

Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I

**Sociedade Brasileira de Pediatria
Departamento Científico de Saúde Escolar**

Jorge Harada (Presidente)

Paulo César de Almeida Mattos

Glaura César Pedroso

Ana Maria Martins Moreira

Aubaneide Batista Guerra

Carlos dos Santos Silva

Márcia Bitar Portela Neves

Mércia Lamenha Medeiros Santos

Colaboradores desta publicação

Ana Maria Martins Moreira

Médica sanitária, membro do Departamento Científico de Saúde Escolar da SBP e do Departamento Científico de Segurança da Sociedade de Pediatria do Rio Grande do Sul.

Aubaneide Guerra

Mestre em Ciências da Educação
Especialista em Medicina da Adolescência
Membro do Departamento Científico de Saúde Escolar da SBP

Byron Emanuel de Oliveira Ramos

Professor de Pediatria da Universidade Federal de Sergipe
Médico do Centro de Referência em Educação Especial de Sergipe
Membro do Grupo de Trabalho do Portador de Deficiência da SBP

Carlos dos Santos Silva

Mestre em Pediatria
Gerente do Programa de Saúde Escolar da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Membro do Departamento Científico de Saúde Escolar da SBP

Francisco José Passos Soares

Doutor em Pediatria pela Universidade Federal de São Paulo
Professor Adjunto da Universidade Federal de Alagoas

Glaura César Pedroso

Mestre em Pediatria
Coordenadora do Programa Escola Promotora de Saúde de Embu (SP)
Membro do Departamento Científico de Saúde Escolar da SPSP e da SBP

Jorge Harada

Mestre em Pediatria
Secretário Municipal de Saúde de Embu (SP)
Presidente do Departamento Científico de Saúde Escolar da SBP

Josefa Ippolito-Shepherd

Assessora Regional em Promoção da Saúde e Educação para a Saúde
Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental
Unidade de Entornos Saudáveis
Organização Panamericana de Saúde
Organização Mundial de Saúde

Luzimar Teixeira

Professor da Escola de Educação Física e Esporte da USP
Centro de Práticas Esportivas da USP
Instituto Punin de Informação e Referência em Asma

Márcia Bitar Portela Neves

Mestre em Pediatria
Membro do Departamento Científico de Saúde Escolar da SBP
Professora Assistente II da Disciplina de Pediatria do Curso de Medicina da Universidade do Estado do Pará

Maria Cecília Focesi Pelicioni

Mestre, Doutor e Livre Docente em Saúde Pública, formada pela Faculdade de Saúde Pública da USP, onde exerce atividades de cultura e extensão à comunidade, docência e pesquisa, desde a década de 1980.

Maria de Lourdes Fonseca Vieira

Doutora em Saúde da Criança e do Adolescente pela UNICAMP
Professora Adjunta da Universidade Federal de Alagoas

Mércia Lamenha Medeiros Santos

Mestre em Saúde da Criança pela Universidade Federal de Alagoas
Professora Colaboradora da Disciplina de Puericultura da Universidade Federal de Alagoas
Membro do Departamento Científico de Saúde Escolar da SBP

Paulo César de Almeida Mattos

Membro do Departamento Científico de Saúde Escolar da SBP e do Comitê de Saúde Escolar da SOPERJ
Coordenador da Coordenação de Programas Especiais da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro

Viviane Manso Castelo Branco

Pediatra, mestre em Saúde Coletiva
Gerente do Programa do Adolescente da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro
Membro do núcleo gerencial do Departamento de Adolescência da SBP

Tradutora

Maria Ângela Barreto Guimarães

Psicóloga da Universidade Federal de São Paulo, mestre em Integração da Pessoa Portadora de Deficiência pela Universidad de Salamanca

Índice

1. Introdução

Jorge Harada

2. A Promoção da Saúde no Âmbito Escolar: A Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde

Josefa Ippolito-Shepherd

(tradução: Maria Ângela Barreto Guimarães)

3. Escola Promotora de Saúde: uma Visão Crítica da Saúde Escolar

Carlos dos Santos Silva

4. Promoção da Saúde no Cotidiano do Pediatra

Promoção da Saúde no Cotidiano do Pediatra no Serviço de Saúde

Mércia Lamenha Medeiros Santos

Maria de Lourdes Fonseca Vieira

Francisco José Passos Soares

Ação Interdisciplinar em Saúde Escolar

Paulo César de Almeida Mattos

As Relações Intersetoriais e Interinstitucionais

Glaura César Pedroso

A Participação Comunitária na Escola Promotora de Saúde

Glaura César Pedroso

5. Trabalhando com os Fatores de Proteção

Desenvolvendo Habilidades para a Saúde e Qualidade de Vida

Viviane Manso Castelo Branco

Alimentação Saudável

Márcia Bitar Portela Neves

Atividades Físicas e Promoção da Saúde na Infância e Adolescência

Luzimar Teixeira

Sexualidade Humana

Aubaneide Guerra

Vamos Incluir!

Byron Emanuel de O. Ramos

Meio Ambiente

Maria Cecília Focesi Pelicioni

Prevenção de Acidentes e Violências

Ana Maria Martins Moreira

Introdução

Jorge Harada

O mundo passa por um período de grandes transformações, resultado dos progressos políticos, econômicos, sociais, ambientais e dos avanços científicos e tecnológicos alcançados, em todas as áreas, pelo homem, com conseqüente melhoria nas condições de saúde e de qualidade de vida. Entretanto, observam-se, ainda, grandes desigualdades nas condições de saúde e de vida entre países, regiões e grupos sociais ⁽¹⁾.

No mundo, existem milhões de pessoas vivendo em situação de extrema pobreza e de exclusão social, impedidas de exercerem seus direitos civis e políticos para determinarem o seu próprio destino.

Por outro lado, no que se refere às condições de morbimortalidade, observa-se a permanência de doenças infecto-contagiosas em muitas regiões, o aumento de ocorrência de moléstias crônico-degenerativas, o aparecimento e ressurgimento de outras doenças e, ainda, a ocorrência de situações que anteriormente não eram consideradas como problemas de saúde como, por exemplo, o uso e abuso de drogas, a violência, o estresse, entre outros.

Embora os avanços ocorridos no último século sejam inegáveis e importantes no que se refere à assistência e à recuperação da saúde, o que se tem discutido, principalmente nas duas últimas décadas, é que se faz necessária a implementação de outras estratégias para se conquistar uma melhor condição de saúde e de qualidade de vida, visando não somente a recuperação e proteção, mas principalmente a promoção da saúde.

