimento e objeto de transformação, que privilegia a participação coletiva e multidisciplinar e que favorece a construção dinâmica de novo conhecimento, por meio da investigação, o manejo analítico da informação e o intercâmbio de saberes e experiências.

A educação permanente constitui-se em um processo de transformação das relações entre os sujeitos, os saberes, as metodologias e as práticas, pautado na necessidade e na percepção dos atores envolvidos, resgatando ou ressaltando o poder decisório e a capacidade de construção do coletivo.

Nesse aspecto, a educação permanente vem convergir com os objetivos da gestão e do ensino e aprendizagem, reconhecendo de forma global o processo de trabalho também como fonte de conhecimento e objeto de transformação, no sentido de rever técnicas, métodos, caminhos, atitudes, posturas, pensamentos e sentimentos, considerando que o serviço, o trabalho, a atenção, a educação e a qualidade têm como finalidade e razão de ser contribuir para satisfazer as necessidades individuais e coletivas da população.

Assim sendo, a educação permanente estará fortalecendo a fundamentação teórica, transformando em conhecimento público, pleiteando novas propostas, articulando-as com a prática concreta na criação de novas condições de gerenciamento e estratégias que propiciem a continuidade e permanência do processo de inovação do conhecimento com criatividade e reflexão crítica, demarcando novas situações sociais e exigências no âmbito da cultura local.

Configura-se, nesse contexto, a necessidade de adoção de um modelo para o processo de ensino e aprendizagem que seja emancipador e comprometido com o empoderamento e desenvolvimento da autonomia dos atores, esses aspectos são centrais também para a promoção da saúde e do desenvolvimento social e humano. Para tanto, adotamos como referência a linha sociointeracionista e a pedagogia da problematização, na perspectiva da educação popular.

A estratégia de Escolas Promotoras de Saúde de Tocantins reconhece que a gestão se torna catalisadora e substrata, facilitando e sendo facilitada pelo processo de formação e pelas estratégias pedagógicas, em um ciclo de reciprocidade.

Caracterização do estado

Com área territorial de 278.420,700 km e população de 1.207.014 habitantes (INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA, 2003) e 139 municípios, o Estado do Tocantins tem como sede de governo a capital Palmas. A criação do Estado do Tocantins concretizou-se com a promulgação da Constituição de 1988, sendo parte, até então, do Estado de Goiás. O isolamento e abandono que caracterizava a situação do norte de Goiás e a possibilidade de novas frentes de trabalho para a construção de um novo estado influenciaram o processo de desenvolvimento em muitos aspectos.

O estado ocupa 3,3% do território brasileiro e 7,2% da Região Norte. A densidade populacional média do estado é de 4,35 habitantes por km^2, com valores extremos nas regiões centrais (72,62 habitantes por km^2) e leste (0,18 habitante por km^2). Em 2003, 74,32% da população total habitavam áreas urbanas, e a razão de sexo era de 104,6 homens para 100 mulheres.

A taxa geométrica anual de crescimento da população tocantinense é de 2,49% (projeções baseadas no período de 1991 a 2000). Dos municípios de Tocantins, em 2003, 59% (82 municípios) possuíam populações inferiores a 5.000 habitantes, 33,8% (47 municípios) entre 5.000 e 20.000 habitantes e somente 7,2% (dez municípios) apresentavam população acima de 20.000 habitantes, desses, apenas dois municípios apresentavam população superior a 100 mil habitantes (Palmas e Araguaína).

A descentralização da saúde enfrenta problemas de diversas ordens, entre os quais destacamos, de forma especial, a gestão e operacionalização do sistema de saúde, pela falta e rotatividade de profissionais, tornando-se ainda mais delicada se for observado o perfil para a saúde pública e para a promoção e educação em saúde.

O abastecimento de água por rede pública supria 71,32% da população, enquanto 28,68% eram abastecidos pelos poços, nascentes e outros, sendo que, desse percentual, 78,91% tratavam a água por filtração, fervura e/ou cloração no domicílio. Cerca de 21,09% não tinham nenhum tipo de tratamento de água, e a destinação dos resíduos sólidos domiciliares se distribuía da seguinte forma: 65,53% por coleta pública, 17,25% eram queimados ou enterrados e 17,22% depositados, ainda, a céu aberto, de acordo com o Sistema de Informação da Atenção Básica (BRASIL, 2003).

O sistema de informação referido acima mostrou que as habitações do estado estavam distribuídas da seguinte forma: 83,69% eram construídas com tijolos, 8% eram feitas de taipa, revestida ou não, 5,12% de madeira e 3,27% de material aproveitado e outros, sendo que, nesses domicílios, em relação ao destino dos dejetos, somente 5,92% apresentavam sistema de esgotamento sanitário público, 72,75% possuíam fossa séptica rudimentar e 21,33% da destinação era feita a céu aberto.

A BR 153, Rodovia Belém-Brasília, corta todo o estado no sentido norte-sul, sendo importante para o desenvolvimento e a integração interna e externa, contudo contribui para o aumento da prostituição e de todas as suas conseqüências, principalmente nos municípios que estão localizados às margens da rodovia.

Entre os principais agravos à saúde, são registrados, atualmente, dengue, leishmaniose visceral, hepatites virais, DST/aids, hanseníase, tuberculose e diarréia.

O estado apresentou índice de 54,8% de gravidez na adolescência, segundo Siab, 2003, e 25,1% das mulheres da zona urbana, com idade entre 10 e 19 anos, tiveram a primeira relação sexual antes dos 16 anos, segundo a Pesquisa Materno-Infantil do Tocantins (TOCANTINS, 2003).

Na educação, a rede pública de ensino estava atendendo mais de 435.428 alunos, em 2.183 estabelecimentos de ensino da educação infantil até o ensino médio, incluindo zona urbana e rural. Destes, 645 estabelecimentos ofereciam a primeira fase do ensino fundamental na zona urbana para cerca de 158.545 crianças (BRASIL, 2004). O Siab 2003 (BRASIL, 2004), mostrou que 87,59% da população na faixa etária de 7 a 14 anos estavam na escola e que a taxa de analfabetismo na população de 15 anos ou mais era de 13,56%.

Estas são algumas das características que vêm determinando e condicionando o processo de saúde e doença e de adoecimento e cura da população tocantinense ao longo da história de consolidação e construção do Estado do Tocantins.

Escolas Promotoras de Saúde: a estratégia do Tocantins

A estratégia de Escolas Promotoras de Saúde, desenvolvida no Estado do Tocantins, por meio da parceria entre Saúde e Educação, procura dar respostas a questões sobre como promover a integração entre essas duas áreas e tem como alguns de seus desafios ampliar a capacidade de advocacia por uma política de promoção da saúde com base em evidências.

Implantada em âmbito estadual, em março de 2002, é desenvolvida em Palmas, capital desde 1999. As modificações ocorridas no Projeto Saúde Escolar, do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Escola/Ministério da Educação (FNDE/MEC), levaram à reflexão e, conseqüentemente, à reorganização do trabalho desenvolvido.

A revisão do modelo organizacional e operacional, a partir dos princípios e da lógica do Sistema Único de Saúde (SUS), das bases conceituais da promoção da saúde (BRASIL, 1996) e da iniciativa regional de Escolas Promotoras de Saúde da Organização Pan-americana da Saúde (IPPOLITO-SHEPHERD, 2002), adotando como eixos estruturantes a gestão, a formação e o processo de ensino e aprendizagem, tem contribuído para que os setores Saúde e Educação construam objetivos e objetos de investimento comuns e tem possibilitado a inclusão das escolas na rede de cuidados progressivos com a saúde, contribuindo para a consolidação do SUS.

A estratégia tem como objetivo geral contribuir para a elaboração intersetorial de uma política integral de atenção à saúde escolar que priorize a promoção da saúde e, dessa forma, promover a integração entre os serviços de saúde e a escola, bem como entre os setores Saúde e Educação; o redimensionamento e a reorientação das ações de promoção e educação em saúde, bem como das ações preventivas, buscando desenvolver competências e habilidades para a vida de forma contextualizada; a participação da comunidade escolar para a melhoria da qualidade de vida; e a identificação, prevenção e redução de problemas e riscos para a saúde na escola e na comunidade, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia local.

A necessidade de mudanças no modelo de atenção à saúde é imperativa, porém, dificilmente acontecerão sem que haja também mudanças no modelo de gestão e no processo de trabalho, promovendo também o aumento do grau de responsabilidade.

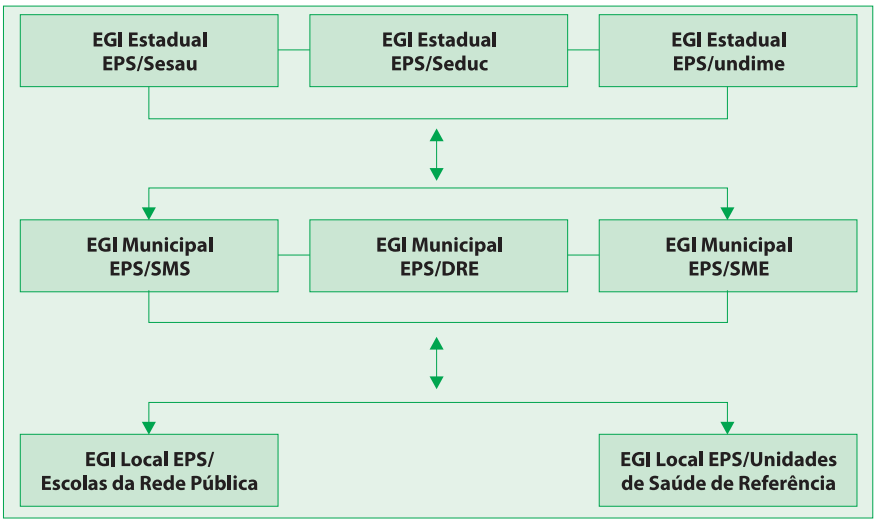
Transformar a gestão do trabalho em saúde implica, ainda, mudanças nas relações, nos processos, nas próprias ações de saúde e, principalmente, nas pessoas. Tais transformações envolvem questões técnicas e políticas que demandam ações articuladas internas e externas ao setor.

A proposta de co-gestão da estratégia de Escolas Promotoras de Saúde do Tocantins surgiu a partir da reflexão sobre a influência do modelo de gestão no processo de trabalho e na constituição de sujeitos, subjetividade, compromisso e co-responsabilidade. Foi proposto, então, um método de gestão que busca promover a descentralização e o desenvolvimento da autonomia local, estimulando o envolvimento e provocando a percepção sobre a necessidade de transformação, e contribuir para a construção de objetivos e de um objeto de investimento comum.

A co-gestão da estratégia propõe uma descentralização que permite horizontalizar o processo de gestão e produzir espaços coletivos por meio dos quais as equipes passem a integrar o processo, modificando-o, o que contribui para a consolidação de compromissos e co-responsabilidade na produção e promoção da saúde.

A estratégia é então gerenciada nos níveis estadual, municipal e local por meio das Equipes de Gerenciamento Integrado (EGI), formando um sistema de co-gestão entre saúde e educação (organograma). O objetivo geral que se pretende alcançar com a formação da EGI é efetivar a intersetorialidade tendo como catalisador a gestão da estratégia.

Organograma: Gerenciamento Integrado da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde do Tocantins – Sistema de Co-Gestão



Notas:
EGI – Equipe de Gerenciamento Integrado
EPS – Escolas Promotoras de Saúde
Seduc – Secretaria Estadual de Educação e Cultura
Undime – União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação
SMS – Secretaria Municipal de Saúde
DRE – Diretoria Regional de Ensino
SME – Secretaria Municipal de Educação

Cada escola da rede pública conta com o Agente Escolar de Saúde (AES) e o trabalho articulado com as equipes das unidades de saúde cadastradas como referência (USR) permite que o escolar seja assistido em seus principais âmbitos de convivência: escola, família e comunidade. Essa articulação tornou viável a implantação do sistema de referência e contra-referência entre a escola e a USR, pelas visitas domiciliares dos agentes comunitários de saúde, realizadas por solicitação do Agente Escolar de Saúde, a partir das observações feitas, também, pelos professores. A razão entre referência e contra-referência constitui um importante indicador de integração entre os serviços de saúde e a escola.

Um dos desafios da intersetorialidade é provocar a inquietação em relação à resistência a mudanças e, com isso, evitar a acomodação das pessoas e a paralisação dos processos. A intersetorialidade possibilita releituras da realidade a partir de um novo olhar, de um outro setor, e essa troca pode provocar reflexões e suscitar mudanças em ambos os setores. No bojo desse processo, o AES, como um ator que transita entre a educação e a saúde, torna-se um mediador, que pode sensibilizar pessoas, estimular a reflexão e favorecer uma revisão sobre os conceitos, os objetivos e as práticas adotadas em relação à promoção da saúde escolar.

As ações desenvolvidas pelos AES, mais diretamente com as crianças, respondem a três grupos: preventivas; educativas, em que as ações preventivas são precedidas de atividades educativas planejadas e realizadas com o professor; e ações emergenciais para as quais a capacitação dos AES leva informações importantes quanto à adoção de condutas e riscos em relação à utilização e administração de medicamentos na escola, contribuindo para a desmedicalização do ambiente escolar.

Cabe, também, a esses agentes coletar e analisar os dados do Sistema de Informação de Saúde Escolar (SIS Escola), da Secretaria de Estado da Saúde, e apresentá-los à comunidade escolar e às equipes de saúde, estimulando o planejamento estratégico, bem como realizar o monitoramento do sistema de informação e do plano de ação elaborado.

Os dados das pesquisas e dos registros realizados pelos AES compõem o Sistema de Informação de Saúde Escolar (SIS Escola) que, por ser de base municipal, oferece subsídios para estabelecer prioridades locais e tem como objetivos evidenciar necessidades relacionadas à saúde na comunidade escolar, auxiliar o monitoramento e avaliar resultados, possibilitando a adequação das ações implementadas, além do redimensionamento das práticas de promoção e educação em saúde no espaço da escola.

O SIS Escola traz informações, cadastradas anualmente, sobre as características e os principais problemas da área onde está localizada a escola[2]. Para tanto, são utilizadas as informações referentes à demografia, à estrutura, aos principais agravos e riscos para a saúde e alguns dados sobre as condições sociais da comunidade, registradas na Ficha A do Sistema de Informação da Atenção Básica (Siab) do Ministério da Saúde. As variáveis constantes nessa ficha são repassadas para a Ficha A, do SIS Escola, e, dessa forma, são disponibilizadas para a equipe escolar. Os dados registrados nessas fichas e as observações feitas, também pelas equipes da escola e da unidade de saúde, auxiliam a contextualização dos problemas apresentados no ambiente escolar, conforme apresentado no quadro 1.

Quadro 1. Cadastramento das unidades de saúde de referência das escolas, dados registrados na Ficha A do Sistema de Informação de Saúde Escolar

Variáveis - SIS Escola - Ficha A	Períodos	
	2002	2004
Número de unidades de saúde cadastradas	79	96
Número de escolas cadastradas	175	205
Grupo etário predominante (nos dez municípios)	Adultos jovens (de 29 a 39 anos)	Adultos jovens (de 29 a 39 anos)
Sexo predominante	Feminino	Feminino
Total de crianças de 7 a 14 anos cadastradas	81.629	89.194
% de crianças de 7 a 14 anos na escola	87,20	88,5

Outras informações de periodicidade anual compreendem dados sobre a organização da escola e alguns indicadores acompanhados pela educação, como evasão, abandono e distorção idade/série, são registrados na Ficha B (quadro 2), sendo, então, disponibilizados para as USR.

Quadro 2. Cadastramento das escolas, dados registrados na Ficha B do Sistema de Informação de Saúde Escolar

Variáveis – SIS Escola – Ficha B		Períodos	
		2002	2004
N. de alunos matriculados na 1ª fase do ensino fundamental		39.941	38.590
Distribuição de alunos por sexo:	Masculino	19.162	20.017
	Feminino	20.736	18.606
N. de salas de aula para a 1ª fase do ensino fundamental		1.261	1.225
N. de escolas cadastradas		175	205

O registro sobre a estrutura e as condições sanitárias das escolas é disponibilizado pela Ficha C (quadro 3). Os agentes também registram dados sobre a percepção das crianças, dos professores e da equipe administrativa em relação aos principais problemas das escolas; sobre a convivência das

[2] Ainda não foi possível a compatibilização das bases de dados entre os dois sistemas. As informações são transferidas de uma base para a outra pelos próprios AES, desde 2002.

crianças, no ambiente familiar, com pessoas que fumam ou ingerem bebida alcoólica; sobre grupos de alimentos mais adquiridos e consumidos nas merendas; e sobre a realização de atividade física no ambiente escolar.

Quadro 3. Percentual de escolas que apresentaram os problemas, relacionados e detectados pelo Sistema de Informação de Saúde Escolar, entre os anos de 2002 e 2004

Variáveis – SIS Escola		Períodos	
		2002 %	2004 %
Água	Utilização sem filtrar, para beber	24,6	11,0
	Utilização de bebedouros de forma inadequada	46,3	21,2
Número insuficiente de vasos sanitários		56,6	44,9
Não disponibilizam sabão para lavagem das mãos		73,1	82,2
Lixo: destino e depósito inadequados		53,7	22,2
Locais com risco para acidentes		53,7	45,0

Principais problemas da escola na percepção dos alunos, professores e equipe administrativa

A identificação dos principais problemas da escola, sob os diferentes olhares (alunos, professores e equipe administrativa), inicia-se com a reflexão sobre a motivação para a participação de ações que buscam respostas e soluções aos problemas que fazem parte da percepção pessoal, ou seja, que, de certa forma, essas pessoas sintam-se representadas e atendidas em suas necessidades e, em decorrência, sintam-se agraciadas com os benefícios que poderão ser alcançados, considerando, entretanto, que a percepção individual e coletiva são fortemente influenciadas pelas condições de vida, cultura, entre outras situações. Logo, percepções diferentes podem levar a expectativas e motivações diferentes. Os problemas citados pelos entrevistados são classificados em diversas categorias, como as que podem ser observadas nos gráficos a seguir.