Segundo a Carta de Ottawa ⁽²⁾, uma série de pré-requisitos é necessária para a conquista da saúde: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Esse documento define Promoção da Saúde como o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de bem-estar físico, mental e social, as pessoas e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida e não como um objetivo para viver. Neste sentido, a saúde é um conceito positivo que enfatiza os recursos pessoais e sociais, bem como as capacidades físicas.

A Carta de Ottawa ⁽²⁾ define os campos de ação da promoção da saúde. São eles:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- criação de ambientes favoráveis à saúde;
- participação comunitária;
- desenvolvimento de habilidades pessoais;
- reorientação dos serviços de saúde.

Portanto, a promoção da saúde vai além de um estilo de vida saudável, ela caminha na busca de um bem-estar global, individual e coletivo.

O paradigma da saúde como qualidade de vida exige uma ação abrangente, que extrapola o setor saúde como único responsável. Faz-se necessária uma ação interdisciplinar e intersetorial, envolvendo os vários setores do poder público e, também, as organizações não governamentais, a iniciativa privada e a sociedade civil organizada, que devem trabalhar de forma integrada, sincronizada e planejada, possibilitando realizar diagnósticos e intervenções adequadas, dentro do contexto histórico-social da comunidade em que estejam atuando.

Cabe salientar que, nesta estratégia, é fundamental a participação da comunidade em todas as etapas do trabalho, ou seja, este deve ser realizado **com** a população e não para a população, possibilitando o fortalecimento de sua autonomia, resgatando-se valores de consciência social, solidariedade e fraternidade, porém sem missionarismo, autoritarismo e paternalismo.

A promoção da saúde deve ser entendida como um progresso nas estratégias da saúde coletiva na medida em que sua abordagem desloca o foco do indivíduo para os atores coletivos como a cidade, a escola, a fábrica, o meio ambiente ⁽³⁾.

Várias estratégias têm sido utilizadas, em nível mundial, para se implantar políticas de promoção da saúde. Uma importante estratégia, que tem sido adotada por vários países, estados, municípios ou serviços, é a Escola Promotora da Saúde.

Escola Promotora da Saúde é a escola que tem uma visão integral do ser humano, que considera as pessoas, em especial as crianças e os adolescentes, dentro do seu ambiente familiar, comunitário e social. Ela fomenta o desenvolvimento humano saudável e as relações construtivas e harmônicas, promove aptidões e atitudes para a saúde, conta com um espaço físico seguro e confortável, com água potável e instalações sanitárias adequadas, e uma atmosfera psicológica positiva para a aprendizagem. Ela promove a autonomia, a criatividade e a participação dos alunos, bem como de toda a comunidade escolar⁽⁴⁾.

A promoção da saúde no âmbito escolar tem três componentes principais:

- Educação para saúde com enfoque integral;
- Criação de entorno saudável;
- Provisão de serviços de saúde.

Desta forma, a Saúde Escolar passa, necessariamente, por uma revisão de seu conceito e de suas práticas higienista e assistencialista. Através da estratégia de Escola Promotora da Saúde, a saúde escolar tem a possibilidade de avançar e ampliar a sua concepção e práticas com uma visão integral e interdisciplinar do ser humano, dentro de um contexto comunitário, ambiental e político mais amplo.

A Escola Promotora da Saúde procura desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas; fomenta uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, buscando fortalecer tudo que contribui para a melhoria da saúde e do desenvolvimento humano; facilita a participação de todos os integrantes da comunidade escolar na tomada de decisões; colabora na promoção de relações socialmente igualitárias entre as pessoas, na construção da cidadania e democracia, e reforça a solidariedade, o espírito de comunidade e os direitos humanos⁽⁴⁾.

O pediatra tem papel fundamental na Escola Promotora da Saúde, na medida em que pode atuar em todos os seus componentes realizando vários tipos de ação, tais como:

- Promover, na atenção à saúde individual e nas ações de educação para a saúde, o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que contribuam para a adoção de estilos de vida mais saudáveis, abordando questões como a prevenção ao abuso de drogas, orientação sexual, alimentação saudável, atividade física, entre outros; desenvolver ações que melhorem a auto-estima, a identidade e a resiliência das crianças e dos adolescentes, bem como de seus familiares e da comunidade.
- Trabalhar junto com a comunidade no sentido de conquistar um ambiente físico e emocional saudável, não somente em relação à higiene, mas também em questões relacionadas à construção da paz e à prevenção de acidentes e violência; buscar a inclusão social e dos portadores de deficiência, de forma a assegurar um ambiente harmônico e estimulante para o desenvolvimento da criança e do adolescente.
- Estimular a participação efetiva da comunidade na construção da cidadania, na transformação de seu ambiente, na conquista da equidade social e em saúde, de forma que as pessoas possam modificar ativamente o ambiente e melhorar a qualidade de vida.
- Atuar, efetivamente, na reorientação dos serviços de saúde para além de suas responsabilidades técnicas no atendimento clínico, para oferecer uma atenção básica e integral aos pacientes e à comunidade.
- Assumir o papel de cidadão e membro da comunidade, participando da elaboração e implantação de políticas intersetoriais, apoiando e cobrando compromissos políticos que garantam maior equidade, qualidade de vida e saúde para a população.

Neste processo, a participação das Universidades e das Sociedades Científicas é de fundamental importância para: divulgação do tema; formação, capacitação e sensibilização dos profissionais; realização de pesquisas e avaliações na área e participação efetiva em todos os campos da promoção da saúde.

A Sociedade Brasileira de Pediatria vem cumprindo o seu papel, na medida em que tem participado de várias ações de promoção da saúde, principalmente na elaboração de políticas públicas saudáveis, na capacitação de profissionais, no estímulo à participação comunitária e na discussão de estratégias de reorientação de serviços.

Este Caderno consiste em mais um produto que vem reforçar estas ações. Esperamos que possa contribuir para a divulgação da Escola Promotora da Saúde, sensibilizando não somente os pediatras, mas todos os profissionais, instituições e setores interessados na Promoção da Saúde no país, de forma que possam garantir uma melhor qualidade de vida e saúde às crianças, aos adolescentes e a toda a população brasileira.

Referências Bibliográficas

1. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência & Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-177.
2. OMS 1986. Carta de Ottawa, pp. 11-18. In: Ministério da Saúde / FIOCRUZ. Promoção da Saúde: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília, Ministério da Saúde/IEC.
3. Lefèvre F. *Promoção de saúde: elementos para reflexão*. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo; 2000, 2pp. (mimeo)
4. OPAS. *Escuelas promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras*. Washington, 1998, 32pp.

A Promoção da Saúde no Âmbito Escolar: A Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde

Josefa Ippolito-Shepherd, PhD

A Organização Panamericana de Saúde, Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde (OPAS/OMS), desde o ano de 1995, estimula a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde, com o objetivo de fortalecer a capacidade dos países da América Latina e Caribe na área da saúde escolar.

A Iniciativa Escolas Promotoras de Saúde promove a mudança do paradigma tradicional para enfoques integrais de saúde escolar. A Região possui uma grande experiência no desenvolvimento e na implementação de atividades de saúde escolar. As práticas de saúde escolar mais freqüentes se fundamentam no paradigma tradicional de saúde escolar, que consiste em intervenções do setor saúde no âmbito escolar. Por exemplo, vacinação, desparasitação, controles médicos, ou palestras de profissionais da saúde nas escolas. Os professores também realizam múltiplas ações nesta linha, como controle do cartão de vacinas, participação em campanhas de prevenção, ações de detecção e encaminhamento de problemas de saúde. Dentro deste enfoque, predomina a lógica biomédica, centrada na prevenção da doença. A escola envolvida geralmente tem uma posição passiva nestas atividades, pois se concebe como um cenário para as ações de saúde. A Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde se fundamenta e se baseia no conceito de promoção da saúde.

A promoção da saúde, como estratégia eficaz para melhorar a saúde e a qualidade de vida, é o resultado de mudanças na teoria e na prática da saúde pública, provocada pelo informe Lalonde (Canadá, 1974), onde se reconhecem os fatores sociais, ambientais e os estilos de vida como fatores determinantes das condições de saúde¹. Um decênio depois, a comunidade de Saúde Pública adotou a Carta de Ottawa (Canadá, 1986), que define o conceito de Promoção da Saúde como...

“...o processo destinado a capacitar os indivíduos para exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre os fatores que podem afetá-la... reduzindo os fatores que podem resultar em risco e favorecendo os que são protetores e saudáveis...a saúde se desenvolve e é gerada no marco da vida cotidiana: nos centros de ensino, de trabalho e de recreação. A saúde é o resultado dos cuidados que cada indivíduo dispensa a si mesmo e aos demais, da capacidade de tomar decisões, de controlar sua própria vida e de garantir que a sociedade em que vive ofereça a todos os seus membros a possibilidade de gozar de um bom estado de saúde.”

A estratégia de Escola Promotora de Saúde surge no final dos anos 80, como parte das mudanças conceituais e metodológicas que incorporam o conceito de promoção da saúde na saúde pública, estendendo-o ao entorno escolar. A partir da Carta de Ottawa, surgiram outros compromissos que reafirmam estes princípios e enfatizam a importância de considerar a equidade e os determinantes sociais (Declaração de Adelaide, 1998; Declaração de Sundsvall, 1991; declaração de Bogotá, 1992; Conferência do Caribe, 1993; Declaração de Jakarta, 1997; Declaração do México, 2000; Declaração do Chile, 2002).

A implantação de Escolas Promotoras de Saúde implica em um trabalho conjunto de todos os integrantes da instituição educativa, do setor saúde e da comunidade e demanda a ação protagonista da comunidade educativa na identificação das necessidades e problemas de saúde e na definição de estratégias e linhas de ação pertinentes para abordá-los e enfrentá-los².

A promoção de saúde no âmbito escolar com enfoque integral, a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde, tem três componentes relacionados entre si³:

- 1) Educação para a saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida;
- 2) Criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis;
- 3) Oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa.

A educação para a saúde com enfoque integral responde às necessidades do aluno em cada etapa do seu desenvolvimento. Visa a saúde como uma construção social, abordando a inter-

relação dos problemas de saúde com seus fatores determinantes, dentro de cada contexto.

Incorpora a Educação para Saúde em nível curricular e como parte do projeto institucional. Utiliza todas as oportunidades educativas em nível formal e informal para promover a saúde. Promove a reflexão e a análise crítica da informação; facilita a conscientização e o “empoderamento” dos estudantes e da comunidade educativa como um todo. Busca desenvolver novos conhecimentos e habilidades que contribuam para a adoção e manutenção de estilos de vida saudáveis, por meio de técnicas participativas e atividades significativas que possam transcender o âmbito escolar⁴.

O desenvolvimento de habilidades para a vida é parte integral deste componente. Esta estratégia promove a adoção e a manutenção de atitudes que permitam aos indivíduos responder às demandas e desafios da vida diária, incluindo o ensino de habilidades para fazer, pensar, se comunicar e tomar decisões.

A criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis implica na promoção de um ambiente escolar físico seguro, limpo e com estrutura física adequada; com um ambiente psicossocial que promova relações interpessoais positivas, sem agressão, violência, álcool ou drogas; com equidade nas questões de gênero, estimulante para todos os seus membros e que favoreça a aprendizagem. Este componente promove a escola como um espaço de trabalho saudável, tentando melhorar, por meio do diálogo e do consenso, as condições de trabalho e estudo.

A oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa está direcionada à detecção e à prevenção integral de problemas de saúde, através da atenção precoce e acompanhamento correspondente e apropriado. Este componente pretende fortalecer o vínculo entre a escola e a equipe de saúde, para que as atividades se complementem e se reforcem mutuamente. Também implica na articulação entre os setores da saúde e da educação para definir as necessidades, os problemas de saúde e os métodos pertinentes e apropriados para abordá-los.

Na grande maioria das escolas da Região, existem refeitórios e cantinas escolares, mas se faz necessário avaliar o tipo de alimentos que se oferecem aos alunos, procurando garantir, na oferta, opções para que possam escolher alimentos saudáveis. Ao mesmo tempo, a escola é o lugar ideal para promover uma vida ativa, que faz parte do desenvolvimento de estilos de vida saudáveis.

A escola é um lugar propício para promover a saúde do escolar e da comunidade educativa, de acordo com a fase de desenvolvimento do aluno, a quantidade de meninos, meninas, adolescentes e jovens matriculados e os direitos à saúde e à educação.

A Escola Promotora da Saúde é a escola que^{5, 6}:

Implementa políticas que:

- Apóiem a dignidade e o bem estar individual e coletivo;
- Ofereçam múltiplas oportunidades de crescimento e desenvolvimento para crianças e adolescentes.

Implementa estratégias que fomentam e apóiam aprendizagem e a saúde:

- Permitindo a participação dos setores saúde e educação, da família e da comunidade;
- Oferecendo educação para saúde em forma integral e treinamento em habilidades para a vida;
- Reforçando os fatores de proteção e diminuindo os fatores de risco;
- Permitindo o acesso aos serviços de saúde, nutrição e atividade física.