Gráfico 1. Principais problemas das escolas, na percepção dos estudantes e percentual de escolas por problema informado – 2004

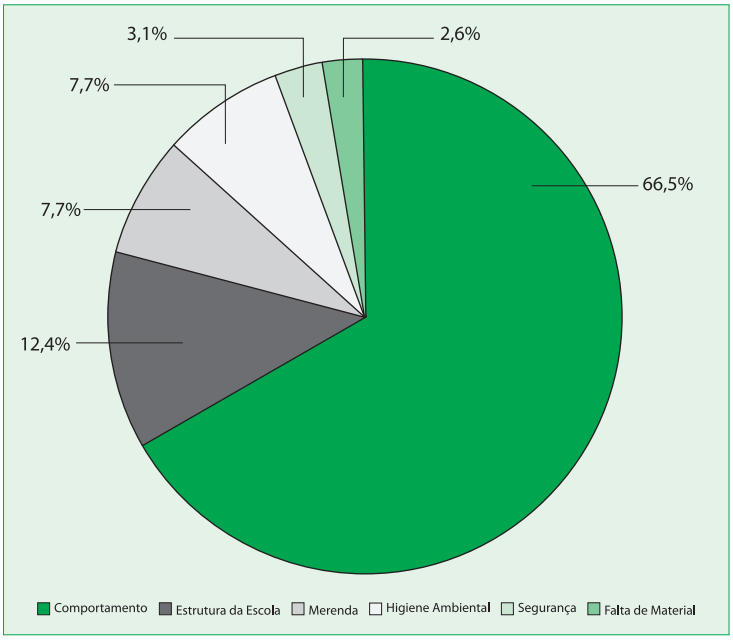


Gráfico 2. Principais problemas problema das escolas na percepção dos professores e percentual de escolas por problema informado - 2004

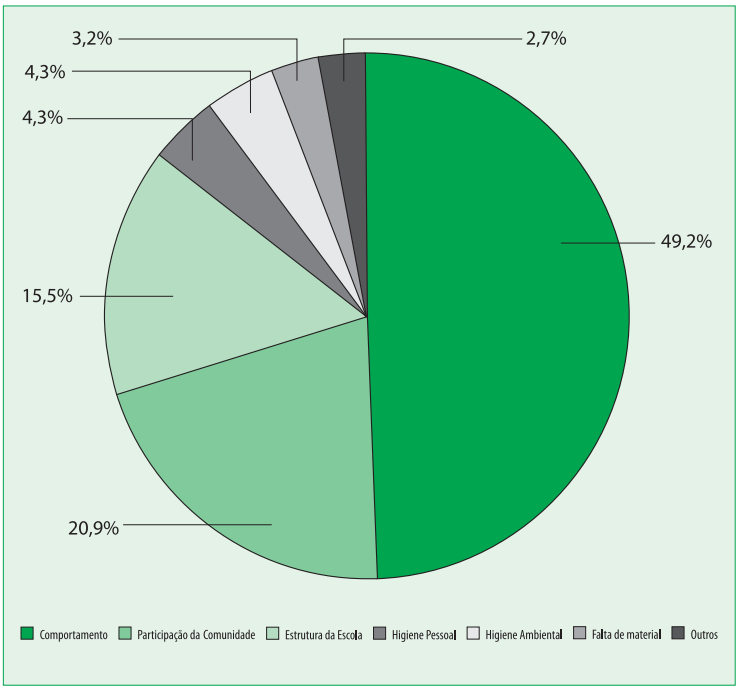
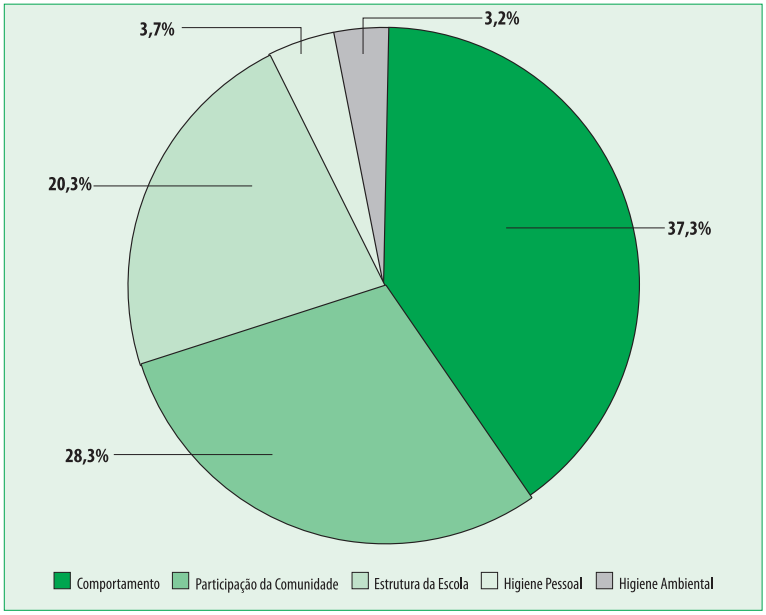


Gráfico 3. Principais problemas das escolas na percepção da equipe administrativa e percentual de escolas por problema informado – 2004



A percepção da categoria "Comportamento" como problema está vinculada à indisciplina e à falta de respeito com os colegas, tanto pelos alunos como pelos professores e equipes administrativas. A "Estrutura da escola", na percepção das crianças, está mais vinculada à falta de espaço para recreação e, na percepção dos professores e equipes administrativas, está relacionada às salas de aula. A "Higiene ambiental", para as crianças, está mais relacionada aos banheiros e, para os outros dois grupos, à limpeza da escola.

Pesquisa (entrevista) sobre a convivência domiciliar com pessoas que fumam ou ingerem bebida alcoólica

Quadro 4. Percentual de crianças que convivem, no domicílio, com pessoas que fumam ou fazem uso de bebida alcoólica

Variáveis – SIS Escola	Períodos	
	2002	2004
Convivência com pessoas que fumam	40,0%	45,9%
Convivência com pessoas que fazem uso de bebida alcoólica	40,7%	47,9%

Em 2002, os municípios que apresentaram maiores percentuais de crianças que convivem com pessoas que fumam e/ou fazem uso de bebida alcoólica foram: Guaraí com 51% e 51,9% e Porto Nacional com 45,6% e 50%. Em 2004, Tocantinópolis, que teve a estratégia implantada em 2003, apresentou os maiores percentuais sendo 64,3% e 77,7%, respectivamente, seguida por Guaraí e Porto Nacional. Araguaína, nos dois anos, foi o município que apresentou os menores percentuais.

Pesquisas mensais

Principais queixas e ocorrências registradas

As queixas e ocorrências relacionadas à saúde no ambiente escolar são registradas diariamente e consolidadas mensalmente, bem como as ações de educação em saúde realizadas. Pretende-se, dessa forma, fazer uma análise comparativa entre as demandas por ações educativas, captadas por meio da análise do SIS Escola, e as ações que são realizadas, buscando promover uma transformação na opção por temas e ações que atendam às necessidades locais, ou seja, realizar ações de educação em saúde com base em evidências, sejam estas epidemiológicas, sociais, culturais, psicológicas e/ou afetivas.

Os dados iniciais desencadeiam investigação e busca de informações que possam ser complementares na identificação das causas e, dessa forma, orientar as estratégias para o enfrentamento e a minimização dos problemas, promovendo o desenvolvimento do pensamento epidemiológico entre os atores envolvidos no processo. Logo, os resultados das pesquisas, das entrevistas e dos registros realizados auxiliam a escola e a unidade de saúde a traçarem estratégias mais acertadas para promoção e educação em saúde, com base em evidências e de acordo com as necessidades reais, economizando e otimizando recursos.

Das 13.244 queixas e ocorrências registradas em 2004, cerca de 33% foram relacionadas à cefaléia, 13,5% às lesões provocadas por acidentes e 13% a dor de barriga. Estas queixas foram registradas como principais nos dez municípios, porém, não necessariamente obedecendo a essa mesma ordem.

Guaraí, Gurupí, Paraíso, Porto Nacional e Tocantinópolis ainda apresentaram entre as principais queixas e ocorrências, durante alguns meses do ano, febre e odontalgia.

Quadro 5. Distribuição por sexo das principais queixas e ocorrências registradas – 2004

Quebras e ocorrências	Sexo		Total
	Masculino	Feminino	
Cefaléia	1.850	2.410	4.260
Cólica/dor de barriga	885	1.107	1.992
Lesões provocadas por acidentes	1.094	856	1.950

Integração dos serviços de saúde à escola

O número de visitas domiciliares realizadas mediante solicitação do Agente Escolar de Saúde correspondeu a cerca de 38% em setembro, 63,4% em novembro de 2002 e 85% em abril de 2003, mantendo-se entre 70% e 80% em 2004. Em um monitoramento realizado, foi possível perceber que a integração entre unidade de saúde e escola, não apenas em relação à referência e contra-referência, mas também em relação ao planejamento conjunto das ações, acontece melhor com as equipes de saúde que tiveram a oportunidade de participar da oficina de capacitação do módulo básico.

Entre as principais causas para solicitação de visita domiciliar, em 2004, estão: cefaléia, tontura, cólica e dor de barriga.

Ações educativas planejadas e realizadas com a participação do AES

Os principais temas abordados em 2002 foram higiene corporal, saúde bucal, alimentação, higiene ambiental e dengue. Além dos temas tratados em 2002, dois novos temas foram abordados em 2003, nutrição e lixo. Em 2004, foram discutidos os seguintes: higiene corporal, saúde bucal, tabagismo, higiene ambiental, dengue e alimentação.

Observando esses dados, percebe-se que a utilização do SIS Escola para o planejamento das ações educativas ainda não alcançou a inter-relação desejada, contudo, foi possível verificar uma reflexão sobre o enfoque prescritivo e normativo, que normalmente são assumidas nas ações de educação em saúde.

Para disponibilizar as informações e estimular a utilização das mesmas e a participação dos diversos atores no planejamento, possibilitando o acompanhamento, está sendo implantado o Boletim Informativo Esquemático, que deverá ter atualização mensal dos dados do SIS Escola e do desenvolvimento das ações priorizadas durante o planejamento e ser apresentado para a comunidade e afixado nas escolas e unidades de saúde.

O SIS Escola é acompanhado nos âmbitos estadual, municipal e local, observando a utilização dos dados sobre os problemas evidenciados na reorganização da escola e na reorientação das ações de educação em saúde.

A implantação do monitoramento e da avaliação da gestão, nos âmbitos municipal e local, auxilia as equipes de gerenciamento integrado a traçarem planos conforme as necessidades, observando fatores objetivos e subjetivos, comuns e divergentes que podem estar contribuindo ou dificultando a operacionalização da estratégia.

Implantação da estratégia de Escolas Promotoras de Saúde junto aos municípios

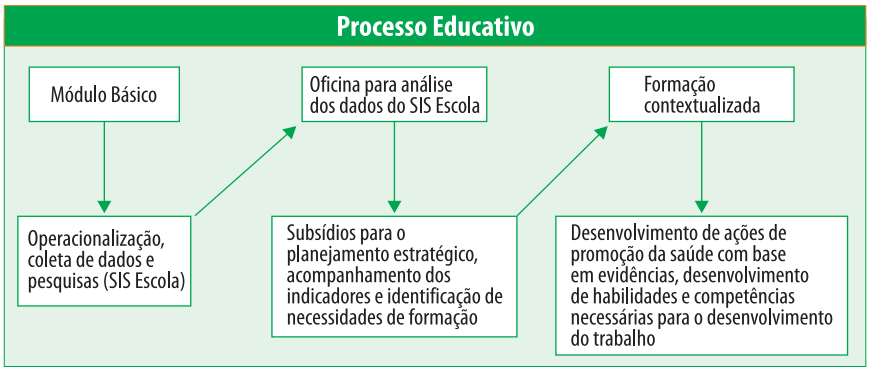
Buscando fortalecer a autonomia municipal e local para o desenvolvimento, gerência e operacionalização, a implantação da estratégia é realizada em cinco etapas com duração total de um ano, como apresentada, nos quadros 6 e 7, a seguir.

Quadro 6. Etapas para a implantação da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde.

1ª etapa – sensibilização dos gestores municipais, equipes de saúde, assinatura dos termos de compromisso e pactos de gestão e metas entre o estado e os municípios	A estratégia é financiada com recurso do tesouro estadual, a partir da celebração do pacto de gestão e metas entre o estado e os municípios, sendo repassado valores cuja base para o cálculo toma em consideração o número de escolas, alunos e agentes escolares de saúde, sendo o parâmetro 01 AES para até 250 alunos/turno. A adesão dos gestores da saúde e da educação e a celebração dos pactos de gestão e metas são feitas após reuniões para sensibilização e apresentação da estratégia.
2ª etapa – processo seletivo	O processo realizado por meio de uma prova objetiva e de uma entrevista, individual e coletiva, tem como base o perfil desenhado para o AES. Os candidatos devem ter o nível médio completo e residirem na área de abrangência da unidade de saúde que será cadastrada como referência para a escola. O pré-requisito de ser morador da área se justifica pela facilidade da comunicação e pelo fato de que, estando inseridos na realidade e contexto, possam se sentir comprometidos com a sua transformação, quando oportuno.
3ª etapa – formação	- ***Formação das Equipes Municipais de Gerenciamento Integrado*:** tem como objetivo efetivar a proposta de co-gestão da estratégia. São abordados temas, visando oportunizar a construção coletiva, tais como: identificação da e com a função gerencial e de gestão; conceitos: Saúde e Educação; a "cara" da Saúde e a "cara" da Educação: situação atual; fatores determinantes e condicionantes da Saúde e da Educação. Além da identificação dos espaços e atores no processo educativo; reflexão sobre as práticas educativas que desenvolvemos e a saúde e qualidade de vida que queremos; outros enfoques, estratégias e abordagens educativas (habilidades para a vida; Amorosidade – Biologia do Amor; Educação Popular); a importância do conhecimento da realidade (comunidade e escola) e o papel do SIS Escola; a Estratégia das Escolas Promotoras de Saúde do Tocantins e a avaliação dos campos de Força, Debilidades, Ameaças, Opositores, Fortalezas, Aliados e Oportunidades (matriz DAOFAO).- ***Capacitação das Equipes Locais de Gerenciamento Integrado*:** tem como objetivo fortalecer o vínculo e a parceria entre as unidades de saúde de referência e as escolas, estimulando o planejamento integrado e a formação de uma equipe para o gerenciamento integrado, também no âmbito local. Dividida em duas partes, sendo o conteúdo programático da primeira semelhante ao da formação das Equipes Municipais de Gerenciamento Integrado. Na segunda parte, são abordadas especificidades da saúde da criança em idade escolar: saúde bucal, alimentação e nutrição, educação sexual, o que observar? O que fazer? Como acompanhar?- ***Capacitação para Agentes Escolares de Saúde* (módulo básico) *e gerentes municipais*:** realizada pela Secretaria de Estadual de Saúde. É ministrada sob três enfoques: conceitual, abordando os conceitos referentes à saúde e educação; organizacional: Sistema Único de Saúde e seu desenvolvimento, Sistema Educacional Brasileiro e planejamento educacional; operacional: atribuições, fluxos, crescimento, desenvolvimento e saúde da criança em idade escolar.
4ª etapa – oficina para análise e interpretação de dados e experiência de planejamento estratégico	A partir da reflexão sobre a importância da apropriação do processo de trabalho, é realizado um estudo sobre a base de dados do sistema de informação e, posteriormente, a identificação dos dados relevantes de cada escola e comunidade, com a produção de gráficos e fluxos para auxiliar as análises.A experiência de planejamento estratégico facilita a compreensão sobre a utilização dos resultados no contexto escolar.A oficina é realizada com a participação efetiva dos AES e das EGI, e desencadeia novas discussões e análises a partir da apresentação dos resultados para a escola e unidade de saúde de referência.O empoderamento e a inclusão promovidos pela oficina contribuem para a sustentabilidade dos projetos produzidos em decorrência da participação instrumentalizada, consciente, crítica e criativa dos atores no processo de trabalho, favorecendo a adequação das propostas ao contexto e aos meios materiais e subjetivos necessários para o seu desenvolvimento, facilitando simultaneamente a adesão e a responsabilização.O processo de formação até esta etapa é semelhante para todos os municípios, diferenciando-se a partir do planejamento estratégico, influenciando, dessa forma, a etapa de formação contextualizada.
5ª etapa – capacitação contextualizada	As necessidades levantadas e priorizadas pelo planejamento de cada escola e do município, incluindo as dificuldades inerentes ao próprio processo de trabalho, definem temas e estratégias para esta etapa de formação. A metodologia utilizada enfoca competências e habilidades para a vida para formação e capacitação dos atores em relação às áreas priorizadas, sendo orientada com base no modelo da educação popular.

Formação e Educação Permanente

Quadro 7. Formação para Agentes Escolares de Saúde e a inter-relação entre o processo educativo e o processo de trabalho



Processo de Trabalho

A operacionalização da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde do Tocantins requer mudanças conceituais e o desenvolvimento de habilidades diferenciadas. Nesse sentido, a formação e a capacitação dos diversos atores assumem importância central no processo de implantação, para que a estratégia possa alcançar os objetivos propostos.

As etapas de três a cinco fazem parte do processo de formação e capacitação de Agentes Escolares de Saúde e Equipes de Gerenciamento Integrado.

O processo de formação até a etapa 4 é semelhante para todos os municípios, diferenciando-se a partir do planejamento estratégico, influenciando dessa forma a etapa de formação contextualizada (etapa 5).

Situação atual

Atualmente está implantado em dez municípios e abrange 96 unidades de saúde de referência e 205 escolas, com a participação de 222 Agentes Escolares de Saúde, atendendo a cerca de 40 mil crianças, correspondendo a 32% dos estudantes matriculados nas séries iniciais do ensino fundamental da rede pública da zona urbana do Estado do Tocantins.

Discussão e comentários

Em decorrência da complexidade e da dificuldade de definição de estratégias de avaliação e monitoramento, bem como da construção de indicadores que meçam o impacto e a efetividade de ações de educação e promoção da saúde em uma população e em uma dada realidade, pretende-se, por meio da estratégia, utilizar os dados e indicadores acompanhados, como o nome "indicador" realmente prediz, como indicação de que é preciso verificar e buscar o que está contribuindo para tais resultados e, dessa forma, estimular a construção de estratégias e o delineamento de ações envolvendo a comunidade escolar e a unidade de saúde de referência, para a modificação e a superação

dos problemas no campo subjetivo e objetivo. Assim, pretende-se compreender e avaliar os ganhos não apenas da perspectiva da redução ou melhoria dos indicadores acompanhados, mas também no processo que a coleta, análise, apresentação dos resultados e mobilização para a ação desencadeiam.

Podem-se citar alguns exemplos: em várias escolas, onde está implantada a Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde, a principal queixa e ocorrência é a dor de cabeça, contudo as causas desse problema são diferentes entre as escolas. A explicitação do problema desencadeia a busca das causas e a descoberta dessas causas influencia as decisões e ações, como, por exemplo, a mobilização da comunidade para a confecção e colocação de cortinas nas salas de aula, por terem verificado que o reflexo do sol, no quadro, estava provocando o problema; a distribuição da merenda escolar antes da aula, posto que a dor de cabeça das crianças estava relacionada à fome; a adoção do recreio dirigido, tanto para a redução do número de lesões provocadas por acidentes, quanto em razão das crianças se sentirem mal, por comerem a merenda e depois correrem muito.

Nesse contexto, podem ser observadas modificações que em relação à proposta da promoção da saúde são importantes, como a forma de evidenciar e descobrir as causas dos problemas, desenvolvendo um pensamento epidemiológico e estratégico, contribuindo para a não naturalização de problemas que, muitas vezes, já se apresentavam a muito tempo na escola, mas que, por não serem evidenciados e questionados, eram deixados em um segundo plano. Outro ganho é a modificação organizacional e estratégica da escola, que pode ser observada quando a escola muda o horário da merenda e quando implanta o recreio dirigido; a reforma e construção de banheiros em decorrência da evidência por meio do SIS Escola de que o único banheiro da escola ficava trancado, para uso exclusivo de professores e equipe administrativa, sendo que as crianças tinham de usar a "privada seca" que ficava nos fundos da escola; a construção de escovódromos para melhorar as condições de realização da higiene bucal, a partir da evidência de problemas bucais aliada a ausência de estrutura adequada; entre outras. Dessa forma, a operacionalização da Estratégia de Escolas Promotoras de Saúde tem contribuído para uma gestão escolar com base em evidências.

A modificação da forma como a equipe de saúde se relaciona com a escola, buscando planejar as ações em conjunto, mudando uma cultura de interrupção das aulas e da rotina escolar, com atividades pontuais, como palestras ou campanhas, sem programação e adaptação ao contexto e ao público a quem são dirigidas, também é um ganho importante do ponto de vista da intersetorialidade e da promoção da saúde.

O sistema de referência e contra-referência estabelecido entre a escola e a unidade de saúde de referência, além de alcançar cerca de 80% de efetivação, tem oportunizado, segundo as próprias equipes de saúde, a detecção de problemas que não estão sendo percebidos nas visitas domiciliares dos agentes comunitários, posto que a periodicidade de visita é mensal e algumas vezes a família procura ocultar o problema ou até mesmo negá-lo. Pela expressão ou queixa dos problemas no ambiente escolar, vários casos, alguns que necessitaram de intervenção do conselho tutelar e outros que necessitaram de atenção médica com certa urgência, ou até mesmo uma ação rápida de bloqueio de doenças transmissíveis, foram desencadeados pelas ações dos agentes escolares por meio desse sistema.

Toda essa mobilização envolve negociação, partilha de poder, reconhecimento de limitações, desprendimento, disponibilidade e disposição para o trabalho em equipe, reconhecimento e valorização de outros saberes, o que por si já são ganhos, posto que são aspectos fundamentais para a efetivação da promoção da saúde e precisam ser considerados em uma avaliação que valorize o

processo e não apenas os resultados. Em relação à convivência das crianças com pessoas que fumam e/ou fazem uso de bebida alcoólica, o Programa Saber Saúde não chegou a ser efetivado nas escolas durante o ano de 2004, porém, com a utilização desse dado, não se espera reduzir o número de crianças que se apresentaram nessa condição com ações apenas da escola. Esse dado tem como finalidade principal despertar a preocupação e o interesse das equipes de saúde para o trabalho com as famílias, apoiando a escola, e trabalhar no sentido do desenvolvimento da resiliência e autoproteção com as crianças.

Contudo, ressaltamos a dificuldade que a equipe ainda apresenta para a mensuração instrumentalizada desses resultados.

Considerações finais

Os programas desenvolvidos pela Secretaria Estadual de Saúde, fomentados ou não pelo governo federal, priorizavam a saúde da criança até 5 anos de idade e a saúde do adolescente de 10 a 19 anos, deixando uma lacuna em que foram acumuladas necessidades e perdeu-se a oportunidade de participar na formação de hábitos e no desenvolvimento de habilidades para a vida, especialmente nas escolas, efetuando ações de promoção da saúde como complemento às ações assistenciais coletivas e individuais, desenvolvidas no ambiente escolar ou fora dele.

A implantação da estratégia estadual oferece estrutura organizacional e fluxo para o desenvolvimento da proposta de promoção da saúde dentro e pela escola e bases para a integração entre os setores Saúde e Educação, contribuindo para a sistematização e integralidade da atenção à saúde escolar no Estado do Tocantins.

Colaboradores:

Luis Mauro Marques da Cunha – consolidação dos dados e revisão final.

Raqueline Bruno de Sousa – estruturação do artigo.

Marluce Oliveira – pesquisa e construção das bases teórico-metodológicas.

Referências bibliográficas

AYRES, J. R. Norma e formação: horizontes filosóficos para as práticas de avaliação no contexto da promoção da saúde. *Ciência & Saúde Coletiva,* Rio de Janeiro, v. 9, n. 3, 2004.

BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria da Educação Fundamental. *Parâmetros curriculares nacionais*: terceiro e quarto ciclos, apresentação dos temas transversais. Brasília, 1998.

_____. Ministério da Educação. Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. *Censo Escolar 2003*. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Cadernos de atenção básica Programa Saúde da Família*: caderno 3: educação permanente. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. *Oficina de trabalho informações em saúde para o controle social, Brasília, 29 e 30 de maio de 2003*: relatório final. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Perfil de competências do agente comunitário de saúde (ACS)*. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. *Promoção da saúde*: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Bogotá. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Saúde. *Humaniza SUS*: política nacional de humanização. Brasília, 2003. Documento para discussão.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. *Sistema de Informação da Atenção Básica*: SIAB: indicadores 2003. Brasília, 2004.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Departamento de Atenção Básica. *Documento "política de educação de desenvolvimento para o SUS, caminhos para a educação permanente em saúde, pólos de educação permanente em saúde"*. Brasília, 2003.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto promoção de saúde. *A construção de vidas mais saudáveis*. Brasília, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. *Direitos humanos e violência intrafamiliar*: informações e orientações para agentes comunitários de saúde. Brasília, 2001.

BYRON, E. O. R; LOCH, J. A. *Manual de saúde escolar.* Rio de Janeiro, 1994.

CAMPBELL, J. (Org). *Construindo um futuro comum*: educando para a integração na diversidade. Brasília: Unesco, 2002.

CAMPOS, G. W. S. *Um método para análise e co-gestão de coletivos:* a construção do sujeito, a produção de valor de uso e a democracia em instituições: o método da roda. São Paulo: Hucitec, 2000. (Saúde em debate, 131).

CASTELLANOS, L. M. *"Marco referencial" de habilidades para la vida*: una propuesta educativa para convivir mejor. Bogotá: [s.n.], 2003.

CELEBRATING the 25th anniversary of the Alma Ata Declaration & primary health care. [S.l.: s.n., 2004?]. Disponível em: <http://www.paho.org>. Acesso em: 30 dez. 2004.

CHIAVENATO, I.; MATOS, F. G. *Visão e ação estratégica*. São Paulo: Makron Books, 1999.

CHILE. Ministerio de Salud. *Establecimientos da educación promotores de la salud en Chile:* avances y desafíos. Chile, 2002. 136p.

DAVINI, M. C.; HADAD, J. Q.; ROSCHKE, M. A. Educación permanente del personal de la salud. [S.l.]: Opas/OMS, [200-?]. (Serie DRH, n. 100).

DECLARAÇÃO mundial sobre educação para todos. Jomtien: [s.n.], 1990. Disponível em: <http://www.dhnet.org.br/direitos/sip/onu/educar/todos.htm>. Acesso em: 30 dez. 2004.

DRUMOND, J. M. *Epidemiologia nos municípios:* muito além das normas. São Paulo: Hucitec, 2003. 217p. (Saúde em Debate, 151).

FOSSE, E. *Review of selected literature on health promotion, infrastructure, policy and practice.* [S.l., 2004]. Disponível em:<http://www.HP-source.net/>. Acesso em: 20 fev. 2004.

FREIRE, P. *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. *Censo 2003*. Rio de Janeiro, 2003.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. *Escuelas promotoras de la salud:* la experiencia centroamericana. Washington: OPS, 2002.

_____. *Fortalecimiento de la iniciativa regional escuelas promotoras de la salud*: estrategias y líneas de acción 2003-2012. Washington: OPS, 2003. 74 p. (Serie Promoción de la Salud, n. 4).

MATURANA, H.; REZEPKA, S. N. *Formação humana e capacitação*. Petrópolis: Vozes, 2000.

MONTREAL. Institut National de Santé Publique du Québec. *La salud de las comunidades*: perspectivas para la contribución de la salud pública al desarrollo social y de las comunidades. Montreal, 2003.

MOTTA, J. I. J. *Educação permanente em saúde:* da política do consenso à construção do dissenso. Dissertação–Universidade Federal do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 1997.

MOTTA, P. R. *Gestão contemporânea:* a ciência e a arte de ser dirigente. 10. ed. Rio de Janeiro: Record, 1999.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD. Indicadores de salud: elementos básicos para el análisis de la situación de Salud. *Boletín Epidemiológico*, [S.l.], v. 22, n. 4. 2001.

_____. *Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras*. Washignton, D.C., 1998. 32 p. (OPS comunicacion para la salud, 13).

PALMAS. Prefeitura de Palmas. Secretaria Municipal de Saúde. *Programa Saúde Escolar, TO – 1999/2001*. Tocantins, [2001?].

RIVERA, F. J. U. *Análise estratégica em saúde e gestão pela escuta*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

ROVERE, M. R. Gestión Estratégica de la educación permanente en salud. In: _____. *Educación permanente de personal de salud.* Washington, D.C.: OPS, 1994. (Desarrollo de Recursos Humanos, n. 100).

SÃO PAULO. Prefeitura do Município de São Paulo. Secretaria Municipal de Educação. Universidade de São Paulo. *Escolas Saudáveis, programa intersecretarial de educação e saúde:* textos de apoio. São Paulo, 2000.

_____. Secretaria Municipal e Saúde. *Acolhimento*: o pensar, o fazer, o viver. São Paulo, 2002.

_____. *Escolas saudáveis*: programa intersecretarial de educação e saúde: versão preliminar para discussão no fórum Escolas Promotoras de Saúde. São Paulo, 2000.

SENGE, P. M. *A quinta disciplina*: arte e prática da organização que aprende. 9. ed. São Paulo: [s.n.], 2001.

SILVA, C. S. *Solta a voz:* saúde e riscos em escolares. Rio de Janeiro: Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2002. 240p.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. Departamento de Saúde Escolar. *Diretrizes básicas em saúde escolar*. Rio de Janeiro, [2000?]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/depto24html>. Acesso em: 17 fev. 2000.

TOCANTINS. Governo do Estado do Tocantins. Secretaria de Estado da Saúde. *Manual de orientação para implantação do programa saúde da família:* coordenação estadual. Palmas, 2001.

TOCANTINS. Secretaria Municipal de Saúde. *II Pesquisa de Saúde Materno-Infantil do Tocantins (Pesmito)*. Tocantins, 2003.

VASCONCELOS, E. M. (Org). *A saúde nas palavras e nos gestos*: reflexões da rede de educação popular e saúde. Hucitec: São Paulo, 2001.

Alimentação

O Programa de Alimentação Escolar como Estratégia de Promoção da Saúde na Cidade do Rio de Janeiro

Luciana Azevedo Maldonado[1]
Ana Maria Ferreira Azevedo[2]
Inês Rugani Ribeiro de Castro[3]

[1] Mestra em Educação, sanitarista do Instituto de Nutrição Annes Dias da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e professora assistente do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

[2] Nutricionista do Instituto de Nutrição Annes Dias da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. *E-mail*: inad@rio.rj.gov.br Telefones: (21) 2295-7398 (21) 2295-7308.

[3] Doutora em Saúde Pública, diretora do Instituto de Nutrição Annes Dias da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro e professora adjunta do Instituto de Nutrição da Universidade do Estado do Rio de Janeiro.

O Programa de Alimentação Escolar (PAE), implantado desde 1956, é o programa de alimentação e nutrição mais antigo do País, e, no Rio de Janeiro, o único que se manteve sem interrupções. O tipo de alimentação fornecida se alterou bastante ao longo do tempo, assim como as ações educativas, que, inicialmente, se restringiam a estimular a aceitação de certos gêneros alimentícios pelos escolares.

Nesse município, o PAE é gerenciado pela Secretaria Municipal de Educação (SME) e coordenado tecnicamente pelo Instituto de Nutrição Annes Dias (Inad), órgão da Secretaria Municipal de Saúde responsável pela coordenação técnica da política de alimentação e nutrição desenvolvida pela prefeitura da cidade. Os principais objetivos do PAE são: garantir o acesso dos escolares à alimentação de boa qualidade, promover hábitos alimentares saudáveis e prevenir a ocorrência de situações de risco nutricional. A rede municipal de ensino é formada por aproximadamente 1.040 escolas, 40 mil professores e 700 mil alunos dos 1º e 2º segmentos do ensino fundamental e, em média, o número de refeições fornecidas por dia é de 550 mil, sendo o total de refeições no ano de aproximadamente 110 milhões (INSTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNES DIAS, 2004).

O marco referencial da Escola Promotora de Saúde, proposto pela Organização Pan-Americana da Saúde, apresenta para a área de Alimentação e Nutrição a possibilidade de redimensionar as ações desenvolvidas no cotidiano escolar, valorizando o PAE como estratégia de promoção da saúde; contextualizando as práticas de educação nutricional em uma perspectiva mais ampla de construção da cidadania e adequando os espaços relacionados à alimentação (ex.: cozinhas, refeitórios e cantinas), com o objetivo de torná-los mais coerentes com um ambiente escolar saudável. É a partir desse marco que o PAE vem sendo desenvolvido no Município do Rio de Janeiro, com a perspectiva de que suas ações integrem a iniciativa promoção da saúde na escola.

O relato de experiência apresentado neste artigo baseia-se na análise de relatórios de grupos de trabalho, atas de reuniões, termos de visitas técnicas, registros de rotina, protocolos para a execução do PAE e outros documentos de trabalho e tem como objetivo apresentar ações vinculadas ao PAE e desenvolvidas pelo Inad, em parceria com a SME ou outros órgãos, visando à promoção da saúde e da alimentação saudável nas escolas municipais. Essas ações serão descritas a seguir.

Recuperação da dimensão pedagógica do PAE

O Projeto Com Gosto de Saúde, lançado em 2000, consiste na produção e disponibilização de materiais educativos para todas as escolas municipais do Rio de Janeiro, com o intuito de subsidiar educadores em atividades pedagógicas sobre alimentação, saúde e nutrição no cotidiano escolar.

Esse projeto apresenta como pressupostos básicos a alimentação como direito humano; a segurança alimentar e nutricional como requisito básico para a afirmação plena do potencial de desenvolvimento físico, mental e social de todo ser humano; o reconhecimento de que a alimentação está situada em um contexto de vida, em um processo histórico e é parte da cultura de um povo; e a participação ativa do sujeito e da comunidade no controle de suas condições de saúde e alimentação.

Os eixos temáticos foram definidos a partir das diretrizes da Política Nacional de Alimentação e Nutrição do Ministério da Saúde. Esses eixos e o propósito de sua abordagem estão descritos a seguir.

- **Alimentação e cultura –** apontar os aspectos culturais da alimentação e relacionar a diversidade da culinária brasileira às características culturais de cada região do Brasil.
- **Alimentação saudável –** valorizar a relação da alimentação com a saúde, partindo do pressuposto da alimentação como direito humano, e informar sobre as características nutricionais dos diferentes grupos de alimentos a fim de favorecer escolhas alimentares saudáveis.
- **Aleitamento materno –** promover a amamentação como uma prática, determinada biológica e culturalmente, que precisa ser aprendida e apoiada, e apontar as vantagens do aleitamento materno.
- **Obesidade e desnutrição –** informar sobre como uma alimentação saudável pode contribuir para a manutenção de um peso saudável e para melhor qualidade de vida, partindo do respeito às diferenças entre as pessoas.
- **Atividade física –** estimular a prática de atividade física regular no cotidiano das pessoas e relacionar essa prática a melhores condições de saúde e vida.
- **Alimentação na escola –** incentivar a alimentação saudável na escola e valorizar o Programa de Alimentação Escolar como uma estratégia de promoção da saúde da comunidade escolar.
- **Segurança alimentar e nutricional –** valorizar a alimentação como direito humano e discutir a questão do acesso à alimentação em quantidade suficiente e com qualidade controlada, em uma perspectiva de direito do cidadão e do consumidor.
- **Cuidados com o corpo e o ambiente –** divulgar e fundamentar os principais cuidados individuais para a promoção da saúde e incentivar o cuidado nas relações entre as pessoas e com o ambiente, visando à saúde e a uma melhor qualidade de vida.

Para cada um dos temas, estão previstos um vídeo dirigido aos escolares e um material impresso de apoio ao educador. Esse material é composto por um texto de aprofundamento sobre o assunto e por sugestões de atividades, que privilegiam o aspecto lúdico do aprendizado. As sugestões de atividades estão divididas em: lista de atividades práticas individuais e/ou coletivas (teatro, música, trabalhos de artes plásticas, redações, visitas, pesquisas, organização de exposições, entrevistas etc.); atividades prontas, que o professor só precisa reproduzir para os alunos (quebra-cabeças, palavras-cruzadas, cartas enigmáticas, jogos etc.), e sugestões de textos literários (contos, poesias e letras de músicas) que versem sobre o tema em questão.

Uma das principais características desse projeto é o processo coletivo de construção desses

materiais. O núcleo principal desse processo é composto por representantes do Instituto de Nutrição Annes Dias; das Gerências do Programa de Saúde do Escolar, da Criança, do Adolescente, da Mulher; da Coordenação de Doenças Crônicas; da Coordenação de Saúde Bucal; da Superintendência de Saúde Coletiva, órgãos da Secretaria Municipal de Saúde; e do setor de Projetos de Extensão de Meio Ambiente e Saúde da Secretaria Municipal de Educação, estrutura do nível central dessa secretaria, que coordena e articula práticas pedagógicas de grande interface com a proposta de promoção da saúde na escola.

Em 2001, realizou-se um estudo para conhecer a opinião de representantes da direção das escolas e dos professores regentes sobre o acesso, a aplicação e a qualidade desses materiais educativos, bem como suas sugestões para a qualificação do projeto. O estudo aconteceu em duas etapas: na primeira, retrospectiva, investigou-se a opinião dos professores sobre os aspectos citados. Na segunda, de natureza prospectiva, buscou-se colher subsídios para a produção de novos materiais. Observou-se que a maioria dos professores conhecia e aprovava o projeto, apontando que ele aprofunda os temas propostos, fazendo-o de forma lúdica e privilegiando a participação do aluno na construção do conhecimento, tendo sido considerado uma estratégia importante para introduzir e desenvolver o tema da alimentação na escola. As principais fragilidades apontadas foram a divulgação e tiragem ainda insuficientes e o uso mais restrito a datas específicas como a Semana de Alimentação Escolar.

Oferta de refeições saudáveis

Essa ação é viabilizada por meio do planejamento de cardápios nutricionalmente equilibrados, do controle de qualidade da alimentação fornecida e da supervisão técnica da execução do PAE *in loco*.

O planejamento dos cardápios do PAE tem por base as diretrizes do Programa Nacional de Alimentação Escolar (Pnae), as recomendações nutricionais para as faixas etárias atendidas e o tempo de permanência do aluno na unidade escolar. Os cardápios são compostos, em sua quase totalidade, por gêneros *in natura*, sendo excluídos produtos como doces, bombons, frituras e formulados. A principal refeição servida é o almoço, composto por um cereal, uma leguminosa, uma proteína, uma hortaliça e uma fruta, ultrapassando sempre a recomendação mínima de 15% das necessidades nutricionais diárias do aluno. Os cardápios são revistos anualmente a partir dos subsídios coletados nas avaliações de cardápios realizadas junto às unidades escolares (direção e alunos). O custo deste programa é financiado por recursos do Fundo Nacional para o Desenvolvimento do Escolar e da Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro (PCRJ).

O repasse desse planejamento às unidades escolares é feito por meio de manual de cardápios e manual de fichas de preparação. O manual de cardápio objetiva orientar o responsável pelo PAE na execução do programa e é composto por orientações gerais, listagem com as especificações dos gêneros alimentícios, tabelas de compra dos gêneros alimentícios, planilhas de cardápio e orientações específicas quanto ao tipo de atendimento da unidade escolar. A unidade de horário parcial oferece suplementação láctea para os alunos até a 1ª série e almoço para todos os alunos da escola, e a unidade de horário integral oferece desjejum, almoço e jantar. O manual de fichas de preparação tem como objetivo disponibilizar a técnica correta de confecção das preparações e é formado por receitas e pela indicação da quantidade *per capita* de todos os ingredientes das preparações que compõem os cardápios.

O controle de qualidade dos gêneros alimentícios e das refeições ocorre durante todo o processo

de execução do PAE, desde a seleção de fornecedores de gêneros alimentícios até a distribuição das refeições nas escolas. Os principais mecanismos de controle são:

- elaboração de uma lista de especificação de gêneros alimentícios;
- emissão de um laudo técnico para habilitação dos fornecedores por licitação, a partir de visita conjunta do Inad e da Coordenação de Vigilância e Fiscalização Sanitária;
- visitas aos fornecedores habilitados para acompanhamento da execução do contrato e, caso necessário, suspensão do fornecimento de produtos que tenham sido objeto de reclamação do usuário;
- monitoramento das marcas de gêneros alimentícios comercializadas pelos fornecedores, a partir da análise da ficha técnica, do laudo físico-químico e de amostras do produto conforme cláusula prevista em edital de licitação. As amostras são submetidas à análise sensorial e, se necessário, encaminhadas a laboratórios credenciados para outras determinações.

As principais ações desenvolvidas pelo Inad para a supervisão do PAE são as visitas técnicas às Unidades de Alimentação e Nutrição (UANs) das unidades escolares, e as atividades de consultoria com diretores e outros profissionais responsáveis pelo PAE nas escolas e na instância regional da SME, que atua na coordenação do programa. As visitas destinam-se a avaliar o controle de qualidade dos gêneros alimentícios utilizados; avaliar o cumprimento dos cardápios; avaliar as condições higiênico-sanitárias da UAN; divulgar e reforçar normas e procedimentos operacionais; realizar análise sensorial das refeições preparadas; avaliar a aceitação dos cardápios planejados e acompanhar o desempenho dos manipuladores de alimentos. As atividades de consultoria são um momento de intercâmbio de informações e de acompanhamento da rotina do programa.

Uma atividade complementar ao PAE para a garantia da alimentação saudável na escola foi a regulamentação da venda de alimentos nas escolas públicas municipais implementada em 2002. Essa iniciativa visa diminuir o acesso dos escolares à alimentação inadequada e favorecer escolhas alimentares mais saudáveis, reforçando a função da escola como espaço fundamental para a formação de hábitos e valores para a promoção da saúde de alunos, professores, familiares e comunidade. No início de 2004, essa regulamentação foi estendida às cantinas de escolas particulares a partir da parceria entre o Inad, o Conselho Regional de Nutricionistas da 4.ª Região e a I Vara da Infância e da Juventude. Para apoiar a implementação dessa iniciativa, estão sendo realizadas oficinas de sensibilização e capacitação sobre promoção de alimentação saudável dirigidas aos responsáveis pelas cantinas, e está sendo criado um comitê de mobilização envolvendo técnicos e a comunidade escolar.