Envolve todos os membros da escola e da comunidade:

- Na tomada de decisões
- Na execução das intervenções

Tem um plano de trabalho para:

- Melhorar o ambiente físico e psicossocial;
- Criar ambientes livres de fumo, drogas, abusos e qualquer forma de violência;
- Garantir o acesso a água limpa e instalações sanitárias;
- Possibilitar a escolha por alimentos saudáveis;
- Criar um ambiente escolar saudável;
- Promover atividades que se estendam para fora da escola

Implementa ações que conduzam a melhorar a saúde de seus membros e trabalha com os líderes da comunidade para assegurar:

- Acesso à nutrição;
- Atividade física;
- Condições de limpeza e higiene
- Serviços de saúde e respectivos serviços de referência

Oferece treinamento efetivo a professores e educadores

Tem Comissão local de educação e saúde:

- Associação de pais;
- Organizações não governamentais;
- Organizações comunitárias.

A Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde impulsiona as seguintes estratégias⁷:

- Advocacia para difundir o conceito de Escola Promotora da Saúde na Região;
- Criação de políticas e mecanismos de coordenação intersectorial (setor educativo - saúde e outros);
- Desenvolvimento de programas de formação de recursos humanos com enfoque integral;
- Formação e fortalecimento da Rede da Latino-americana e da Rede Caribenha de Escolas Promotoras da Saúde;
- Intercâmbio de experiências entre países;
- Formação de alianças estratégicas para a implementação de atividades colaborativas;

- Criação de regras e roteiros para apoiar os processos de certificação das Escolas Promotoras da Saúde;
- Criação e divulgação de material didático de Escolas Promotoras da Saúde.

Panorama do desenvolvimento das Escolas Promotoras da Saúde na América Latina

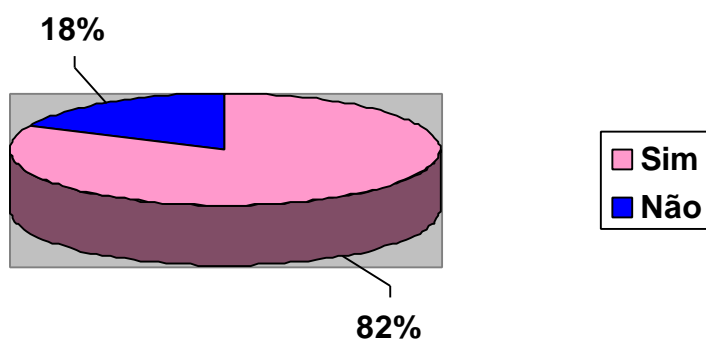
Com o objetivo de conhecer o panorama do desenvolvimento das Escolas Promotoras da Saúde na América Latina e da implementação da Iniciativa Regional, em 2001 a OPS/OMS, desenhou e aplicou uma pesquisa de caráter auto-aplicativo em 19 países da América Latina, que foi respondida por 90% dos países convidados a participar do estudo. A análise preliminar dos dados mostra que 94% dos países se encontram em processo de desenvolvimento da estratégia de Escola Promotora da Saúde⁸.

El Salvador, Chile, Uruguai e Honduras mostram as percentagens mais elevadas de Escolas Promotoras de Saúde, seguidos por um grupo de países cuja média oscila entre 3% e 6% (Guatemala, Peru, Cuba, Argentina). México e Colômbia possuem um elevado número de Escolas Promotoras de Saúde, mas seus percentuais são baixos quando considerada a quantidade total de escolas. Ambos os países são os que têm maior quantidade de escolas na região. Costa Rica e Paraguai apresentam uma proporção muito baixa. É importante considerar que podem existir variações na forma como cada país caracteriza as Escolas Promotoras de Saúde, interferindo na quantidade de Escolas Promotoras de Saúde para cada caso.

A estratégia da Escola Promotora de Saúde está implementada em 90% das escolas correspondentes ao primeiro segmento do ensino fundamental; em 60% dos casos nas escolas de educação infantil, assim como nas escolas de nível médio.

A maior parte dos países da América Latina conta com um amplo marco legal e político sobre saúde escolar. Esta situação é considerada como um aspecto facilitador para o desenvolvimento de estratégias neste campo. O gráfico nº 1 mostra que 82% dos países relatam a existência de políticas normativas específicas sobre Escolas Promotoras da Saúde.

Gráfico 1: Países com Políticas Normativas Específicas sobre EPS



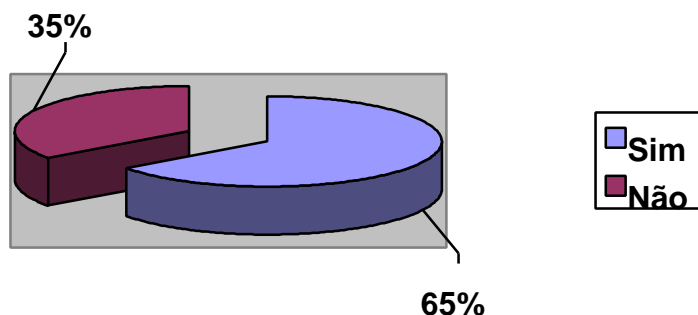
Fonte: OPAS/OMS. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde (2002) Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde. Resultados de Pesquisa Regional sobre EPS

O gráfico nº 2 ilustra a alta percentagem de países (65%) que constituíram Comissões Mistas Nacionais (Saúde-Educação).

Em alguns países, também existem outras formas de trabalho intersectorial entre a saúde e a educação. A criação de mecanismos de coordenação intersectorial é fundamental para o sucesso

na implementação da Iniciativa. Por isso, a maior parte dos países tem criado Comissões Mistas de Saúde-Educação, onde, em alguns casos, também participam outros setores.

Gráfico 2:
Constituição da Comissão Mista Saúde-Educação



Fonte: OPAS/OMS. Divisão de Promoção e Proteção da Saúde (2002)
Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde. Resultados de Pesquisa Regional sobre EPS

Todos os países abordam o ensino da Educação para a Saúde em nível curricular. A modalidade empregada consiste na sua inclusão como tema ou eixo transversal. A tendência predominante de incorporá-la de maneira transversal coincide e se relaciona com os processos da reforma educativa (curricular) pela qual passam a maior parte dos países da Região.

A pesquisa também identificou os aspectos que necessitam ser fortalecidos nos países; entre eles, se encontram as necessidades de:

- Fortalecer o financiamento
- Destinar mais recursos humanos
- Consolidar/melhorar a coordenação intersetorial e interinstitucional
- Formar recursos humanos
- Propiciar a troca de experiências
- Realizar acompanhamento e supervisão das escolas participantes
- Oferecer material de apoio didático às escolas
- Melhorar os processos de certificação

Conclusões

A situação sócio econômica atual da Região da América Latina, com o aumento da pobreza e a iniquidade, exige ações inovadoras e participativas para abordar os problemas de saúde e de educação da população escolar. A Iniciativa Regional Escolas Promotoras da Saúde é uma estratégia voltada para apoiar processos para melhorar a saúde da comunidade educativa e para contribuir para a garantia dos direitos à saúde e à educação de meninos, meninas, adolescentes e jovens. A promoção de saúde no âmbito escolar é responsabilidade de todos e constitui um investimento inadiável.