Investimento na infra-estrutura necessária à produção e distribuição das refeições

A partir da formação de grupos de trabalho, o Inad constantemente elabora e revê as normas e especificações que orientam a execução do PAE. Entre essas ações, merecem destaque:

- a revisão da especificação dos equipamentos e utensílios das unidades de alimentação e nutrição das escolas, considerando, entre outros, os aspectos de ergonomia no processo de trabalho;
- a revisão da especificação de uniforme e estímulo ao uso dos Equipamentos de Proteção Individual (EPI), visando à prevenção de acidentes de trabalho e à melhoria das condições higiênico-sanitárias da alimentação fornecida;
- a revisão da especificação de material de limpeza, visando à prevenção de doenças dermatológicas em manipuladores de alimentos;

- a definição de normas técnicas para construção e reformas em unidades de alimentação e nutrição das escolas, em parceria com a Empresa Municipal de Urbanização (Riourbe), visando valorizar as condições ergonômicas de trabalho, a racionalização do fluxo de trabalho e, conseqüentemente, a saúde do trabalhador;
- a implantação do horário único de distribuição do almoço, a fim de otimizar o processo de pré-preparo, preparo e distribuição das refeições visando evitar a repetição do trabalho dos manipuladores de alimentos.

A implementação dessas diretrizes se dá por meio da parceria com unidades administrativas do programa e com as escolas.

Valorização profissional e capacitação do manipulador de alimentos

Os focos de atuação são a formação continuada desses profissionais e a alocação de recursos humanos, com base em parâmetros de lotação adequados à sua real carga de trabalho. Essas ações têm sido apoiadas pela Coordenadoria de Recursos Humanos da Secretaria Municipal de Educação.

As atividades de formação continuada acontecem por meio da realização de ações educativas, como visitas técnicas, cursos, seminários, encontros e oficinas, e da elaboração de diferentes materiais relacionados ao processo de trabalho e à saúde do trabalhador, como o Manual do Preparador e Manipulador de Alimentos, que está sendo distribuído para cerca de seis mil manipuladores de alimentos em encontros de atualização.

Considerações finais

Situar o PAE no contexto da promoção da saúde possibilita-nos romper definitivamente com a restrita visão assistencialista do programa de alimentação e nutrição mais antigo do Brasil. O acesso à alimentação de qualidade no ensino fundamental é reconhecido como direito do aluno brasileiro na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996) do Ministério da Educação. Essa contextualização também apresenta o desafio de recuperar a dimensão pedagógica do PAE, integrando os temas da alimentação, nutrição e promoção da saúde ao cotidiano escolar, além da necessidade de investimentos constantes na infra-estrutura dos espaços destinados à alimentação, coerentes com a proposta de um ambiente escolar saudável; na alocação de recursos humanos para o adequado funcionamento do PAE; na formação continuada dos diferentes profissionais envolvidos na execução desse programa; nas parcerias entre os gestores e colaboradores visando à permanente qualificação das ações desse programa e à consolidação do PAE como estratégia de política pública saudável.

Colaboradores:

Emília Santos Caniné[*]

Tânia Oliveira Santiago[*]

Adriana Maria Leite Macedo[*]

Maria Fátima Ferreira França[*]

(*) Nutricionistas do Instituto de Nutrição Annes Dias da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro.

Referências bibliográficas

AZEVEDO, A. M. F. et al. Saúde e nutrição em escolares. *Saúde em foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, Rio de Janeiro, ano 8, n. 18, 1999.

AZEVEDO, A. M. F.; SZTAJNMAN, F. O programa de alimentação escolar no Município do Rio de Janeiro. *Saúde em foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, Rio de Janeiro, ano 8, n. 18, 1999.

INSTITUTO DE NUTRIÇÃO ANNES DIAS. *Quadro de número médio de refeições diárias*. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2004. Mimeografado.

MALDONADO, L. A. et al. Avaliação do projeto "Com gosto de saúde": uma iniciativa de promoção da saúde por meio da educação nutricional em escolas. *Saúde em foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n. 23, 2002.

SILVA, C. S. A escola promotora de saúde na agenda política do município do Rio de Janeiro. *Saúde em Foco: informe epidemiológico em saúde coletiva*, Rio de Janeiro, n. 23, 2002.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. Healthy nutrition: an essential element of a health-promoting school. In: _____. *World Health Organization Information Series on School Health*: document four. Geneva, 1998.

_____. School-age children: their health and nutrition. *SCN News*, Geneva, n. 25, dec. 2002.

Violência/Paz

Comportamento Agressivo entre Estudantes: *bullying*

Aramis A. Lopes Neto[1]

[1] Pediatra, diretor de Direitos e Segurança da Criança e do Adolescente da Sociedade de Pediatria do Estado do Rio de Janeiro. *E-mail:* aramislopes@globo.com. Telefone: (21) 2589-5656.

Introdução

A infância e a adolescência são períodos fundamentais no processo de formação do ser humano. Além do desenvolvimento físico e mental que habitualmente são referidos, não podem ser ignoradas as conquistas e experiências que transcorrem nessas fases e que são fundamentais no processo de construção da identidade e de características essenciais para um convívio social sadio. Essas habilidades, necessárias à formação do ser social, vão sendo construídas ao longo da vida, inicialmente no seio da família, onde as crianças aprendem as noções de respeito, limites, afeto e solidariedade, além de outros valores éticos e morais.

Na escola, a maioria das crianças e dos jovens assume determinadas atitudes que, em geral, são indicadoras da qualidade das relações estabelecidas com seus familiares e responsáveis, mais ou menos seguras e construtivas dos ensinamentos sobre seus valores e formas de entender a vida em sociedade. No entanto, o número de crianças que assume posturas anti-sociais, como comportamentos agressivos, prepotentes e individualistas, é crescente. Parece que alguns fatores, como a pobreza, a competitividade ou a violência, entre outros, favorecem, de certa forma, a desagregação familiar que pode vir a ser responsável por uma possível incapacidade dos pais para ensinarem a seus filhos a arte, as exigências e as atitudes essenciais para uma convivência sadia, feliz e pacífica.

Para esses jovens que apresentam diferentes formas de comportamentos anti-sociais, a escola representa uma outra possibilidade, em um espaço de natureza diferente da familiar. Essa pode ser entendida como uma segunda chance para conquistar ou resgatar a identidade individual e coletiva, uma nova oportunidade do aprendizado da partilha respeitosa de espaços e tempos por meio da convivência escolar, sem que nenhum aluno perca o quinhão a que tem direito. Esse quinhão deve garantir direitos e oportunidades iguais e, também, o respeito às diferenças de ordem física ou emocional, de credo, etnia, valores, desejos e histórias de vida. Mas, para isso acontecer, é necessário que os educadores reconheçam a necessidade de planejar e implementar ações que propiciem aos alunos as condições e o tempo adequados para que atinjam esses objetivos.

Não há dúvida de que a maioria dos alunos poderá superar, na escola, com a intermediação de bons professores e dos amigos, as dificuldades que por vezes os caracterizavam e acompanhavam anteriormente. Sempre que essa reconstrução for possível, pode-se dizer que o espaço escolar oportunizou aos alunos uma nova forma de relação consigo mesmo, com o outro e com o ambiente,

representando, assim, algo como uma segunda chance de mudança construtiva que lhes exigiu um compromisso maior e melhor com seus direitos e deveres, e também com os do próximo. No entanto, é inegável que um número bastante significativo de jovens não obtêm o êxito necessário de resgate da sua vida produtiva, cooperativa e cidadã quando lhes falta respaldo familiar e, também, se a escola não consegue ajudá-lo a redimensionar seus valores, comportamentos e atitudes.

Para esses jovens, a vida em sociedade será perversa, condenando-os à exclusão de forma implacável. Não há perspectiva de outros equipamentos sociais formais, capazes de oferecer a essas crianças e adolescentes, egressos ou evadidos das escolas, novas chances, outras oportunidades. É nesse ponto, onde as oportunidades se extinguem, que aflora a violência.

Bullying, comportamento agressivo

O comportamento violento que tanto nos preocupa e atemoriza resulta, portanto, da interação entre o desenvolvimento individual e os contextos sociais, como a família, a escola e a comunidade. Infelizmente, esse tipo de fenômeno parece interferir, com intensidades variáveis, em todas as escolas, com os jovens reproduzindo o que aprenderam no mundo exterior, estimulados pelos valores do consumo. Isso faz com que essas instituições deixem de ser vistas como ilhas de segurança, onde os jovens aprendem e convivem com seus pares, dentro de um ambiente modulado pela disciplina, amizade e cooperação.

A busca por estratégias que recuperem uma vida mais segura para todos e, conseqüentemente, um ambiente escolar sadio e seguro, é uma prioridade para pais, estudantes, professores, administradores de escolas e políticos. Seus objetivos principais devem ser o de criar e manter locais amigáveis e receptivos, livres de drogas, violência, intimidação e medo, em que professores possam ensinar e estudantes possam aprender, dentro de um clima que promova o sucesso e o desenvolvimento de todos.

Mesmo admitindo-se que os atos agressivos derivem de influências socioafetivas, construídas historicamente e justificadas em questões familiares e/ou comunitárias, sempre é possível considerar a possibilidade infinita de pessoas descobrirem novas formas de vida mais felizes, produtivas e seguras. Todos os alunos têm, individual e coletivamente, uma prerrogativa humana de mudança, de transformação e reconstrução, ainda que em situações muito adversas, podendo vir a protagonizar uma vida apoiada na paz, na segurança possível e na felicidade. Entretanto, esse desafio não é simples e, em geral, depende de uma intermediação interdisciplinar, firme e competente, de profissionais. Os professores, no contato cotidiano com seus alunos na escola, nos dias de hoje, têm de alavancar esses processos por meio de ações efetivas de constituição de conhecimentos, conteúdos e valores, ao tomarem para si a responsabilidade de promover, sempre que possível, esse resgate e essa conquista de forma bem-sucedida.

Uma das formas de violência escolar é o comportamento agressivo entre estudantes, conhecido como *bullying*, fenômeno freqüente cuja gravidade passou a ser entendida como atos repetidos de opressão, discriminação, tirania, agressão e dominação de pessoas ou grupos sobre outras pessoas ou grupos, subjugados pela força dos primeiros.

Estudos sobre *bullying* nas escolas assumiram, recentemente, dimensões internacionais, mas inúmeras dificuldades têm sido enfrentadas para que sejam encontrados termos, nas diferentes culturas e suas respectivas línguas, que possam abraçar a gama de significados que a palavra inglesa sugere.

Em nossa língua, podem ser usadas diversas palavras e expressões que tenham sentidos equivalentes ao do termo *bullying*, como, por exemplo: zoar, intimidar, humilhar, ameaçar, agredir, furtar, excluir, difamar etc. No entanto, ainda não foi definido, no Brasil e nos outros países de língua portuguesa, qual deverá ser o termo consagrado para retratar todas as situações incorporadas ao conceito de *bullying*, aceito universalmente.

As preocupações com o fenômeno *bullying* são recentes e a maioria das pesquisas e publicações internacionais remonta à década de 90. Uma quantidade considerável de documentos científicos passou a transmitir conhecimentos sobre suas causas e estratégias preventivas, como, por exemplo, Olweus (1993), Rigby (1996), Ross (1996) e Smith e Sharp (1994). Nessa mesma época, diversas campanhas e programas conseguiram reduzir a incidência de comportamentos agressivos nas escolas, principalmente na Europa. O pioneirismo nesse movimento cabe ao professor Dan Olweus, da Universidade de Bergen, Noruega (1978 a 1993), com a publicação de seus trabalhos e com a Campanha Nacional Anti-C nas escolas norueguesas em 1993 (FIGUEIRA; NETO, 2002).

Segundo Cleary (2003), os atos de *bullying* entre estudantes apresentam cinco características comuns:

- são comportamentos danosos e deliberados;
- são geralmente repetitivos por um determinado período de tempo;
- para os agredidos, é difícil se defender;
- para os que agridem, é difícil aprender novos comportamentos socialmente aceitos;
- as pessoas que fazem *bullying* têm um poder impróprio e o aplicam às vítimas.

É preciso reconhecer que tanto os alunos-autores como os alunos-alvo de *bullying* são vitimizados, em muitos casos, por descompromissos e/ou desestruturas familiares e sociais, que priorizam o individualismo e a competitividade, além de considerarem mais os bens materiais em detrimento de valores éticos e morais. Também devem ser considerados aqueles que fazem parte de situações de exclusão em seus diferentes aspectos e níveis, como baixa renda familiar, baixa escolaridade, desemprego etc.

Cabe aos adultos, em especial ao educador e às instâncias públicas de garantias de direitos, quando cientes da existência de *bullying*, o dever de atuar dando proteção e encaminhamento adequado de modo a cessar esse processo, sempre que possível, abrangendo as famílias, a comunidade e as crianças e os adolescentes envolvidos.

Vale lembrar que abandono e negligência são crimes praticados por adultos, em relação a seus filhos, e que atos desse tipo não são prerrogativas de classes sociais mais pobres ou desfavorecidas, pois acontecem, também, nas classes média e alta da sociedade brasileira.

Os alunos-alvo de *bullying* são pessoas que estão sendo prejudicadas ou sofrendo, devido ao comportamento de outros, e que não dispõem de recursos, *status* ou habilidade para reagir ou fazer cessar o ato danoso. Geralmente são pouco sociáveis, inseguros e desesperançados quanto à possibilidade de se adequarem ao grupo. Sua baixa auto-estima é agravada por intervenções críticas de adultos sobre a sua vida e as iniciativas para procurar ajuda são muito remotas. Os alunos-alvo geralmente têm poucos amigos, são passivos, quietos, sentem-se infelizes, sofrem com o medo, a depressão e a ansiedade. Sua auto-estima pode estar tão comprometida que alguns deles podem acreditar serem merecedores dos maus-tratos sofridos. Podem tentar evitar a escola e o convívio social para prevenirem-se contra novas agressões.

A depressão e as intenções suicidas são achados comuns entre meninos e meninas vítimas de *bullying*. Os alunos-alvo têm mais problemas relacionados aos cuidados com a saúde, bem-estar e auto-estima, mas geralmente fumam e bebem menos que os outros. Podem atingir a vida adulta com

os mesmos problemas, tendo dificuldades para se desenvolver profissionalmente e se adaptarem ao ambiente de trabalho, podendo sofrer *bullying* também.

As crianças e os adolescentes pertencentes a famílias desestruturadas ou em que há frágil relacionamento afetivo entre seus membros são mais propensos a praticarem *bullying* contra seus colegas (alunos-autores). Em geral, seus pais exercem uma supervisão pobre sobre eles, toleram e/ou utilizam o comportamento violento para solucionar conflitos.

Já existem estudos longitudinais admitindo que os autores de *bullying* apresentam maior probabilidade de se envolver em comportamentos delinqüentes, violência doméstica e atos criminosos. As observações apontam tendência de que essas pessoas apresentam mais problemas relacionados a comportamentos de risco (uso de tabaco, álcool ou outras drogas, dirigir sem cinto de segurança) e são menos satisfeitas com a escola.

Algumas situações já amplamente noticiadas, em que alunos armados invadiram suas escolas e atiraram contra colegas e professores, merecem atenção especial. Esses jovens eram sabidamente vítimas de *bullying* que, para combaterem o poder que os fazia sucumbir, recorreram às armas. Em quase todos os casos não havia alvo específico. Parece que o real desejo era o de "matar a escola" e todos que lá estivessem, porque foi nesse local que, diariamente, todos os viam sofrer e nada faziam para protegê-los.

Em um estudo feito com mais de 16 mil adolescentes na Finlândia, os pesquisadores descobriram uma ocorrência muito grande de depressão e grave intenção suicida entre os que eram maltratados na escola e entre os que eram perpetradores dos maus-tratos.

Há uma maioria de alunos que testemunha a violência e se cala em razão do medo em ser a próxima vítima, da dúvida sobre como agir e da imobilidade da escola em interromper esse comportamento. Esse clima de silêncio acoberta a prevalência desses atos e dá uma falsa tranqüilidade aos adultos, fazendo-os crer que o *bullying* não ocorre em suas escolas. Muitos desses alunos-testemunhas acabam acreditando que o uso de comportamentos agressivos contra os colegas é o melhor caminho para alcançar a popularidade ou o poder e se tornam autores de *bullying*.

O *bullying* não deve ser considerado como uma característica normal do desenvolvimento do adolescente, mas sim um indicador de risco para a adoção de comportamentos violentos mais graves, incluindo o porte de armas, brigas freqüentes e lesões relacionadas a brigas (NANSEL et al., 2003).

Comportamentos agressivos (*bullying*) entre estudantes são encontrados em todas as escolas, independentemente das características sociais, culturais e econômicas de seus alunos. Estudos demonstram que se trata de um problema mundial e que a sua prevalência apresenta extrema similaridade entre diversos países e escolas.

Segundo a Organização Mundial da Saúde (KRUG et al., 2002), os programas de desenvolvimento social, voltados para a redução do comportamento anti-social e agressivo entre crianças e a violência entre adolescentes, adotam diversas estratégias, que incluem a melhoria da competência e da capacidade social em relação aos colegas e à promoção, de forma geral, de comportamentos positivos, amigáveis e cooperativos. Esses programas podem ser oferecidos globalmente ou apenas para grupos de alto risco, sendo realizados com maior freqüência nos cenários escolares.

Os programas que enfatizam as capacidades sociais e a aquisição de competências parecem estar entre as estratégias mais eficazes de prevenção contra a violência juvenil. Eles também parecem ser mais efetivos quando são apresentados às crianças em ambientes de pré-escola e nas escolas de

ensino fundamental do que quando são apresentados a alunos do ensino médio. Um exemplo de programa de desenvolvimento social que utiliza técnicas comportamentais em sala de aula é aquele implantado para evitar o comportamento prepotente agressivo (*bullying*).

Entre os objetivos traçados para a implementação de projetos de redução do *bullying*, podem ser destacados o envolvimento de professores, funcionários, pais, autoridades educacionais e alunos, com o intuito de definir claramente o fenômeno *bullying*, e o estabelecimento de diretrizes, para que todos saibam como agir diante do problema. Os objetivos são: sensibilizar toda a comunidade escolar para apoiar as vítimas de *bullying*, fazendo com que elas se sintam protegidas para contar sobre a violência que vêm sofrendo; conscientizar os alunos-autores sobre a incorreção de seus atos e garantir a todos um ambiente escolar sadio e seguro, onde haja amizade, solidariedade e respeito às diferenças.

Todos os programas vêem as escolas como sistemas dinâmicos e complexos e entendem que não podem ser tratadas de maneira uniforme. Conseqüentemente, as estratégias e ações devem ser definidas individualmente, respeitando-se as características sociais e culturais de sua população.

O *bullying* é um fenômeno complexo, de difícil solução, que exige envolvimento e compromisso de todos os componentes da comunidade escolar. No entanto, sua prevenção e controle são obtidos com o desenvolvimento de um trabalho continuado, composto por ações simples e de baixo custo. Essas ações podem ser incluídas no cotidiano das escolas sem que novas atividades sejam acrescidas à grade curricular, mas inserindo-se o *bullying* como um tema transversal e permanente em todos os momentos da vida escolar.

A Associação Brasileira Multiprofissional de Proteção à Infância e à Adolescência (Abrapia) desenvolveu, sob o patrocínio da Petrobras, o Programa de Redução do Comportamento Agressivo entre Estudantes, objetivando investigar esse fenômeno entre alunos de 5ª a 8ª série do ensino fundamental e sistematizar estratégias de intervenção capazes de prevenir e reduzir a sua ocorrência (LOPES NETO; SAAVEDRA, 2003).

Esse programa foi implementado em 11 escolas do Município do Rio de Janeiro, sendo nove delas pertencentes à rede municipal de educação e dois colégios particulares. A população-alvo foi composta por cerca de 5.800 estudantes.

Em novembro de 2002, foi aplicado o primeiro instrumento de investigação, que definia o marco zero das atividades de intervenção nas escolas. As informações obtidas, naquele momento, eram a expressão da realidade sobre o comportamento agressivo entre os alunos das escolas participantes, antes de qualquer tipo de abordagem sobre esse tema com a comunidade escolar.

Os dados analisados revelaram algumas informações importantes, como:

- 40,5% dos alunos admitiram estar diretamente envolvidos em atos de *bullying*, sendo 16,9% como alvos, 12,7% como autores e 10,9% ora como alvos, ora como autores;
- 60,2% dos alunos afirmaram que o *bullying* ocorre mais freqüentemente dentro das salas de aula;
- 77,3% dos estudantes manifestaram sentimentos contrários aos atos de *bullying*, como medo, comiseração etc;
- 41,6% dos que admitiram ser alvos de *bullying* disseram não ter solicitado ajuda aos colegas, professores ou família;
- entre aqueles que pediram auxílio para reduzir ou cessar seu sofrimento, o objetivo só foi

atingido em 23,7% dos casos;

- 69,3% dos jovens admitiram não saber as razões que levam à ocorrência de *bullying* ou acreditam tratar-se de uma forma de brincadeira;
- entre os alunos-autores de *bullying*, 46% afirmaram que não receberam nenhum tipo de orientação ou advertência quanto à incorreção de seus atos.

Já em fevereiro de 2003, a coordenação do programa passou a visitar cada uma das escolas, reunindo-se com direções, coordenações, professores e alunos. A partir daí, passou a informar e estimular as comunidades escolares a desenvolverem suas estratégias de ação para a redução da agressividade entre os estudantes.

Cada escola, a seu modo, estabeleceu um canal de comunicação com a equipe de coordenação da Abrapia e definiu seu plano de ação, buscando formas de intervenção que levassem à redução da prática *bullying* entre seus alunos.

As estratégias foram as mais diversas, desde a abordagem aos alunos feita pelos professores em salas de aulas à sua participação ativa em atividades práticas. Em algumas escolas, lidou-se com o tema de maneira específica, enquanto em outras ele foi inserido em um contexto maior, como paz, amor e amizade.

Em agosto e setembro de 2003, foi executada a segunda fase da investigação, utilizando-se um questionário que tinha como objetivo detectar possíveis mudanças alcançadas, em conseqüência das ações de intervenção implementadas durante o primeiro período desse ano letivo.

Os dois principais indicadores utilizados na avaliação da eficiência das ações implementadas e do impacto causado na população-alvo foram os depoimentos de cada uma das escolas e a análise comparativa dos dados obtidos na primeira e segunda fases da pesquisa.

Apesar do curto espaço de tempo utilizado nas pesquisas, de setembro de 2002 a setembro de 2003, os resultados desse estudo permitiram demonstrar que a redução do *bullying* entre estudantes é plenamente factível e que esse tipo de mudança favorece melhorias no ambiente escolar, em nível de aprendizado, na preservação do patrimônio e, principalmente, nas relações humanas.

Entre as modificações detectadas após o estudo, podem ser destacadas como mais importantes:

- 79,9% dos alunos admitem saber o que é *bullying*;
- houve uma redução de 6,6% de alunos-alvo e de 12,3% de alunos-autores de *bullying*;
- a indicação da sala de aula como local de maior incidência de atos de *bullying* caiu de 60,2% para 39,3%;
- o número de alunos que admitiram gostar de ver o colega sofrer *bullying* reduziu-se em 46,1%;
- entre os alunos-alvo que buscaram ajuda, o sucesso das intervenções para a redução ou cessação do *bullying* teve um crescimento de 75,9%;
- sobre o entendimento das razões que levam à prática de *bullying*, as manifestações de desconhecimento reduziram-se em 49,1%, e aqueles que admitiram o *bullying* como um ato de maldade passou de 4,4% para 25,2% das respostas, representando um aumento de 472,7%;

- o número de alunos-autores de *bullying* que admitiram ter recebido orientações e advertências quanto à incorreção de seus atos passou de 51,7% para 68,0%, representando um crescimento de 31,5%.

Conclusão

Há sinais e sintomas que podem indicar para aqueles que cuidam de crianças e adolescentes a possibilidade de que alguns deles possam estar sofrendo, praticando ou testemunhando situações de *bullying* em suas escolas. Entre os mais importantes, podem ser destacados o medo ou desinteresse em ir à escola, a queda do rendimento escolar, a adoção de atitudes agressivas, o comportamento introvertido ou arredio, as perdas ou os danos a bens materiais, a depressão, a ansiedade, a angústia, a auto-estima baixa, o comportamento e as atitudes autodestrutivas.

Experiências demonstram que os melhores resultados são obtidos por meio de intervenções precoces que envolvem pais, alunos e educadores, tanto para os alunos-alvo quanto para as testemunhas e os autores de *bullying*. O diálogo, a criação de pactos, o apoio e o estabelecimento de elos de confiança e informação são instrumentos eficazes, não devendo ser admitidas, em hipótese alguma, ações violentas.

A atenção dos adultos, a compreensão pelo sentimento de quem sofre *bullying* e a credibilidade são atitudes que favorecem a quebra do silêncio e a cessação dos atos de intimidação, melhoram a auto-estima dos alunos-alvo e demonstram aos demais que o *bullying* não é tolerado.

É importante ressaltar que os alunos-autores são merecedores do mesmo nível de atenção. Ações puramente punitivas, como castigos, suspensões ou exclusão do ambiente escolar, acabam por marginalizá-los e não lhes dá o direito a adquirem habilidades para que desenvolvam comportamentos mais amigáveis e sadios. O diálogo é, mais uma vez, o recurso de maior sucesso, tanto para identificar as razões que levam essas crianças e adolescentes a adotarem comportamentos agressivos quanto para incentivá-los a desenvolver aptidões mais positivas diante do grupo.

Não se pode mais admitir que as notas de provas, os conceitos e o cumprimento das tarefas sejam os únicos indicadores de bom desempenho dos alunos e da boa qualidade das escolas. Perceber e monitorar as habilidades ou possíveis dificuldades que possam ter os jovens em seu convívio social com os colegas passam a ser atitudes obrigatórias daqueles que assumiram a responsabilidade pela educação, saúde e segurança de seus alunos, pacientes e filhos.

Em um País como o Brasil, a melhoria da educação de seu povo se tornou um desafio para o seu desenvolvimento e grande parte das políticas sociais é voltada para a inclusão escolar, utilizando-se a cultura como instrumento socializador. Nesse processo, as escolas passam a ser o espaço próprio e mais adequado ao aprendizado de conteúdos e conceitos, além de uma construção coletiva e permanente de valores para o exercício da cidadania que se deseja plena.

Referências bibliográficas

CLEARY, M. *Bullying information for schools*. [S.l.: s.n.], 2003. Disponível em: <http://www.police.govt.nz/service/yes/nobully/*bullying*_info.pdf>. Acesso em: 14 dez. 2003.

FIGUEIRA I.; NETO C. *"Bullying*: o problema de abuso de poder e vitimização de alunos em escolas públicas do Rio de Janeiro". Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento da Criança)– Universidade Técnica de Lisboa, Rio de Janeiro, 2002.

KRUG, E. G. et al. (Ed.). Violência juvenil. In: RELATÓRIO Mundial sobre Saúde e Violência. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2002. cap. 2, p. 23-56.

LOPES NETO, A. A.; SAAVEDRA, L. H. *Diga não para o "bullying"*. Rio de Janeiro: Abrapia, 2003.

NANSEL T. R. et al. Relationships between bullying and violence among US youth. *Archives Pediatrics & Adolescent Medicine*, Seattle, v. 157, n. 4, p. 348-53, apr. 2003.

OLWEUS, D. *Bullying at school*: what we know and what we can do. Oxford: Blackwell, 1993.

RIGBY, K. *Bullying in schools and what to do about it*. Melbourne: ACER, 1996.

ROSS, D. M. *Childhood bullying and teasing*. Alexandria: American Counselling Association, 1996.

SMITH, P. K.; SHARP, S. (Ed.). *School bullying*: insights and perspectives. London: Routledge, 1994.

Reflexão e Ação sobre Violência e Qualidade de Vida em Escolas Municipais do Recife - Pernambuco

Maria Cristina de Farias Agrício[1]
Maria Helena Barbosa de Andrade[2]
Maria Ilk Nunes de Albuquerque[3]
Maria Luiza Neto Siqueira[4]

[1] Pedagoga especialista em Metodologia do Ensino Superior, Educação Especial e Arteterapia. Professora do Centro de Educação da UFPE e do Nusp/UFPE. Telefone: (81) 2126-8552.

[2] Aluna bolsista do Curso de Enfermagem/Estagiária do Nusp/UFPE.

[3] Enfermeira sanitarista, mestra em Saúde Coletiva, professora do Departamento de Enfermagem da UFPE e do Nusp/UFPE.

[4] Psicóloga, doutora em Educação, professora do Centro de Educação da UFPE e do Nusp/UFPE.

Introdução

Este artigo faz um relato sobre um projeto de extensão universitária, com abordagem interdisciplinar e interinstitucional sobre a temática da violência, tendo como universo, escolas municipais do Recife/PE.

O Núcleo de Saúde Pública e Desenvolvimento Social da Universidade Federal de Pernambuco (Nusp/UFPE) viabiliza atividades intersetoriais que superam a dicotomia entre as ações específicas de saúde e outras de abrangência social, na concepção da promoção da saúde e da qualidade de vida. Nessa perspectiva, o Nusp vem promovendo mensalmente, desde setembro de 2000, o Fórum Acadêmico Pensando a Violência, com discussões sobre os vários processos sociais, culturais, políticos e econômicos intrinsecamente relacionados ao fenômeno da violência, que, no Brasil, configura-se como um problema de saúde pública de grande magnitude e transcendência.

Como um desdobramento desse fórum, vem sendo desenvolvido, desde 2002 até o presente momento, o Projeto de Extensão Universitária Reflexão e Ação sobre Violência e Qualidade de Vida nas escolas municipais da Região Político-Administrativa (RPA-4) do Município do Recife. Esse projeto baseia-se nas concepções da violência enquanto fenômeno multifacetado, articulado a processos políticos e históricos, e na percepção da escola enquanto instituição social que apresenta no seu cotidiano manifestações de violência, constituindo-se, contudo, em um espaço estratégico de desenvolvimento de práticas de prevenção.

Tratar da prevenção da violência implica pensar o conceito ampliado de saúde, o qual, segundo a Constituição Federal de 1988 (BRASIL, 2002) e a legislação correlata, abrange não só as questões específicas da saúde, mas também aquelas relativas às condições de vida, que têm como determinante um conjunto de fatores sociais, históricos e ambientais, nos quais se insere a sociedade.

A Política Nacional de Redução da Morbimortalidade por Acidentes e Violências (BRASIL, 2001) estabelece diretrizes e responsabilidades institucionais, nas quais estão contempladas e valorizadas medidas inerentes à promoção da saúde e à prevenção de situações de violência, mediante o estabelecimento de processo de articulação com diferentes segmentos sociais.

Algumas reflexões teóricas que norteiam esse projeto ressaltam que a violência, apesar de ter vários conceitos amplos, complexos, polissêmicos e controversos, pode ser *"genericamente entendida como um evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes ou nações que ocasionam danos físicos ou morais a si próprios ou a outros"* (MINAYO; SOUZA, 1998).

Um estudo da Unesco (ABROMOVAY et al., 2002), que trata do fenômeno da violência nas escolas brasileiras, adota uma concepção *"a qual incorpora não só a idéia de sevícia de utilização da força ou intimidação, mas também compreende as dimensões socioculturais e simbólicas do fenômeno"*. Demonstra também que a violência se expressa na interseção de três conjuntos de variáveis interdependentes: o institucional (escola e família), o social (sexo, etnia, emprego, origem socioespacial, religião, escolaridade dos pais, *status* socioeconômico) e o comportamental (informação, sociabilidade, atitudes e opiniões).

Além disso, há o reconhecimento de uma seqüência de acontecimentos paralelos nas instituições escolares, tais como o porte ilegal de armas, o uso de drogas e a expansão do fenômeno das gangues. Há, portanto, a necessidade de ampliação e diversificação de atividades que proporcionem a redução da violência nas escolas, por meio da participação ativa dos jovens no cenário como protagonistas, uma vez que esse grupo populacional é o mais vulnerável à violência.

Apesar de os diferentes contextos e as expressões do fenômeno da violência serem mencionados de forma segmentada, tais como: violência doméstica, a de ruas, sexual, física e psicológica, em geral, cada uma dessas manifestações ocorre intrinsecamente relacionada com outras, o que amplia a complexidade das situações de violência, ou seja, o entrelaçamento habitual entre suas diferentes formas de expressão, de manifestação e de contextos aumenta, inegavelmente, a gravidade da problemática em questão.

A Região Político-Administrativa 4 (RPA-4) do Recife é composta por 12 bairros: Torre, Caxangá, Várzea, Torrões, Cordeiro, Madalena, Ilha do Retiro, Iputinga, Prado, Zumbi, Engenho do Meio e Cidade Universitária. Estes se encontram entre os considerados mais violentos da cidade, segundo estudos da Prefeitura do Recife (2001), sendo o bairro da Iputinga o mais violento. Essas informações apontaram o objeto para o desenvolvimento deste projeto no sentido de apoiar e desenvolver ações, no âmbito de escolas públicas municipais da referida RPA, como um passo importante para a prevenção da violência que perpassa o seu contexto.

Portanto, o projeto se estruturou de forma interdisciplinar, com a participação de alunos de graduação de diferentes cursos da Universidade Federal de Pernambuco (UFPE), tais como enfermagem, serviço social e engenharia eletrônica, caracterizando-se, também, pela intersetorialidade, uma vez que foram envolvidas diretamente as secretarias Municipais de Educação (Diretoria Geral de Ensino) e de Saúde (Distrito Sanitário IV) do Recife e, excepcionalmente, outras instituições que trabalham com a temática visando fortalecer e potencializar as ações, na perspectiva da promoção da saúde, enquanto pressuposto para a redução da problemática em foco.

Com uma proposta qualitativa de abordagem, buscamos sensibilizar os atores sociais das instituições envolvidas na perspectiva de pensar a qualidade de vida como eixo para minimizar os efeitos da violência nas escolas municipais da Região Político-Administrativa 4 do Recife, bem como propiciar uma reflexão/ação com a comunidade escolar, mediante uma aproximação da realidade pautada no princípio ético da solidariedade e da responsabilidade social.

Contribuir para o envolvimento de crianças e adolescentes em ações/atividades que elevassem o potencial criativo desses atores na prevenção da violência foi ainda um dos nossos propósitos, bem como fortalecer a integração entre as escolas municipais, o Distrito Sanitário IV (DS IV), o Nusp/UFPE e outras instituições governamentais e não-governamentais.

Aspectos metodológicos

Atores sociais das escolas municipais da RPA-4 envolvidos no projeto, tais como gestores, equipe pedagógica, animadores culturais, alunos e familiares, e ainda, alunos da UFPE participantes do projeto, constituíram nosso público-alvo.

A metodologia adotada foi de caráter qualitativo, com flexibilidade no planejamento dos procedimentos previstos, no sentido de adaptação às mudanças da realidade e de acolhimento à participação coletiva dos atores envolvidos, durante todo o processo, além da ênfase à articulação sistemática com as instituições participantes, atendendo a questões emergentes e demandas prioritárias.

Foram organizados eventos em parceria com a equipe do projeto e gestores das instituições citadas. De acordo com as demandas consideradas prioritárias pelas equipes pedagógicas, os principais eixos de discussão foram:

- direitos e deveres da criança e do adolescente;
- afetividade e aprendizagem;
- família e escola: um elo na formação do cidadão;
- violência de casa para a escola e da escola para a vida;
- diálogo com a comunidade escolar: que violências nós vivemos?

Esses eventos ocorreram nas escolas, com ampla participação do público-alvo (aproximadamente 150 pessoas por ocasião), nos quais a temática violência foi abordada de acordo com a metodologia descrita (recursos do sociodrama, da arteterapia, da dinâmica de grupo e discussões).

As atividades foram iniciadas com a articulação entre o Nusp/UFPE e a Prefeitura do Recife, por intermédio das suas secretarias de Saúde e de Educação. Assim, foram contatadas as respectivas representações da RPA-4, a Diretoria Geral de Ensino e o Distrito Sanitário IV. A partir de discussões, em várias reuniões com essas representações, foram selecionadas três escolas municipais, localizadas na referida RPA.

Houve um agendamento para a realização de reuniões semanais no Nusp/UFPE com os representantes das instituições. Contudo, a assiduidade dos representantes das escolas foi baixa, com a justificativa de outras demandas prioritárias. Diante dessa realidade, a equipe do projeto propôs e efetuou uma reunião em uma das escolas, com o objetivo de gerar maior adesão e envolvimento à nossa proposta. Nessa reunião, evidenciaram-se outras dificuldades, como indisponibilidade de espaço físico adequado para as atividades do projeto e para a seleção dos alunos e professores participantes, além da indicação de interlocutores entre as escolas e o Nusp. As diretoras das escolas sugeriram que as reuniões subseqüentes voltassem a acontecer no Nusp, o que foi acatado. A partir daí, mudou-se a estratégia para atingir a clientela-alvo, solicitando-se a adesão dos professores de Educação Física, Educação Artística e animadores culturais[5] do Programa Escola Aberta a fim de atuarem como interlocutores entre as escolas e o Nusp e como multiplicadores das ações do projeto.

[5] Animadores culturais são estagiários, em grande parte universitários, contratados e capacitados pela Secretaria Municipal de Educação do Recife para desenvolver atividades culturais, lúdicas e artísticas, com alunos das escolas municipais, fora do horário letivo, nos turnos alternativos às aulas ou finais de semana. Trata-se do Programa Escola Aberta, da Unesco, com o qual a Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura do Recife estabeleceu convênio, com o objetivo de manter, de maneira lúdica, os alunos por mais tempo nas escolas.

Vale ressaltar a participação desses professores e animadores culturais no Fórum Acadêmico Pensando a Violência – Nusp/UFPE, que promove, mensalmente, ampla discussão sobre a temática e envolve, além da comunidade acadêmica, diversas instituições governamentais, não-governamentais e a sociedade civil organizada.

No sentido da inserção no universo das escolas, foram realizadas visitas às mesmas, pelos estagiários, para observar e participar das atividades cotidianas e das atividades organizadas pelos animadores culturais, nos finais de semana e nas colônias de férias.

Adotadas como estratégia preparatória para a intervenção nas escolas, foram realizadas oficinas semanais no Nusp, com participação da equipe do projeto, representantes do DS IV e das escolas. A metodologia das oficinas caracterizou-se pelo cunho interativo, no sentido de possibilitar uma melhor apreensão à realidade do público-alvo e facilitar a eclosão de temas específicos, relacionados à violência nas escolas. Portanto, não se trata de uma abordagem essencialmente acadêmica e política do problema da violência, mas da sua interpretação por todos os atores envolvidos. Assim, recorremos a discussões temáticas, técnicas de dinâmica de grupo, recursos teórico-metodológicos do sociodrama (jogos sociopsicodramáticos, teatro espontâneo) e da arteterapia (técnicas projetivas de expressão plástica).

Para a preparação da equipe do projeto, especificamente dos estagiários, ocorreram encontros semanais com a realização de seminários teóricos sobre a temática violência nas escolas. Esses se alternavam por meio de oficinas de sensibilização, utilizando-se de recursos da arteterapia e do sociodrama. Assim, os alunos foram capacitados, em todas as etapas do projeto, desde a sua inserção nas escolas até o processo interativo, como facilitadores das intervenções. Também foram treinados para o papel de relatores dos eventos, o que tem subsidiado o monitoramento e a avaliação do projeto.

As parcerias necessárias ao bom desenvolvimento do projeto firmaram-se entre diferentes instituições, como o Centro de Referência para Atendimento a Crianças e Adolescentes Vítimas de Violência e Exploração Sexual da Prefeitura do Recife, a Secretaria Municipal de Saúde do Recife – Distrito Sanitário IV e a Secretaria Municipal de Educação do Recife.

Principais resultados

Nos registros da equipe de estagiários do projeto, durante cada evento e na observação do cotidiano das escolas, os atores sociais envolvidos da comunidade escolar e principalmente as famílias dos alunos mostraram-se sensibilizados com a forma de abordagem do tema violência. Os depoimentos indicaram o interesse na continuidade das ações realizadas e a necessidade de se envolverem diretamente na agregação de seus pares para ampliação dessas ações.