Referências Bibliográficas

1. OPS/OMS (2001) 43er Consejo Directivo. 53a Sesión del Comité Regional. OPS/OMS: Washington, DC
2. OPS/OMS (1996) Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y Guía para la acción (HSP/SILOS-36). OPS/OMS: Washington, DC
3. OPS/OMS (1998) Escuelas Promotoras para la Salud. Entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras (Comunicación para la Salud No. 13). OPS/OMS: Washington, DC
4. OPS/OMS (1995) Educación para la salud en el ámbito escolar. Una Perspectiva Integral. (HSS/SILOS 37). OPS/OMS: Washington, DC
5. Ippolito-Shepherd, J (2002) Promoción de la Salud en las Escuelas: Escuelas Promotoras de la Salud. Presentación en Taller Internacional de Salud Escolar. Convención Internacional de Salud Pública. La Habana, Cuba
6. Ippolito-Shepherd, J (2003) The Health-Promoting Schools Regional Initiative. Presentación realizada en el Taller de Promoción de la Salud y Desarrollo de la Adolescencia y Juventud, en Aruba
7. Cerqueira, MT (1996) Las Escuelas Promotoras de la Salud en las Américas. *Salud Mundial* 49(4)
8. OPS/OMS (2003) Resultados de Encuesta Regional de la Iniciativa Regional Escuelas Promotoras de la Salud. OPS/OMS: Washington, DC

Escola Promotora de Saúde: uma visão crítica da Saúde Escolar

Carlos dos Santos Silva

Revisão da Saúde Escolar

Refletir sobre Saúde Escolar exige a identificação dos diferentes enfoques que têm condicionado o desenvolvimento de programas, projetos e/ou propostas sob essa denominação, bem como os limites e possibilidades das práticas que vêm se afigurando ao longo dos anos no processo de desenvolvimento histórico desse setor ligado, no campo da saúde, à pediatria e articulado com a área da educação.

No que tange a uma proposta de saúde, torna-se importante conceber uma análise dos diferentes enfoques e conceitos de saúde de modo a permitir uma visão crítica das posturas que profissionais, setores da sociedade civil e o próprio Estado assumem frente à implementação de práticas voltadas para a atenção à saúde dos escolares.

Os modelos higienistas de Saúde Escolar, desde o final do século XIX até o imenso número de especialistas que se aglomerou em torno da Saúde Escolar a partir do século XX⁽¹⁾, não atenderam, de fato, às necessidades de saúde dessa população e criaram uma equivocada tarefa da Saúde de ter que responder pelo processo de aprendizagem de crianças e adolescentes, medicalizando as questões da educação e privilegiando a prática terapêutica como modelo de intervenção junto ao sujeito e à sociedade.

Tendo em vista a necessidade de avanços mais efetivos que possam subsidiar, nesse novo milênio, uma prática mais participativa no campo da Saúde e da Educação - consubstanciando a participação do sujeito e de seus diferentes núcleos de convivência na construção de programas voltados para sua saúde e qualidade de vida -, bem como o processo de sua inter-relação com as propostas pedagógicas, é preciso destacar dois marcos recentes, importantes para a transição do conceito de Saúde: a VIII Conferência Nacional de Saúde⁽²⁾ (Brasília/Brasil) e a I Conferência Internacional de Promoção de Saúde⁽³⁾ (Ottawa/ Canadá).

Segundo o marco conceitual desses eventos, Saúde deixa de ser considerada a simples ausência de doença, determinada apenas pela idéia hegemônica de caráter genético e biológico, para adquirir evidências de relação com outros fatores que são determinantes e estão relacionados com o modo de viver das pessoas. Identifica-se assim, Saúde na concepção de Promoção da Saúde, como prática de melhorar as condições de vida do cidadão e da própria sociedade, com a perspectiva de se investir no processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, com maior participação no controle desse processo. Saúde, desse modo, deve ser vista como um recurso para a vida e não estar reduzida a um objetivo de vida.

Do ponto de vista da Educação, na formulação dos Parâmetros Curriculares Nacionais⁽⁴⁾, o Ministério da Educação e do Desporto, na temática de Saúde, também refere a necessidade de romper com a concepção biológica de saúde, destacando os seus determinantes sociais e a relação das condições de saúde com a própria ação do poder público. Assinalando que a escola, sozinha, não se responsabilizará pela Saúde, descreve que ela poderá fornecer importantes elementos para capacitar o cidadão para uma vida saudável e propõe ainda, como estratégia importante, a inclusão da promoção da saúde na grade curricular para garantia dos direitos de cidadania. Como referência internacional, o Fórum Mundial de Educação⁽⁵⁾, em 2000 (Dakar/Senegal), define, em suas principais metas e estratégias, garantir a todos os indivíduos o direito à Educação⁽⁶⁾, para que possam atingir a responsabilidade de contribuir para o desenvolvimento da sociedade em que vivem.

Saúde, nesse enfoque, está diretamente relacionada e articulada às outras políticas sociais. As condições de qualidade de vida do sujeito e da coletividade são determinadas pela implementação de políticas públicas saudáveis, ou seja, comprometidas, efetivamente, com a justiça social, melhor distribuição de renda, direitos humanos, equidade, paz e, assim, com a promoção da saúde.

Iniciativas Saudáveis: Cidade e Escola

É dentro desse contexto que se destaca a Iniciativa de Cidades Saudáveis (OMS/OPAS), que propõe olhar o espaço urbano, através das diversas políticas sociais⁽⁷⁾, para estimular governo e sociedade civil a desenvolverem estratégias e projetos que possam contemplar com maior equidade e justiça os cidadãos que convivem ou habitam nas comunidades, bairros, distritos ou localidades.

Conceber uma cidade como saudável implica na realização de ações em seus diferentes espaços, comunidades, escolas, empresas, indústrias, áreas de lazer e unidades de saúde, entre outros, retirando dos serviços de saúde uma expectativa equivocada de exclusividade de produção e de promoção da Saúde. Tais ações tornam-se recursos importantes para o desenvolvimento social, econômico, histórico e cultural contribuindo para a construção de ambientes favoráveis à saúde, que se sustentem no cotidiano dos cidadãos, nos espaços de sua convivência.

A percepção da escola como um desses espaços se reflete na Iniciativa das Escolas Saudáveis ou Escolas Promotoras da Saúde⁽⁸⁾, traduzindo esse núcleo de convivência de crianças e adolescentes em local de grande relevância para promoção da saúde, principalmente quando esta estiver inserida na construção do conhecimento do cidadão crítico, estimulando-o ao desenvolvimento de habilidades e à opção por atitudes mais saudáveis para suas relações e para sua própria vida.

A Iniciativa “Escolas Promotoras de Saúde⁽⁹⁾” se traduz, assim, pelo compromisso e pela capacidade que a escola, a comunidade e os serviços de saúde têm de desenvolver parcerias e otimizar recursos locais em ação integrada e articulada para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades para a vida, o estímulo a atitudes e práticas de promoção da saúde e a construção de ambientes favoráveis à saúde. Essa postura deve estimular a participação de todos os atores e setores, com suas contribuições e conhecimentos, possibilitando estabelecer a escola como pólo irradiador das ações de promoção da saúde e educação na comunidade; deste modo, a relação saudável de interseção das políticas de Saúde e Educação valorizará a escola como cenário estratégico para uma cidade mais saudável.

Saúde Escolar e Escola Promotora de Saúde

Conceber a Saúde Escolar na ótica da Iniciativa “Escolas Promotoras de Saúde” favorece, no espaço da escola e, sobretudo, das unidades de saúde, uma ação mais reflexiva e crítica do conceito de Saúde. Criam-se, dentro dessa perspectiva, maiores oportunidades de identificação de demandas da comunidade escolar, que poderão ser enfrentadas com participação mais representativa e efetiva dos diferentes membros da comunidade, além de apontar, no processo de implantação, desafios importantes para a reorientação dos serviços de saúde, com vistas à melhoria da qualidade de vida do indivíduo e da comunidade.

A Escola Promotora de Saúde é uma proposta inclusiva e deve estimular e garantir uma participação ativa de cada ator envolvido: alunos e seus familiares, professores, funcionários, profissionais de saúde -particularmente o pediatra -, grêmios, associações e outros membros e setores da comunidade. Com os objetivos de implementar atitudes e ambientes mais saudáveis, desenvolver habilidades e estimular a tomada de decisões através da responsabilidade individual, familiar e comunitária, espera-se que a Escola Promotora de Saúde gere evidências de ações locais participativas que possam ser processos sustentáveis. É preciso, portanto, priorizar o diálogo, evitando monólogos autoritários de propostas verticais, com soluções prontas e isoladas e, assim, aprimorar a escuta e dar voz à comunidade escolar, garantindo-se o seu “empoderamento”.

Uma estratégia importante de técnicos articulados com a comunidade escolar é a de identificar, coletivamente, aspectos e condições sociais, ambientais, históricas e culturais; e as demandas do indivíduo e do grupo social em seus espaços de convivência, resgatando o poder próprio da comunidade no controle de sua saúde e de suas condições de vida. A partir do levantamento das necessidades da comunidade, discutem-se as prioridades e criam-se novas estratégias para enfrentá-las, buscando o desenvolvimento sustentável da comunidade escolar.

Fatores de risco e fatores de proteção

Indicadores de saúde, associados a estudos e levantamentos diagnósticos⁽¹⁰⁾, bem como a análise de como pensam e agem crianças e adolescentes, facilitam a identificação dessa realidade e, assim, poderão nortear a implementação de políticas públicas que se pretendem saudáveis. Uma série de situações pode colocar a saúde e a vida desses escolares em risco, ao mesmo tempo em que tantas outras podem contribuir como fator de proteção a uma vida de qualidade na comunidade escolar.

Questões ligadas à sexualidade, como início precoce de atividade sexual, gravidez não planejada na adolescência, uso e acesso a métodos contraceptivos, risco de doenças sexualmente transmissíveis ou de aborto; uso de tabaco, álcool e/ou outras drogas; conflitos interpessoais e na convivência; atitudes nas relações com o outro e com o meio que favorecem a violência podem se caracterizar como situações de risco para crianças e adolescentes, que eclodem no interior das salas de aula, com demandas ou desafios da vida de relações desse público, freqüentemente, muito antes de desembarcarem nos ambulatórios de saúde.

Embora essas questões estejam organicamente relacionadas ao comprometimento da Saúde - como o uso de cigarro como potencial gerador de câncer de pulmão ou o uso de álcool como provável gerador de acidentes de trânsito -, é preciso entender que, muitas vezes, está constituído um cenário que conduz ao que se denomina “situação de risco”, que predispõe crianças ou adolescentes a esse tipo de opção em períodos de adversidade como brigas na família, separação de pais, namoro desfeito, perda de um ente querido, risco de gravidez ou de AIDS depois de uma relação sexual sem preservativo. Do mesmo modo, políticas excludentes que fomentam a iniquidade, aumentam a pobreza, estimulam o consumismo, impedem o acesso a bens essenciais e/ou diminuem as possibilidades de uma vida melhor também expõem crianças e adolescentes a riscos maiores do que o uso do cigarro ou da bebida por si só.

Em contrapartida, situações que valorizam o indivíduo, preservam a vida coletiva, favorecem a auto-estima, estimulam a ação protagonista de crianças e adolescentes e priorizam o diálogo nos seus diferentes núcleos de convivência propiciam o apoio necessário para a opção por atitudes mais saudáveis de viver e a aquisição de habilidades para a vida⁽¹¹⁾: essas situações são referidas como de proteção à infância e adolescência. Do mesmo modo, políticas públicas implementadas para acesso aos bens essenciais, atividades culturais e de lazer, motivação e preservação ambiental, geradoras de empregos e de habitações adequadas também são consideradas situações protetoras.

Nessa discussão sobre proteção e risco, podemos destacar o papel dos profissionais de saúde e de educação que trabalham junto a crianças e adolescentes e no entorno da comunidade escolar, pois cada um passa a ter sua responsabilidade técnica na forma de atuar para promover saúde e melhorar a qualidade de vida da própria sociedade. Muitas vezes, temas que não fazem parte da graduação de professores lhes trazem o desafio de enfrentá-los no cotidiano da sala de aula. Isso exige planos de instrumentalização técnica desses profissionais, facilitando a abordagem mais contextual e significativa para crianças e adolescentes, numa escola preocupada com a construção do conhecimento de forma integral e cidadã, capaz de atender às demandas de vida de seus alunos.

Cabe aos representantes dos principais núcleos de convivência de crianças e adolescentes (família – escola – comunidade) interagir de modo ativo para criar espaços de referência, apoio, informação, acesso, diálogo, escuta e confiança, que garantam a aquisição de habilidades para a vida e a opção de crianças e adolescentes por um modo mais saudável de viver.

Alguns estudos em escolares⁽¹²⁾ revelam que os serviços de saúde ainda não parecem ser um espaço ou opção para buscar orientação sobre os mais variados temas e/ou sanar dúvidas e curiosidades próprias de sua faixa etária.