O projeto também foi veiculado ao vivo sob a forma de entrevista pela Rádio Universitária AM da UFPE, na qual foram expostas concepções sobre violência e alguns fatores condicionantes e/ou determinantes de atos violentos nas escolas, bem como formas e sugestões de ações preventivas. Houve participação direta dos ouvintes, que enviaram diversas perguntas e questionamentos sobre os aspectos relacionados à temática.

Os animadores culturais, apesar de passarem na sua admissão, por uma capacitação voltada às temáticas sociais da comunidade, expressaram, por meio de seus depoimentos durante as oficinas,

dificuldades para abordar a violência nas suas atividades específicas. Contudo, o interesse nas ações propostas foi significativo, o que pôde ser observado pela assiduidade e participação ativa nos eventos e nas oficinas.

Quanto aos gestores e às equipes pedagógicas das escolas, observou-se uma contradição entre o interesse verbalmente expresso nas reuniões e a disponibilidade para o engajamento efetivo nas ações do projeto.

Houve avanços ao se facilitar o estabelecimento de vínculo entre as escolas e as entidades e associações, como o Centro de Referência para Atendimento de Crianças e Adolescentes Vítimas de Violências e Exploração Sexual, que contribui para identificar fatores que geram ações violentas e cria condições que possibilitam a garantia dos direitos das crianças e dos adolescentes. Com isso, foram fortalecidas outras parcerias das escolas com as organizações governamentais e não-governamentais (estas de forma pontual), que também trabalham a temática no sentido da promoção da paz e prevenção da violência.

Considerações finais

A partir dessa experiência no trabalho de extensão universitária, enfatiza-se a relevância do estabelecimento de parcerias intersetoriais e interinstitucionais, em uma perspectiva multirreferencial ante a prevenção da violência. Considerando-se a dificuldade de articulação das escolas com setores/órgãos que possam apoiá-las nesse processo, há uma necessidade crescente do fortalecimento de vínculos institucionais, no sentido de expansão e multiplicação de ações que tratem a problemática no âmbito da escola.

Reafirma-se a importância do trabalho com intervenção direta na população-alvo, na medida em que se promovem e incentivam condições e atitudes favoráveis à adoção e ao desenvolvimento de formas alternativas e flexíveis de se repensar as relações entre instituição, comunidade e família, como forma de busca da melhoria da qualidade de vida das pessoas.

Nesse sentido, devem-se destacar os papéis dos gestores e das equipes pedagógicas como mediadores no processo de prevenção. Pelos motivos expostos, é necessário aprofundar a reflexão acerca desses papéis, especialmente no que diz respeito à sensibilização para agregar uma participação efetiva da comunidade como um todo (especialmente os familiares dos alunos) nas propostas e nas ações preventivas. Portanto, é essencial reconhecer o potencial desse seguimento na condução de uma aproximação real do contexto escolar, no sentido de uma apropriação de seus direitos, enquanto cidadãos, com ênfase na participação direta nos projetos político-pedagógicos e seus respectivos desdobramentos.

Destaca-se o reconhecimento da instituição escolar na promoção de medidas de prevenção à violência, não apenas na perspectiva institucional genericamente considerada, mas também reconhecendo seus múltiplos níveis de determinação. Considerando sua possibilidade de articulação com a comunidade, bem como sua relevante atuação no processo de socialização de crianças e adolescentes, ressalta-se, também, seu potencial para a formação desses atores, no sentido da construção de uma identidade que valorize a cidadania e a cultura da solidariedade e da paz.

Referências bibliográficas

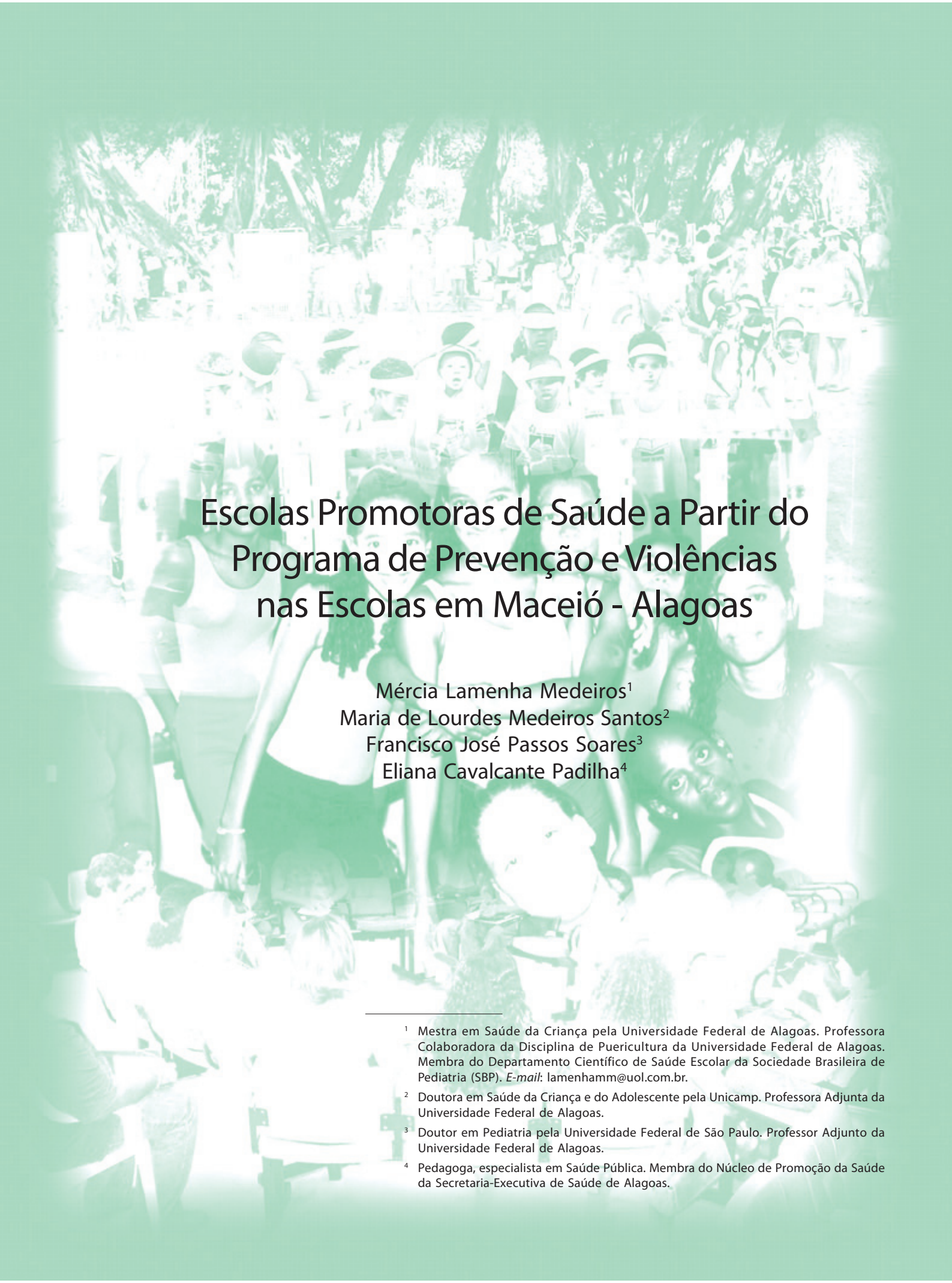
ABROMOVAY et al. *Violência nas escolas*. Brasília: Unesco, 2002.

BRASIL. Congresso Nacional. *Constituição da República Federativa do Brasil promulgada em 5 de outubro de 1988*. São Paulo: Saraiva, 2002.

_____. Ministério da Saúde. Portaria n. 737/GM, de 16 de maio de 2001. *Diário Oficial da União*, Poder Executivo, Brasília, DF, 18 maio 2001.

MINAYO, M. C. S; SOUZA, E. R. Violência e saúde como um campo interdisciplinar e de ação coletiva. *História, Ciência, Saúde:* Manguinhos, Rio de Janeiro, v. 4, n. 3, p. 513-531, nov. 1998.

RECIFE. Prefeitura Municipal da Cidade do Recife. Decreto Municipal n. 18.815/2001, de 17 de abril de 2001. Recife: [s.n.], 2001.



Escolas Promotoras de Saúde a Partir do Programa de Prevenção e Violências nas Escolas em Maceió - Alagoas

Mércia Lamenha Medeiros[1]
Maria de Lourdes Medeiros Santos[2]
Francisco José Passos Soares[3]
Eliana Cavalcante Padilha[4]

[1] Mestra em Saúde da Criança pela Universidade Federal de Alagoas. Professora Colaboradora da Disciplina de Puericultura da Universidade Federal de Alagoas. Membra do Departamento Científico de Saúde Escolar da Sociedade Brasileira de Pediatria (SBP). *E-mail*: lamenhamm@uol.com.br.

[2] Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela Unicamp. Professora Adjunta da Universidade Federal de Alagoas.

[3] Doutor em Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo. Professor Adjunto da Universidade Federal de Alagoas.

[4] Pedagoga, especialista em Saúde Pública. Membra do Núcleo de Promoção da Saúde da Secretaria-Executiva de Saúde de Alagoas.

Introdução

Para garantir a melhoria da qualidade de vida da população, é necessário investir em cada ciclo de vida dos indivíduos e seus grupos, dos escolares aos trabalhadores, de modo a tornar a constituição de conhecimentos que considere a promoção de uma cultura de segurança e de paz de relevante importância.

Saúde e educação, como políticas públicas essenciais ao exercício da cidadania e de estímulo à convivência solidária e harmônica, ao priorizarem uma ação integrada e intersetorial, podem favorecer a implantação de Escolas Promotoras de Saúde. A partir de uma visão crítica da saúde, possibilitam a opção por estilos de vida mais saudáveis, integrando os aspectos biopsicossociais e culturais de toda a comunidade escolar (ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DA SAÚDE, 1996).

O tema gerador desse processo de experiência em Maceió foi o da prevenção de acidentes, principalmente porque a ocorrência de acidentes na infância é considerada um grave problema de saúde pública, representando a principal causa de morbimortalidade a partir dos 5 anos de idade e com grande repercussão na qualidade de vida de crianças e adolescentes (MOREIRA, 1999).

Os acidentes e as violências configuram um problema de grande magnitude para a sociedade brasileira, que demandou a definição de uma política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências, definindo em suas diretrizes que, por envolver diferentes fatores, o seu enfrentamento requer esforços coordenados e sistematizados de diferentes setores governamentais (ministérios da Saúde, da Justiça, da Educação, dos Transportes, da Previdência Social e da Ciência e Tecnologia, entre outros), de diversificados segmentos sociais e da população em geral.

Segundo dados do Ministério da Saúde (BRASIL, 2000), as causas externas, que incluem os acidentes e as formas de violências, representam 60% da causa da mortalidade entre 5 e 19 anos de idade, sendo 43% dos óbitos (7.946) devidos a agressões, 23% a acidentes de transporte, 11% a afogamentos e 3% a suicídios, entre outras causas.

No Brasil, em 2000, a mortalidade por causas externas, que incluem os acidentes, equivalia a 60%, enquanto outros eventos se distribuíam por: 8% relativos a doenças diagnosticadas por exames laboratoriais, 7% por neoplasias, 5% por doenças respiratórias e 20% por outras causas (BRASIL, 2000).

Os dados de mortalidade são, pois, alarmantes e o crescimento da morbidade gera vítimas que sofrem com as seqüelas deixadas pelos traumas, acidentes e/ou violências de um modo geral. Apesar da subnotificação dos dados (de todas as ocorrências, pouquíssimas são registradas), os registros apurados por meio de Autorização de Internação Hospitalar (AIH) mostram que, das internações por causas externas, em hospitais credenciados pelo Sistema Único de Saúde (BRASIL, 2002a), 36,4% foram oriundas de quedas, 19,3% decorrentes dos transportes, 14,2 % por agressão, 1,9% por intoxicação, 0,22% por suicídio e 28,86% decorrentes das demais causas (BRASIL, 2002a).

Ainda há, no Brasil, o indicador de Anos Potenciais de Vida Perdidos (APVP) que aumentou 30% em relação a acidentes e violências e está diminuindo quanto às causas naturais (BRASIL, 2001).

Ao considerar as manifestações de violência, no que se refere aos espaços em que elas ocorrem, observa-se uma concentração de acidentes e de atos de violência muito mais prevalente nas áreas urbanizadas, correspondendo a 75% do total de mortes por causas violentas (BRASIL, 2001). Ao mesmo tempo, os índices de acidentes são preocupantes também para os trabalhadores, tendo sido registrado, em 2002, 387.905 casos, apontando um crescimento de 14% na morbidade e uma elevação de 5,3% na mortalidade (BRASIL, 2002b).

Dados referentes ao Estado de Alagoas mostram que 15% dos professores e 19% dos alunos relatam atropelamentos de alunos, pais ou funcionários no entorno escolar (ABRAMOVAY; RUA, 2002). Segundo a pesquisa nacional, Violência, Aids e Drogas nas Escolas em Alagoas (ABRAMOVAY; RUA, 2002), 19% dos professores sentem-se desrespeitados profissionalmente; 4% deles já foram ameaçados e 4%, humilhados. Do ponto de vista dos alunos, 23% relatam ameaças a membros da comunidade escolar; 12% afirmam conhecerem situações de agressões ou espancamento que aconteceram na escola contra alunos, pais ou funcionários; 11% testemunham porte de arma por algum membro da comunidade escolar e 6% relataram, no ambiente escolar, episódios de ferimento grave ou morte de alunos, pais ou funcionários (ABRAMOVAY; RUA, 2002).

Vale ressaltar que a violência entre os jovens não é problema exclusivamente do País ou da América Latina. Por exemplo, os dados sobre juventude e violência apontam que, nos Estados Unidos da América, os adolescentes são duas vezes mais vítimas de crimes cometidos por adultos maiores de 25 anos (U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE, 1992). Lá, também, os homicídios são a quarta maior causa de mortes entre indivíduos de 1 a 14 anos e a segunda causa entre os jovens de 15 a 24 anos (GANS, 1990).

Como diversas manifestações da sociedade se refletem no espaço da escola, a violência também se manifesta e se faz presente no cotidiano das salas de aula. Isso requer, portanto, ações a partir de uma política de educação que valorize o direito da comunidade escolar a uma vida com mais qualidade, justiça, solidariedade e paz. Nesse sentido, a realidade dos dados sobre acidentes e violências, em todas as suas formas, classes sociais, nos mais diversos espaços e em sua magnitude em relação ao mundo, instigou um grupo de atores em Maceió e no Estado de Alagoas a repensar essa questão e a propor intervenções nessa realidade, a partir da escola e da construção de processo de educação envolvendo todos os segmentos da comunidade escolar, visando à melhoria da qualidade de vida.

Antecedentes históricos

Um breve acompanhamento do desenvolvimento histórico nos remete à fundação, em 1919, da Organização Internacional do Trabalho (OIT), em Genebra, Suíça. Com o objetivo de buscar

soluções para os problemas dos altos índices de acidentes já registrados na época, a OIT, em 1921, propôs a criação de comitês de segurança nas empresas, em que um grupo de funcionários, denominado de Comissão Interna de Prevenção de Acidentes e Violências (Cipa), além de ter suas obrigações normais, ocupava-se da prevenção de acidentes.

No Brasil, essa recomendação internacional foi atendida parcialmente por meio do art. 82 do Decreto-Lei n.º 7.036, de 10/11/1944, que determinava que todas as empresas que tivessem cem ou mais empregados providenciassem em seus estabelecimentos a organização de Comissões Internas de Prevenção de Acidentes, junto com a Consolidação das Leis do Trabalho (CLT).

Embora a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB (BRASIL, 1996) defina que o tema prevenção de acidentes seja abordado na escola, observa-se que é um tema não privilegiado na grade curricular. E ainda que a Resolução n.º 40, de 4/2/1993, do Conselho Nacional de Saúde, no art. 5.º, proponha a implantação de comissões de saúde dentro do próprio sistema de saúde, com enfoque especial em prevenção de acidentes, isso não se transformou em prática.

Ao considerar o espaço da escola, a prevenção de acidentes vem sendo discutida, desde a década de 90, de forma pontual, não-sistemática e, em algumas unidades de ensino, quase sempre na dependência da motivação e disponibilidade de grupos isolados e, quando muito, por meio da formulação de uma Comissão Interna de Prevenção de Acidente (Cipa) nas escolas, com dificuldades de continuidade. Alguns desdobramentos dentro desse tema merecem ainda serem ressaltados como discutiremos a seguir.

No Estado de São Paulo, a preocupação com a violência crescente contribuiu para a instituição do Programa Interdisciplinar e de Participação Comunitária para Prevenção e Combate à Violência nas Escolas da Rede Pública de Ensino, por intermédio da Lei n.º 10.312, de 12 de maio de 1999. De acordo com essa lei, técnicos das Secretarias Estaduais da Educação, da Saúde, da Criança, Família e Bem-Estar Social, da Justiça e Defesa da Cidadania e da Segurança Pública, técnicos da Universidade de São Paulo (USP), da Ordem dos Advogados do Brasil (OAB) e da Cúria Metropolitana de São Paulo, estudantes, conselheiros escolares, municipais, estaduais e líderes comunitários deveriam formar grupos de trabalho voltados para ações educativas de combate à violência e de valorização da vida.

No Rio Grande do Sul, a Sociedade Brasileira de Pediatria, por meio do Departamento Científico de Segurança e do Comitê de Saúde Escolar do Rio Grande do Sul, com a preocupação em promover a "biossegurança" das crianças e dos adolescentes brasileiros, elaborou um modelo de prevenção dos acidentes e da violência nas escolas, com a criação das Comissões Escolares de Prevenção de Acidentes e Violências (Cepav), baseadas nas Cipas dos trabalhadores das empresas privadas (MOREIRA, 1999), como citamos anteriormente.

O modelo dessa Cepav é recomendado e faz parte da campanha de prevenção de acidentes na infância e na adolescência da Sociedade Brasileira de Pediatria, com ênfase na questão da prevenção da violência, tendo como parceiro o Ministério da Educação e com apoio do Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), que prevê a adesão de instituições de ensino, públicas e privadas, para essas comissões.

Em 19 de junho, o prefeito de Salto – município do Estado de São Paulo – sancionou a Lei nº 2.253 /2001, publicada no Diário Oficial, de 12 de Junho de 1999, que criava a Comissão Interna de Prevenção de Acidentes na Escola (Cipae), com o objetivo *de "prevenir acidentes de toda natureza e estimular a mentalidade prevencionista na comunidade escolar"*.

No Recife, a Câmara Municipal, mediante o Projeto de Lei n.º 16.665, de 5 de março de 2001, criou o Programa Permanente de Prevenção de Acidentes Escolares, instalando Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Violência Escolar (Cipaves) nas escolas públicas do município.

No Estado de Mato Grosso do Sul, a Lei n.º 7.407/2001, publicada no Diário Oficial, de 2 de maio de 2001, propõe uma campanha estadual de prevenção de acidentes domésticos, por um período não inferior a 90 dias, distribuídos durante todo o ano, que se destina ao *"incentivo de maior segurança no ambiente familiar, com o objetivo geral de atenuar sua gravidade e mitigar o número de acidentes"*.

Tendo em vista a gravidade do tema, a magnitude do problema e considerando as diferentes frentes de ação propostas ao longo dessas últimas décadas em diversas regiões do País, desenvolveu-se um processo de constituir, nas escolas de Maceió, ações em que se destacasse a importância do enfrentamento do problema.

Nesse sentido, a Sociedade Alagoana de Pediatria (SAP), ao considerar a importância do papel da escola na formação cidadã de crianças e adolescentes, encaminhou à Câmara Municipal de Maceió um projeto que criava o Programa Permanente de Prevenção de Acidentes e Violências na Escola.

Sancionada a Lei Municipal n.º 5.259, publicada em 27 de dezembro de 2002, a Prefeitura Municipal de Maceió constituiu, assim, o Programa de Prevenção de Acidentes e Violência nas Escolas Públicas Municipais, que tem como uma de suas estratégias a instalação das Comissões Internas de Prevenção de Acidentes e Violência nas Escolas (Cipave$_s$) em cada unidade de ensino.

A experiência de Maceió

Maceió é a capital do Estado de Alagoas, está situada no Nordeste do Brasil e tem aproximadamente 1 milhão de habitantes. A rede municipal de educação é composta por 86 escolas e creches municipais, distribuídas em sete grandes zonas geoeducacionais, coordenadas pela Secretaria Municipal de Educação – Semed (PLANO..., 2001), que atende a 57.542 alunos, dos quais 506 nas creches, 6.239 na educação infantil, 26.951 de 1ª a 4ª série, 16.445 de 5ª a 8ª série, 7.298 na educação de jovens e adultos e 103 na educação especial Plano Político Pedagógico, 2001.

Ao ser considerada o bojo do debate, a iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde, da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas), destaca a preocupação clara com a promoção da segurança e propõe a prevenção de acidentes de crianças e adolescentes e da comunidade escolar, em todos os aspectos: físicos, psíquicos, socioculturais e ambientais (BRASIL, 2002a). Talvez o movimento que tenha deflagrado com ênfase uma ação nesse sentido em Maceió partiu da Sociedade Alagoana de Pediatria. Por intermédio de seu Departamento Científico de Saúde Escolar, em agosto de 2001, ela articulou a formação de um Comitê Alagoano de Saúde Escolar, composto por profissionais de diversas áreas e setores que congregavam dos mesmos desafios e demandas referentes aos acidentes e às diversas formas de violência. De caráter multiprofissional, esse comitê formou um grupo com pediatras, psicólogos, assistentes sociais, professores – das áreas de Educação Física, Biologia e Ciências –, pedagogos, odontólogos, nutricionistas e enfermeiros.

Os principais objetivos desse comitê visavam favorecer ações de promoção da saúde na comunidade escolar, orientar a estrutura, a organização e o funcionamento de ações relativas à

promoção da saúde nas escolas, a criar um diagnóstico sobre a situação social, biológica e psicológica da comunidade escolar, e a buscar parcerias para os projetos de promoção da saúde escolar nas diversas esferas de governo, empresários, organizações não-governamentais e com a sociedade em geral. Além destes, destacava ainda a importância de favorecer o intercâmbio de experiências entre profissionais e instituições, por meio de reuniões científicas, seminários, jornadas e outros processos.

Desse modo, foi possível que a Sociedade Alagoana de Pediatria contasse também com o apoio Sociedade Brasileira de Pediatria, por meio do seu Departamento Científico de Saúde Escolar, facilitando encontros técnicos de sensibilização de profissionais de saúde da rede pública de saúde e de professores da rede pública de educação, ambas do Município de Maceió, em Alagoas.

Importantes desdobramentos ocorreram, entre os quais vale destacar: que a Secretaria Municipal de Educação de Maceió – Semed (PLANO..., 2001) incluiu esse programa no projeto pedagógico plurianual; que o Conselho Estadual de Educação inseriu essa temática no plano pedagógico estadual (2005-2015); bem como o apoio da Universidade Federal de Alagoas (UFAL), que envolveu os docentes da disciplina de puericultura, da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (Fapeal), da Secretaria Estadual de Saúde e da Companhia Energética do Estado de Alagoas (Ceal).

Ao se empenhar para tornar viável uma proposta que contemplasse a rede pública de educação de Maceió na prevenção de acidentes e violência, o grupo de trabalho formado inicialmente constituiu, então, o comitê assessor da instalação das referidas comissões nas escolas.

O reconhecimento de que a escola é um espaço para a convivência de crianças e adolescentes, com a família e com a comunidade, pressupõe planejamento prévio, com estratégias que estimulem a integração entre esses diferentes núcleos de convivência, com perspectivas para a construção de conhecimento pelos cidadãos (SILVA, 2002a). É fundamental, para o êxito da proposta e dos cumprimentos dos objetivos, estender o processo de sensibilização e capacitação técnicas também aos funcionários, aos alunos e aos representantes das comunidades envolvidas com a escola.

Dentro desse contexto, formulou-se uma oportunidade de sensibilizar as escolas municipais de Maceió na perspectiva de se constituírem como Escolas Promotoras de Saúde, de modo a favorecer novas atitudes que privilegiassem, nas comunidades escolares, a valorização de uma cultura de cuidados, prevenção e promoção da saúde, com a perspectiva de qualificar as condições de saúde e de vida. Não se deixou de lado a proposta de que nessas escolas e comunidades se pretendia incentivar a diminuição da morbimortalidade por acidentes e violência entre crianças e adolescentes, pais e familiares, professores e outros membros da comunidade.

O processo permitiu uma observação da realidade de cada escola e de seu entorno, com suas peculiaridades por bairros e distritos de Maceió, que também favoreceu reflexões e debates mais localizados a partir de suas demandas específicas no campo da prevenção de acidentes e/ou de outras formas de violência. Desse modo, o desenrolar da experiência incluiu escolas municipais, estaduais, filantrópicas e particulares, que participaram da I Jornada Alagoana de Saúde Escolar, evento que marcou o início da divulgação da proposta Escolas Promotoras de Saúde em Alagoas (maio de 2003) e que foi possível por conta das parcerias acordadas com aquelas instituições citadas.

A partir daí, a ação do comitê assessor coordenou, no município, a implantação das Cipaves nas escolas. Esse comitê coletou ainda novas parcerias, como a da Companhia Energética de Alagoas (Ceal), da Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado de Alagoas (Fapeal), da Secretaria Estadual de Saúde (Sesau) e do Sesi, que contribuíram com assessoria técnica e inclusive com financiamento

para a viabilização e operacionalização da criação das Cipaves. Essa execução operacional ocorreu em seis etapas: planejamento e construção coletiva do regimento das Cipaves, visitas às escolas para diagnóstico situacional, reuniões e oficinas de sensibilização, realização dos cursos de capacitações dos membros das Cipaves, elaboração de mapas de risco dos entornos escolares e, finalmente, acompanhamento, avaliação, manutenção e retroalimentação das atividades.

Foi necessário estabelecer critérios de seleção para a inclusão das primeiras escolas que participariam da proposta e constituiriam as Cipaves, quais sejam: o acolhimento pela escola da proposta no sentido de estimular a promoção da saúde, que poderia se iniciar por meio desse programa de prevenção de acidentes e violências sugeridos pela lei municipal; e a participação de representantes da escola e da comunidade no processo de sensibilização em que a escola se dispusesse a inserir a questão no planejamento do seu projeto político-pedagógico.

Para tanto, as instituições que compunham o comitê assessor investiram na difusão e operacionalização de práticas metodológicas, como a realização de seminários, mesas-redondas, colóquios, oficinas, cursos, teatro de rua, teatro-fórum (dramatização intercaladas com questionamentos, diálogos com a platéia levando à reflexão dos atores e abrindo espaço para debates), danças, folclore e apresentação oral e de pôster, além de treinamentos em suporte básico de vida, combate a incêndios e outros que compunham o programa.

Foi utilizado um instrumento de avaliação para identificação de áreas e comportamentos de risco para acidentes e violência nas escolas e seus entornos, na forma de um questionário semi-estruturado, aplicado nas escolas onde o programa estava sendo implantado, contudo ainda não se dispõe desses dados de forma tabulada que nos permita uma análise nesse relato.

Resultados

A implantação do programa ocorreu em cerca de 20% (16 escolas) da rede pública municipal de ensino de Maceió. Esse número mostrava-se representativo das sete zonas geoeducacionais, envolvendo 384 membros da Cipave de cada escola, chamados então de “cipaveiros”. A implantação dessas Cipaves favoreceu ações mais articuladas que implementaram a proposta de criar Escolas Promotoras de Saúde nesse município.

A criação do comitê assessor, multiprofissional e interinstitucional, que intermediou, coordenou e incentivou as atividades de implantação de Cipave, foi de fundamental importância para que, paulatinamente, se constituísse a articulação de um processo em rede de promoção da saúde nas instâncias envolvidas.

A formação de alianças e parcerias, a partir do planejamento das atividades com as instituições que compunham o comitê assessor, representou um resultado significativo no desenvolvimento da proposta que aos poucos procura se institucionalizar na rede pública de educação de Maceió, o que trouxe ao grupo novas instituições, como o Centro de Apoio às Vítimas de Crime, o Sesi, o Serviço de Atendimento Médico de Urgência (Samu) e as empresas privadas.

A elaboração do regimento regulador das Cipaves, com definições administrativas e jurídicas dessas comissões, direcionou as atividades iniciais e foi uma boa estratégia para comprometer a participação de cada parceiro no comitê.

Foram realizados diversos eventos referentes às demandas mais específicas das escolas que se integraram à proposta de promover a saúde nas escolas, o que sinalizava aos gestores possibilidades

do tema de prevenção de acidentes e violências, induzindo ações para outras demandas, como foram verificadas por meio da realização de oficinas sobre prevenção de violências contra a mulher, planejamento familiar, promoções de segurança na infância e adolescência, meio ambiente saudável, palestras e apresentação de vídeo seguido de discussão sobre tabagismo e alcoolismo, grupo de estudo sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente, alimentação segura e saudável, campanhas de imunização, avaliação da acuidade visual e oficinas sobre saúde bucal.

Conclusões

As ações educativas de promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida nas escolas de Maceió foram iniciadas mediante a implantação do Programa Permanente de Prevenção de Acidentes e Violência, partindo da criação de um comitê assessor e da constituição de Cipave em cada escola envolvida. Essa proposta manteve acesa a perspectiva de cuidados, prevenção, promoção da saúde e construção da paz, que se demandará ainda um processo mais longo para se instituir e expandir.

O desenvolvimento desse projeto induziu e provocou reflexões com a comunidade escolar, gestores dos setores da Educação e da Saúde, sociedades de classe e a sociedade civil em geral. Certamente que se considera, pois, um processo que favoreceu o fortalecimento de ações de promoção da saúde e da paz, melhorando a qualidade de vida de todos.

A implantação do programa permanente de prevenção aos acidentes e à violência nas escolas tem gerado mobilização da comunidade, valorização da autonomia de cada Cipave e tem favorecido a análise e a tomada de decisão do coletivo comunitário.

Essa estratégia foi fundamental para a articulação de parcerias, atuação intersetorial e participação popular de modo a otimizar recursos disponíveis e provocar a formulação de políticas que considerem as necessidades da sociedade como um todo, tendo por base as possibilidades de integração e valorização do trabalho em grupo, quer de indivíduos na comunidade quer por meio interinstitucional, em prol da viabilização de saúde, segurança e paz para todos.

A partir dessa cobertura e abrangência iniciais, que pressupõe o favorecimento de criação de ambientes mais favoráveis à saúde, dá-se impulso ao desejo de se ampliar a formação das Cipaves para todas as escolas públicas de Maceió.

Considerando uma iniciativa pioneira em Alagoas, será fundamental manter e expandir as atividades do comitê assessor e de todas as Cipaves em funcionamento com vistas a garantir melhores condições de saúde e de vida da comunidade escolar, com menos acidentes e violência.

Os princípios de universalidade, integralidade e eqüidade, a descentralização e a organização hierarquizada podem ser potencializadas a partir das ações de promoção da saúde.

Colaboradores:

Elielba M. Alves Pinto – pedagoga, especialista em Educação Especial da Secretaria Municipal de Educação de Maceió.

Ana Regina Oliveira Moura – bióloga, especialista em Educação Sexual da Secretaria Municipal de Educação de Maceió.

Ivanildo Ribeiro Silva – técnico em Segurança da Companhia Energética de Alagoas.

Edna Sunamita Tenório Cavalcante – pedagoga, especialista em Saúde Pública da Secretaria-Executiva de Saúde de Alagoas.

Referências bibliográficas

ABRAMOVAY, M.; RUA, M. G. *Violências nas escolas*. Brasília: Unesco, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Fundação Nacional de Saúde. *Sistema de Informação sobre Mortalidade (SIM)/CenepI/MS*. Brasília, 2000.

_____. Ministério da Saúde. Datasus. *Sistema de informação sobre morbidade-internamento*. [S.l.], 2002a.

_____. Ministério da Saúde. Conselho Nacional de Saúde. *Política nacional de redução da morbimortalidade por acidentes e violências*. Brasília, 2001.

_____. Instituto Nacional da Seguridade Social. Dataprev. *Comunicação de acidentes de trabalho e sistema único de benefícios desenvolvidos pela Dataprev.* [S.l.], 2002b.

_____. Senado Federal. Lei nº 9.394, de 20 de dezembro de 1996. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional. Brasília, 1996.

GANS, J. E. et al. *America's adolescents*: how healthy are they? American Medical Association: [s.n.], 1990. (Profiles of Adolescents Health Series, 1). NL012690.

MACEIÓ. Prefeitura Municipal de Maceió. Lei nº 5.259, de 27 de dezembro de 2002. Lei cria o Programa Permanente de Prevenção aos Acidentes e Violência Escolar.

MATO GROSSO. Prefeitura Municipal do Mato Grosso. Lei nº 7.407 de 2 de Maio de 2001. Campanha Estadual de Prevenção de Acidentes Domésticos. Mato Grosso, 2001.

MOREIRA, A. M. M. *Projeto Cepav:* escola saudável previne acidentes e violências. [S.l.]: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1999.

ORGANIZACÍON PANAMERICANA DE LA SALUD. *Escuelas promotoras de salud*: modelo y guía para la acción. OPS/OMS: Washington, DC, 1996. (HSP/SILOS-36).

PLANO político pedagógico para a educação em Maceió: uma escola de qualidade, gestão 2001-2004. [S.l.: s.n.], 2001.

RECIFE. Prefeitura Municipal de Recife. Lei nº 16.665, de 5 de Março de 2001, Lei do Programa de Prevenção de Acidentes de Acidentes nas Escolas Públicas de Recife, Recife, 2002.

SALTO. Prefeitura Municipal de Salto. Lei nº 2.253, de 19 de Junho de 2001. Na rede municipal de ensino, a Cipae, Comissão Interna de Prevenção de Acidentes nas Escolas. Salto, SP, 2001.

SILVA, C. S. *Solta a voz:* saúde e riscos em escolares. Rio de Janeiro: [s.n.], 2002.

U.S. DEPARTMENT OF JUSTICE. *Drugs and crime facts 1991*. Rockville: Drugs and Crime Data Center and Clearinghouse, 1992. NCJ-134371.

Paz com Arte nas Escolas de Salvador - Bahia

Ney Wendell[1]

[1] Diretor teatral, coordenador Pedagógico no Liceu de Arte e Ofícios da Bahia, membro do Fórum Comunitário de Combate a Violência, Professor de Teatro na Ufba e de Arte e Educação na Uneb. *E-mails*: neywendell@uol.com.br; liceunarte@liceu.org.br. Telefones: (71) 3321 9159/3248-8214.

Introdução

A violência tem sido confirmada pela realidade social atual como um problema alarmante de saúde pública, e a escola tem representado um dos espaços de diferentes formas de expressão dessa violência, onde as vítimas são as crianças e os adolescentes cerceados de seu direito de paz[2].

A arte estimula o processo de construção do espaço psicossocial da escola, apoiando a dinamicidade e a ludicidade do ato educativo. Por meio do processo criativo do indivíduo e da coletividade, a arte favorece a reconstrução de uma cultura de paz.

A arte foi o eixo estruturante do Projeto Ampliando Espaço para a Paz, realizado durante o período de fevereiro a dezembro de 2002, nas escolas estaduais Zulmira Torres e Polivalente de Amaralina, duas escolas do complexo escolar Beco da Cultura no Bairro do Nordeste de Amaralina, localidade de baixa renda e o quinto bairro mais violento (FÓRUM COMUNITÁRIO DE COMBATE À VIOLÊNCIA, 2003) da Cidade de Salvador – BA. O projeto foi financiado pelo Ministério da Saúde com o Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento (Pnud) e executado pelo Liceu de Artes e Ofícios da Bahia[3] como parceiro do Fórum Comunitário de Combate à Violência (FCCV)[4], sendo os seus recursos administrados pela Fundação de Apoio à Pesquisa e Extensão (Fapex). O projeto encontrou eco no cotidiano escolar com foco na mobilização artístico-social, contribuindo na transformação metodológica e estrutural do ensino, ajudando a escola cumprir o seu papel social, educativo e criativo na comunidade.

Durante o ano de 2002, o projeto cumpriu suas fases de diagnóstico escolar, sensibilização e mobilização da comunidade escolar, capacitação com oficinas e seminários e multiplicação com efetivação de grupos mobilizadores para cultura da paz. Mesmo enfrentando grandes dificuldades com duas greves de professores, a abrangência do projeto foi de 5.315 pessoas entre crianças, adolescentes e adultos nas diversas atividades, sendo 150 crianças e adolescentes, de 10 a 18 anos,

[2] No último "Rastro da Violência" em Salvador, publicado pelo Fórum Comunitário de Combate à Violência (FCCV) em 2003, foram constatados que, em cada cinco vítimas de mortes violentas, uma é criança ou adolescente, sendo 90% negras ou pardas.

[3] O Liceu de Artes e Ofícios da Bahia, fundado em 1872, é uma ONG da área educacional, que desenvolve atualmente o Programa Arte, Talento e Cidadania, formando anualmente 300 jovens nas áreas de teatro, dança, música, design e mobilização social. Destaca-se nas ações com as escolas públicas pelo premiado Projeto Cuida Bem de Mim.

[4] O FCCV é formado por 94 instituições (OGs e ONGs) que trabalham em conjunto no combate à violência na Região Metropolitana de Salvador pelas suas respectivas áreas de atuações educacionais, culturais, sociais e políticas.

nas oficinas; 2.100 alunos nas ações de mobilização; 45 professores nas capacitações; 20 pais e 3.000 pessoas nas apresentações dos produtos artísticos.

A arte criou uma alternativa efetiva de enfrentamento diferenciado da violência, abordando novas metodologias para uma ampliação firme da paz.

Encontraremos na continuidade deste texto uma imersão teórico-prática sobre a arte na construção da cultura de paz, balizada pelo contexto descritivo das atividades do projeto.

Princípios norteadores

A arte é dinamizadora social, capaz de educar por si, potencializando criativamente o ato educativo.

Considerando o homem um ser sensível por natureza, a arte pode ser um veículo importante de manifestação dessa sensibilidade, que é necessária para alcançar a paz em níveis relacionais. A arte, dessa forma, propõe um mergulho do ser humano em si mesmo, colocando-o diante de descobertas e reconhecimentos, de forças e fraquezas, de medos e esperanças. Ela revolve e transforma internamente a pessoa, seguindo o conceito de Jung, que considera *"o processo criativo como uma essência viva implantada na alma do homem"* (JUNG, 1991, p. 63). A arte gera um conflito provocador e instigador da mobilização e da vontade de transformar, pois ela alavanca potenciais renegados e cerceados pela sociedade, pela família ou por si mesmo. Vai além de um simples estímulo, "empoderando" o ser na coragem de mudar, de erguer-se diante das adversidades.

É o processo artístico que possibilita o encontro do ser consigo mesmo, reconhecendo-se com habilidades, competências e faculdades necessárias para realizar as escolhas na vida. Para Rhoden (1990, p. 28) *"a arte é uma ação concreta da beleza individual"*. Na arte, o homem cria, usa de sua potencialidade como autor, identifica novas realidades e as modifica, como inovador por excelência. Essa atividade contribui sobremaneira com o processo educativo pelo fato de a arte envolver os aspectos integrais do sujeito (biopsicossocial). Podemos pontuar essa atuação integral da arte nos seguintes níveis:[5]

- **biológico:** a arte revela as potencialidades do indivíduo, levando-o a manifestações corporal, vocal, auditiva, visual e tátil, que sobressai do padrão engessado pela sociedade, alcançando novas mobilidades (musicalidades e outras manifestações artísticas), o que gera uma autovalorização diferenciada e a potencialização dos seus recursos sensoriais;
- **social:** o indivíduo interage e dialoga com a realidade, idealizando na criação e concretizando na manifestação artística. Na construção de um espetáculo (teatro, dança ou música), o trabalho em equipe é fundamental para o êxito em conjunto, aproximando as diferenças em uma mútua compreensão para alcançar uma meta comum. No exercício da arte, as diferenças de gênero, etnia, credo ou classe se desfazem no produto artístico, sendo este naturalmente um produto poético que vai além de qualquer preconceito. A natureza do fazer artístico é a simplicidade, que junta os indivíduos e os coloca diante de um fato: o sucesso se alcança enquanto indivíduo na coletividade. Além disso, a arte mobiliza socialmente o indivíduo, provocando mudanças sociais com um aprendizado vivo sobre o mundo, facilitando, dessa forma, uma educação capaz de intervir na sociedade (FREIRE, 1998, p. 110);

[5] Essa visão integral segue o alarde de Abraham Maslow quando fala: "Queremos ser tomados por indivíduos completos e totais. Não nos agrada sermos percebidos como objetos úteis ou instrumentos" (MASLOW, 1974, p. 67).