Para evitar a prática dos encaminhamentos, os profissionais de saúde, sobretudo pediatras, poderão priorizar uma conduta de promoção da saúde. Ao se inteirarem melhor de temas mais complexos, podem constituir uma efetiva parceria com professores e membros da comunidade escolar, refletindo sobre esses temas e suas formas de abordagem com os alunos/pacientes e seus familiares, num processo de construção coletiva, em prol da saúde e da vida de qualidade de todos os envolvidos.

É preciso promover a participação do pediatra – que também é um ator muito importante para a formação de crianças e adolescentes - na Iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde, estimulando sua instrumentalização para atuar na ótica da promoção de saúde, criando parcerias com os familiares e os professores, fundamentais na tarefa da Educação, de modo que se possa ter maior abertura dos serviços de saúde para a participação de adolescentes e jovens e para a qualificação no crescimento, desenvolvimento e aprendizagem de crianças e adolescentes, fazendo da Saúde também um núcleo de referência para aquisição de habilidades para a vida.

Como se pretende construir a Escola Promotora de Saúde?

A partir da investigação de demandas e temas pertinentes à comunidade escolar e, particularmente, aos escolares, podem ser traçadas estratégias para práticas educativas, com metodologias que garantam a interação e a participação dos sujeitos envolvidos. Também podem ser criados planos de instrumentalização técnica de profissionais e de membros da comunidade, permitindo o crescimento desses atores, apoiando-os no exercício de suas funções e no cotidiano de suas vidas.

É prioritária a criação de ambientes favoráveis à saúde, não apenas no que se refere aos importantes aspectos físico-ambientais, mas também que garantam a segurança, os direitos e o respeito que propiciam relações mais harmoniosas e solidárias entre as pessoas, inclusive na questão de gênero, construindo uma cultura de paz e de prevenção da violência. Assim, deve-se valorizar as relações de convivência, com carinho, respeito, afeto e outros valores positivos que os alunos mantêm com a família, com a escola, com os amigos, com determinadas agremiações ou associações da comunidade, e promover a prática de esportes e outras atividades socioculturais comunitárias que tenham o caráter de proteção para crianças e adolescentes contra agravos e riscos sociais, e que se destacam como atividades de promoção de saúde.

A reorientação dos serviços de saúde permitirá uma porta de entrada mais efetiva e democrática à comunidade escolar para atender suas necessidades clínicas, mas, sobretudo, garantirá o acesso à Saúde como ponto de referência para os parceiros que construirão a promoção da saúde, em conjunto com esses espaços, quase sempre dominados pela doença.

Expectativas e desafios da Escola Promotora de Saúde

Ao propor a criação de Escolas Promotoras de Saúde, o que exige a atuação integrada e articulada das áreas de Saúde e de Educação com as outras políticas sociais, espera-se:

- ✍ Uma escola cidadã, que se configure como um espaço de permanente interlocução com as demandas da sociedade, possibilitando a reflexão crítica e um processo de desenvolvimento e aprendizagem capazes de formar o homem pleno em seus direitos e deveres, solidário com o outro e com a natureza e meio ambiente em que convive;
- ✍ Que implementar ações de promoção de saúde na comunidade escolar possa contribuir para a inserção das questões relativas à saúde na construção do conhecimento para uma educação cidadã, estimulando a participação e reflexão do indivíduo e da comunidade escolar no controle da qualidade de vida;
- ✍ Que os serviços de saúde tenham maior abertura às propostas participativas da comunidade na tomada de decisões, priorizando a atenção básica e integral à saúde, reorientando suas ações para a promoção de saúde, construindo um saber coletivo com a população, principalmente a de crianças e adolescentes, incentivando neles escolhas e atitudes mais saudáveis no seu cotidiano⁽¹³⁾.

Almejar, pois, essa experiência como valiosa e pretender que ela esteja na agenda política do país exige a minimização de indicadores sociais negativos, reversão de situações de agravo e o enfrentamento de desafios, num panorama em que a equidade, como fator determinante da saúde, ainda não se faz presente. Observamos esse fato quando nos deparamos com as marcadas desigualdades sociais e econômicas, com níveis de saúde e de educação muito aquém do mínimo

admissível para os cidadãos e as comunidades. A pobreza e a vulnerabilidade social propiciam a exclusão e não permitem oportunidades efetivas de melhora da qualidade de vida por políticas ainda não efetivamente comprometidas com a promoção da saúde.

Nesse sentido, a proposta de trabalhar com a criação de Escolas Promotoras de Saúde poderá se fortalecer, num momento em que o panorama político do país consolida o processo democrático e a população assume e compartilha a eleição de um novo governo, que pressupõe a governabilidade com o povo e se compromete com a inclusão e a garantia de direitos do cidadão. Criam-se, desde o âmbito nacional, expectativas favoráveis a políticas públicas saudáveis que possam, efetivamente, satisfazer as necessidades de saúde, de educação e de desenvolvimento social da população, a partir da atenção integral às comunidades locais, respeitando suas histórias, culturas e saberes, como se propõe nessa Iniciativa, a partir de cada comunidade escolar e seus interlocutores.

A Escola Promotora de Saúde se traduz como importante estratégia para uma cidade mais saudável, numa ótica de inclusão e de participação. A escola também pode representar o equipamento social que protagonize a ação de mudança desse quadro desfavorável das condições de vida da população, a partir do seu eficaz papel de construção do conhecimento. O enfoque do processo de aprendizagem deve compartilhar dos objetivos e desejos dos próprios escolares, estimulando-lhes o pensamento crítico e qualificando a cooperação e interação com o núcleo familiar e comunitário, bem como a capacidade de incluir os serviços de saúde como um núcleo de referência. Por esse motivo, espera-se que a escola sozinha não possa reverter essa situação, mas que, somada à ação de diferentes parceiros da área social, possa, de fato, representar o pólo catalisador e irradiador do conjunto de ações de uma rede de atores comprometidos com mais justiça social e econômica, solidariedade e equidade, portanto, comprometidos com a promoção de saúde e a melhoria da qualidade de vida da população de seu entorno, comunidades, bairros, cidades, estados, macrorregiões e do próprio país.

Componentes/Atividades na Escola Promotora de Saúde⁽¹⁴⁾

Construir Ambientes Favoráveis à Saúde

Favorecer espaço físico adequado com boa iluminação, ventilação, instalação de água e esgoto, cuidar para que escadas, rampas e áreas de recreação e esporte sejam planejadas de modo a evitar acidentes; favorecer um ambiente psíquico e emocional capaz de propiciar melhores relações interpessoais na comunidade escolar e a construção de uma cultura de paz, além de prevenir a violência, são atitudes que geram ambientes favoráveis à saúde.