- **psíquico:** também no processo artístico a mente e as emoções são elementos necessários ao aprendizado, contribuindo para a apropriação do saber. A individualidade do ser é pesquisada e explorada em todas as suas possibilidades, propondo a todo tempo um enfrentamento vigoroso em relação ao mundo interno. A Aliança Global pela Educação Transformadora (Gate) considera a ausência da dimensão emocional na educação um fator crucial no comportamento autodestrutivo. É com a passagem por essa via que a arte ganha sua maior função: tornar cada pessoa capaz de se reconhecer internamente e socialmente, permitindo a criação de uma obra própria e inigualável. É por essa propriedade psíquica que *"toda obra de arte é filha de seu tempo, mãe dos nossos sentimentos"* (KANDINSKY, 1996, p. 27). Essa visão segue as bases de uma educação holística, na qual cada indivíduo é impar e se conecta com todos *"respeitando a unidade na diversidade"* (YUS, 2003, p. 19). Nesse sentido, o ser se configura enquanto sujeito histórico-cultural, em um processo dialético com o social, redimensionando sua psique na relação com o meio em que vive. Um sujeito representativo, capaz de mudar a si mesmo e o seu entorno, transformando com arte.

Nessa complexidade, a função educativa da arte firma-se como um dinamizador social, que facilita o caminho para o indivíduo transformar o coletivo e leva o indivíduo a aprender prazerosamente, por vias diferenciais, onde o saber é construído em um caminho tríplice de descoberta (saber consigo), diálogo (saber com o outro) e criação (saber com o mundo).

A paz é uma condição de sobrevivência e relação humana a ser ampliada em ação unificada e biopsicossocial

A paz[6] está presente quando se consegue dialogar com o mundo, inserindo-se nas inter-relações pessoais, que são fundamentais para opções mais harmônicas e saudáveis. As atitudes pacíficas advêm da sensibilidade que o ser estabelece para com o outro. Sentir o outro como parceiro na convivência, como importante na função que exerce na vida cotidiana. Nessa visão, a vida passa a ser uma rede, em que cada um age para e com o outro, mesmo distante, e ajudam-se na composição daquilo que se denomina sociedade; nesta, a ação unificada é proporcional à ampliação da sensibilidade. Ao atingir esse estado de percepção sensível, a violência para com o outro é sentida em si e, diante da dor, o ser pára e revê suas atitudes. O caminho para se alcançar a paz se encontra na obviedade do cotidiano, em que as atitudes pacíficas da relação precisam ser revalorizadas, anulando a cultura do isolamento que estabelecemos. A paz é proximidade, é intimidade, e a arte estabelece esse encontro. Vemos, diante desse alarde de um mundo separado e em desordem, a necessidade da arte, como nos afirma Kandinsky (1996, p. 127): *"É sempre nas épocas em que a alma humana vive mais intensamente que a arte torna-se mais viva, porque a arte e alma se compenetram e se aperfeiçoam mutuamente"*.

A escola é um epicentro ampliador da paz

Dentro da comunidade, a escola representa um contexto significativo da cultura local, dos costumes e valores que permeiam o cotidiano das famílias.

[6] A visão de paz exposta neste texto segue a concepção de Pierre Weil quando nos coloca a paz como uma ecologia do ser: ecologia individual (paz consigo), ecologia social (paz com o outro) e ecologia planetária (paz com o mundo) (WEIL, 2000).

É preciso reavaliar a função primorosa da escola na renovação social (FREIRE, 1998, p. 90). A curva para desfazer o destino mórbido da educação escolar é rever a visão desse espaço e considerá-lo, na sua realidade, um epicentro transformador, eixo de uma cultura local. Nele, se reúne uma multiplicidade de famílias representadas pelos seus membros (crianças e jovens), trazendo seus valores e atitudes que retratam a educação do lar, misturando-se a tantos outros diferentes para compor a riqueza da escola. Cada ato educativo influi nas famílias e nas posteriores gerações, com inter-relações diretas com a sociedade. Assim, a escola vai além de espaço delineado por salas e composto por professores e alunos no processo ensino-aprendizagem, é dela que advém as mobilizações transformadoras, de onde eclode o maior aprendizado prático do ser humano: a cidadania. Essa revisão do espaço educativo se dá em três níveis:

- **aprendizagem:** o saber como desenvolvimento das quatro competências básicas do ser humano: cognitivas, sociais, produtivas e pessoais;[7]
- **mobilização:** a escola, na sua função socializadora e política, sensibiliza e promove a atuação social dos seus alunos na comunidade;
- **afetividade:** a escola é o campo do vínculo de amor,[8] onde o aprender e o mobilizar se dá em conjunto, onde as diferenças se reconhecem em uma valorização mútua, gerando, com os laços afetivos, um campo de exercício social.

É nessa escola, dimensionada por novos valores, que a arte se insere como fundamento básico para conseguir unir o aprender, mobilizar e amar em uma via criativa e envolvente. A arte auxilia na resposta da seguinte questão: *"Como ser educador se não desenvolvo em mim a indispensável amorosidade aos educandos, com quem me comprometo, e ao próprio processo formador de que sou parte?"* (FREIRE, 1998, p. 75).

A ação artística modifica e amplia a metodologia de ensino-aprendizagem, guiando-se pelo prazer para tornar a criatividade um parâmetro para o sucesso.

A educação em arte *"tem missão especial de desenvolver na pessoa aquelas sensibilidades criadoras que tornam a vida satisfatória e significante"* (LOWENFELD, 1970, p. 26). Com isso, a escola tem favorecido o papel de promoção de oportunidades educativas sem exclusão, permitindo que cada potencial do ser humano se manifeste e ocupe sua representação viva na sociedade.

Itinerário do desenvolvimento do projeto

A arte no processo educacional pressupõe uma abordagem metodológica que facilite um desenvolvimento educativo prazeroso e entusiasta, favorecendo a freqüência e a permanência dos alunos na escola.

É uma prática que abrange diferentes faixas etárias e pode congregar interesses de grande parcela da comunidade escolar. Essa foi a escolha metodológica como investimento na prevenção da violência por se considerar que a arte empolga e cria, pela dinâmica criativa, uma ressonância ágil das atitudes pacíficas pela escola e pela comunidade (família e espaços diversos).

O foco foi a implantação de uma cultura de paz que continuasse a ser trabalhada na escola, mesmo sem a presença da equipe do projeto. Assim, seguimos um caminho que permitisse uma

[7] Esses saberes são referentes aos quatro pilares da educação propostos pelo relatório de Jacques Delors (1998).

[8] "É preciso amor para com a matéria que se ensina e para com as pessoas a quem se ensina" (MORIN, 2002, p. 37).

preparação progressiva da comunidade escolar para conquistar as ferramentas necessárias à continuidade posterior. A seguir, mostramos esse itinerário contemplando procedimentos que tornassem a ação singular, envolvente e determinante em seis etapas: sensibilização, diagnóstico, mobilização, capacitação, multiplicação e sistematização.

O projeto se iniciou em março de 2002, promovendo uma primeira etapa de **sensibilização** com o objetivo estimular, com criatividade, a participação da clientela. Antes, realizamos visitas pedagógicas a cada escola para uma sondagem espacial, estrutural, relacional e social do ambiente escolar e suas características educacionais. Logo após, foram apresentados espetáculos artísticos de teatro, dança e circo e promovido debates com alunos, professores e coordenadores pedagógicos sobre o projeto. Além disso, deram-se início a todo um processo de comunicação visual, com utilização de cartazes, camisas e *banners*.

Conseguimos com essa ação um envolvimento direto dos professores no interesse pelas propostas diferenciais do projeto e uma adesão dos alunos às atividades artísticas, principalmente pela falta dessas ações na escola. O reconhecimento rápido do nome do projeto e seu *slogan* "Eu amplio a paz", impressos nos materiais de divulgação, a maior utilização do tema paz nas salas de aulas pelos professores, a inscrição de 20% dos alunos nas oficinas e a circulação dos funcionários com a camisa do projeto indicaram o sucesso inicial dessa ação.

No mês seguinte, iniciamos o momento que denominamos de **diagnóstico,** com pesquisa entre os alunos, professores e direção sobre a temática e as ações de paz na escola e na comunidade, observando a metodologia de alguns professores em sala de aula, com duas equipes interdisciplinares, além de encontros com os familiares dos alunos. Nesse sentido, fizemos um levantamento de dados sobre essa clientela, resultando em uma percepção mais ampla sobre o cotidiano das duas escolas, verificando principalmente os problemas referentes ao processo de ensino-aprendizagem. A partir da análise desses dados, redirecionamos a metodologia do projeto, ampliando os focos de ações para uma maior participação do aluno e do educador nas atividades. Ao finalizar com um banco de dados sociais e educacionais para o projeto, essa ação teve seu êxito medido, principalmente, pela participação de 60% dos professores e 40% dos alunos na pesquisa; pela criação de um espaço de escuta para os pais e pelo envolvimento efetivo da direção e coordenação nas reuniões.

A terceira etapa foi a **mobilização** que interligava todas as fases seguintes do projeto até o final do ano e tinha como base a manutenção de ações que mobilizassem as escolas para a paz com atividades mais abertas, atrativas, em horários diferenciais e com uma renovação semanal. Tivemos ações como: repórter da paz (dois atores profissionais do projeto, vestidos de repórteres, saíam pelas salas para entrevistar os alunos e depois criavam um espaço de jornal-debate na hora do intervalo); capoeira da paz (uma roda de capoeira no intervalo para aglomerar os adolescentes em um diálogo circular sobre a paz); intervenção em sala (dois atores realizavam uma intervenção em sala de aula, trazendo personagens do cotidiano violento da escola e depois um debate); mural da grafitagem (mural artístico confeccionado pelos alunos com o tema paz); *clown* na sala (atividades com palhaços e acrobatas nas salas e nos corredores); hora do verbo (um momento onde os alunos, na hora do intervalo, ocupavam uma sala para debater temas escolhidos por eles); dança e cidadania (um grupo de dançarinos ocuparam os corredores e faziam uma apresentação envolvendo os alunos na dança); e interação com datas comemorativas (a equipe do projeto envolveu-se na organização dos eventos dentro da escola).

Com essas atividades, obtivemos como resultados uma maior aproximação da comunidade escolar com os profissionais do projeto, mudanças no aspecto físico da escola, ocupação dos

adolescentes nos horários vagos dentro da escola, maior interesse dos alunos em irem para escola e credibilidade do projeto por parte dos professores no que se refere à eficácia da mobilização para paz pela via da mobilização artística. Os indicativos foram a participação de 90% dos alunos nas mobilizações, aumento da freqüência dos alunos na escola nos dias de atividades, utilização criativa das aulas vagas, preservação do patrimônio escolar pelos alunos e aumento do número de exercícios escolares com o tema paz propostos pelos professores.

Logo após a sensibilização, em paralelo com o processo de diagnóstico, foi iniciada a etapa de **capacitação** que se prolongou até outubro de 2002. Nesse momento, realizamos para a clientela de aluno, em turno oposto, a oficina de dança contemporânea, teatro de *clown* (técnicas circenses e construção de palhaços), teatro de intervenção (encenação em espaços públicos) e atividades eventuais, como oficina afetivo-sexual e encontro de líderes estudantis. Com os professores e coordenadores pedagógicos, tivemos seminários sobre técnicas artístico-pedagógicas, acompanhamento dos projetos educacionais da escola e aulas interdisciplinares unindo professores e equipe artística do projeto em sala de aula. Junto às famílias realizamos entrevistas individuais e encontros temáticos. Em relação à clientela da comunidade, promovemos um trabalho na Associação de Moradores do Nordeste de Amaralina com a criação do grupo de teatro.

Como resultado, conseguimos um maior envolvimento dos pais nas atividades dos adolescentes, ampla divulgação e inserção do projeto na comunidade, diminuição de atitudes violentas nos alunos participantes das oficinas durante as aulas. Tivemos indicativos na permanência do número de inscrições dos adolescentes nas oficinas, solicitações dos educadores em continuar participando dos seminários, retorno dos pais sobre as mudanças positivas dos filhos em casa, mudanças no ambiente físico da escola, crescimento do interesse dos outros alunos em querer participar do projeto, assiduidade dos adolescentes nas oficinas. Esses resultados e indicadores foram medidos nos dois primeiros meses de atividades, a partir disso, o projeto sofreu uma desarticulação devido a duas paralisações e a uma greve dos professores durantes dois meses.

Para surpresa de toda a equipe, as atividades com os alunos fizeram tanto sucesso, que mesmo sem aula, eles continuaram a freqüentar as atividades no turno oposto, havendo ainda o perigo do lugar deserto, o que também forçou os pais a irem levar os filhos para escolas e se integrarem mais às atividades. Ao final de seis meses de ações, medimos os resultados nos alunos como o desenvolvimento das competências duráveis (saber trabalhar em equipe, comunicar-se na escrita e verbalmente, saber ouvir, articular idéias etc.), maior integração e sentido de grupalidade dos alunos das duas escolas, desenvolvimento das habilidades artísticas e atuação social, gerando uma maior auto-estima. Nos professores, vimos, principalmente, uma maior habilidade em aplicar a metodologia artística em sala e o uso do próprio potencial artístico. Obtivemos, também, uma participação mais ativa da comunidade na escola.

Para indicar o êxito desses resultados, tivemos a permanência de 80% dos adolescentes nas oficinas durante o período de greve da escola, além de chegar ao final com um aumento de 20% no número de adolescentes atendidos. Alcançamos uma participação de 30% dos professores das duas escolas nos seminários e um aumento na freqüência dos alunos nas aulas dos professores que começaram a usar técnicas artísticas.

Como seguimento de todo esse processo, chegamos à etapa da **multiplicação,** em que os produtos artístico-pedagógicos gerados pela capacitação foram apresentados para a comunidade em geral. Tivemos espetáculos de teatro do riso, teatro de intervenção e dança contemporânea, além do grupo da comunidade com o espetáculo de dança e teatro Pétalas em cima de umas das

temáticas-síntese do projeto *"o jovem é pétala e o planeta a flor"*. Foram realizadas apresentações na própria escola e nas ruas do bairro e uma grande finalização no Teatro Jorge Amado com a mostra da paz. Com essas ações, conseguimos realizar a criação dos grupos artísticos nas escolas (Grupo de Teatro de *Clown*, Grupo de Dança Contemporânea e Grupo de Teatro de Intervenção) e o Grupo Faces da Vida na Associação de Moradores.

Nesse momento, o projeto alcançou com sucesso, ao mesmo tempo, a comunidade escolar e o entorno próximo, atingindo um público de 3.000 pessoas na comunidade, a participação de 100% dos adolescentes das oficinas nas apresentações e 80% dos professores participantes dos seminários.

Como etapa final, a partir de todos os materiais colhidos nos diversos registros, chegamos à **sistematização** que durou dois meses de trabalho. Foram organizados todos os produtos confeccionados pelos adolescentes, foi realizado um levantamento dos dados finais sobre os adolescentes, os professores, a família e a comunidade, e confeccionado relatórios específicos de cada ação e o relatório geral, além de construído um projeto estruturante e realizada um edição áudio-visual dos registros das atividades.

A arte na escola saudável[9]

Uma escola saudável não se define somente pela existência de conteúdos relacionados à saúde humana nas disciplinas ou com a realização de ações pontuais sobre a temática da saúde.

Há necessidade de construir ambientes favoráveis à saúde, inserindo-a no projeto político-pedagógico, além de melhorar as relações interpessoais na comunidade.

Defini-la por saudável entende-se uma proposta de luta pela qualidade do ensino e a participação ativa da comunidade no controle das condições de qualidade de vida.

Nesse projeto, trabalha-se diretamente com um sintoma que interfere de várias formas na saúde escolar: a violência. Esta se caracteriza como um contraponto à vida e revela, nas suas manifestações, um desequilíbrio nas bases da comunidade escolar. Por que a violência interfere tanto na escola? Quem é o responsável por essa violência? Como solucionar tal gravidade? Todas perguntas são apresentadas no cotidiano de notícias e reportagens sobre atos violentos, como homicídios, roubos e agressões na escola.

O desafio do projeto foi valorizar o máximo as atitudes pacíficas que sobrevivem, por vezes, aos duros atos da insensibilidade humana. O caráter pacífico que compõe o ser humano precisa ser acionado no cotidiano de suas ações. Nesse sentido, foi priorizado o trabalho com a arte para sensibilizar e estimular, na comunidade escolar, valores comuns das atitudes pacíficas, exercitá-las na convivência e mobilizar novos opções de relação entre os indivíduos.

Dessa forma, a violência não entrou como pauta para ser combatida ou revertida, ou seja, as ações não foram focadas na temática da violência. Ao contrário, todos os esforços e a energia do projeto foram direcionados para uma única temática: a paz.

[9] Essa definição se assemelha com a proposta da Organização Pan-Americana da Saúde (Opas) de desenvolvimento/implantação das Escolas Promotoras de Saúde.

Revertia-se, desse modo, as seguintes questões: Como ampliar a paz? Quem é o responsável pela paz? O que é a paz?

A complexidade dessa valorização da palavra **paz** no lugar da palavra **violência** foi enfatizada com o propósito de mudar a percepção das pessoas que transformaram o trágico em comum ou a agressão em estado natural. Pretende-se uma escolha que segue a via da simplicidade, que valorize o que é óbvio e, muitas vezes, considerado piegas: a amorosidade.

É no cotidiano que se encontram atitudes mais simples que permeiam as formas de relação entre as pessoas (um bom dia, um abraço, um beijo, um olhar, um toque etc.). É visível nos contatos interpessoais, *"quando a generosidade e a confiança foram experienciadas, as relações amorosas podem se formar e serem compartilhadas com os outros"* (KELEMAM, 1996, p. 74).

Conclusão

O destaque para a riqueza do projeto se observa nos resultados positivos obtidos com a clientela em situação de exclusão, como os alunos de escolas públicas envolvidas, moradores de comunidades de baixa renda.

Por relatos, pode-se constatar ainda a sinceridade das participações e o valor que atribuíam às atividades como oportunidade de crescimento prazeroso na vida, como nos revela a aluna Daiane Santos (12 anos) ao dizer: *"Quando eu danço, me sinto como uma árvore que não pára de dar frutos, como uma estrela que não pára de brilhar"*. Presenciamos a força que a arte promove no aumento da auto-estima e da autovalorização, enquanto pessoa que produz e conquista sucesso.

*A arte preencheu a vontade do aluno gritar seu espaço, sua vida e sua beleza de criar quando ouvimos "Meu coração se sente melhor em saber que participei de uma coisa tão boa" (*Moisés Oliveira, 15 anos). *Os sorrisos nas divertidas descobertas do movimento, da voz, da interpretação e da pintura juntam-se aos choros de enlevo ao ouvir mães, pais, colegas e professores aplaudirem de pé o seu brilho no palco.*

São para esses andarilhos resilientes[10] que se abre o campo do saber artístico, para que eles possam criar o novo em si, no outro e no mundo. Retoma-se Weil (1986, p. 114) quando fala que *"as crianças só aprendem quando têm algum motivo, algum interesse em assimilar novos conhecimentos ou adquirir novos hábitos"* como os que estão apoiados os objetivos do projeto.

A partir dos resultados de um projeto simples na sua concepção, e complexo na sua realização, estão expostos a seguir alguns dos seus aspectos fundamentais.

A arte mobilizando a escola e a comunidade

A escolha da arte como eixo educativo que guiou todas as ações revelou a capacidade do processo artístico em atingir níveis aprofundados de mobilizações a partir da provocação do indivíduo.

[10] Uma das definições de resiliência é "a capacidade de pessoas, grupos ou comunidades de minimizar ou superar os efeitos nocivos das situações difíceis e das adversidades" (GROTBERG, 1995).