Estimular Alimentação Saudável

Refletir e pensar estratégias que garantam a todos acesso ao alimento com qualidade e quantidade adequada ao desenvolvimento do ser humano, bem como garantir Programas de Alimentação Escolar, incentivando os alunos à opção por alimentos saudáveis, são atitudes promotoras de saúde.

Incentivar a Prática de Atividade Física

O corpo em movimento, além da manifestação de expressão das pessoas, revigora suas energias, libera tensões, desenvolve autoconfiança e contribui para a integração social. Assim, a prática de atividades físicas como caminhar, nadar, correr, dançar, andar de bicicleta entre outras, pode melhorar a saúde na comunidade escolar.

Elevar a Auto-Estima

Estimular convivência com carinho, respeito e afeto incentivando a participação de crianças e adolescentes como protagonistas em suas tarefas e afazeres inclusive extracurriculares, é atitude que melhora a auto-estima e favorece as condições de saúde na comunidade.

Estimular o Bom Desempenho Escolar

O processo de construção do conhecimento que estimula melhor desempenho escolar do aluno também propicia uma visão mais crítica e reflexiva na comunidade escolar e contribui para a promoção de saúde, além de estimular a responsabilidade com o desenvolvimento da sociedade.

Instrumentalização Técnica de Profissionais e Membros da Comunidade

Incentivar a realização de cursos, seminários ou oficinas para professores, pediatras, outros profissionais e grupos da comunidade escolar sobre temas relacionados à questão de saúde ou outros que não fazem parte de sua formação, conhecimento ou domínio é estratégia importante na promoção de saúde na escola.

Desenvolver Habilidades para a Vida

Propiciar estratégias que desenvolvam destreza e conhecimento, que estimulem crianças e adolescentes a fazerem escolhas positivas e opções por atitudes saudáveis frente às necessidades no cotidiano de suas vidas é uma atividade importante da Escola Promotora de Saúde e, certamente, contribui para a prevenção de fatores de risco e da violência.

Uso de tabaco, Álcool e outras Drogas

O uso dessas drogas compromete as condições de saúde e da própria qualidade de vida de seus usuários. Portanto, a abordagem desses temas no espaço da escola e nos serviços de saúde articulados, pode ser importante para que se estimule a opção por atitudes mais saudáveis, que valorizem a vida.

Sexualidade e Questões Relacionadas à Saúde Reprodutiva

As dúvidas, incertezas e ansiedade do adolescente, relacionadas ao início da atividade sexual, gravidez não planejada, doenças sexualmente transmissíveis e aids colocam essas questões na pauta da análise de saúde na escola. A questão de abordar o tema e garantir acesso a métodos contraceptivos envolve a estratégia de instrumentalização técnica de professores e alunos e a parceria e compromisso dos serviços de saúde.

Prevenção de Acidentes e Violência

As causas externas, representadas pelos acidentes e a violência têm hoje grande participação no adoecimento e morte de crianças e adolescentes. O cuidado com o espaço físico pode evitar a ocorrência de acidentes na comunidade escolar. Os investimentos na criação de ambientes de respeito, de afeto e de convivência harmônica na escola propiciam melhor relacionamento entre seus membros, principalmente entre alunos, favorecem a solidariedade, a cultura de paz e facilitam o desenvolvimento de habilidades para a vida com atitudes de prevenção da violência.

Outras Demandas

Diversos outros problemas podem surgir como questões relacionadas à pele (piolho e sarna); ou problemas oculares, auditivos, fonoaudiológicos e de saúde bucal que acometem os alunos e, por vezes, comprometem sua qualidade de vida, impedindo-os de brincar, sorrir, correr, ler, aprender e até de se divertirem. Numa escola promotora de saúde é importante que as medidas práticas e os cuidados necessários tenham um encaminhamento coletivo de propostas e de compromisso para soluções participativas.

As escolas que assumem atitudes dentro desses princípios participativos estarão atuando com as questões de saúde na perspectiva da promoção de saúde, porque estarão investindo na melhoria da qualidade de vida de toda comunidade escolar e propiciando o desenvolvimento, aprendizagem e a aquisição de habilidades para a vida, portanto, podem ser denominadas de Escolas Promotoras de Saúde.

Referências Bibliográficas

1. Silva CS. (Org). *Saúde Escolar numa Perspectiva Crítica*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 1997. 3ª. edição
2. Brasil. Ministério da Saúde. *Anais da 8ª. Conferência Nacional de Saúde*. Brasília, 1986.
3. Carta de Ottawa. *I Conferência Internacional de Promoção de Saúde* (Ottawa/ Canada) 1986.

4. Brasil. MEC. Secretaria de Ensino Fundamental. *Parâmetros Curriculares Nacionais*. Brasília, 1997.
5. UNESCO. *The Dakar Framework for Action*. World Education Forum. Paris, 2000.
6. *Education for All*. No plano nacional publicado como Educação para todos. MEC. Brasília, 2001.
7. Westphal MF. O Movimento Cidades/Municípios Saudáveis: um Compromisso com a qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000, 5 (1). 2000.
8. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS). *Escuelas Promotoras de Salud. Modelo y Guía para la Acción*. Washington DC., 1996
9. Silva CS. *Escola Promotora de Saúde*. Promoção de Saúde na Escola. Secretaria Municipal de Saúde. Prefeitura da Cidade do Rio de Janeiro, 2ª edição. Rio de Janeiro, 2000.
10. Silva CS, Mendes SR. *Solta a Voz: Saúde e Risco em Escolares*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Rio de Janeiro, 2002.
11. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS). *Enfoque de habilidades para la vida para un desarrollo saludable de niños y adolescentes*. Unidad Técnica de Adolescencia, Washington DC. 2001
12. Silva CS, Mendes SR. *Solta a Voz: Saúde e Risco em Escolares*. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2002.
13. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS). *Educación para la Salud en la Comunidad. Experiencias Latinoamericanas*. HSP/SILOA-38. Washington DC, 1996
14. Organização Pan-americana de Saúde (OPAS/OMS). *Promoción y Educación de la Salud Escolar. Una Perspectiva Integral: Marco Conceptual y Operativo*. División de Promoción y Protección de la Salud. Washington, DC. 1995.

Promoção da Saúde no Cotidiano do Pediatra no Serviço de Saúde

Mércia Lamenha Medeiros Santos
Maria de Lourdes Fonseca Vieira
Francisco José Passos Soares

Conceito de Saúde

O conceito de saúde como ausência de doença, com um modelo baseado na tecnologia, sendo o hospital o centralizador desse atendimento assistencialista, foi induzido historicamente pelas grandes descobertas sobre microorganismos, antibióticos e vacinas.

Até o momento, a medicina tem centralizado esforços no desenvolvimento de técnicas, medicamentos, cirurgias, aparelhos eletrônicos de diagnóstico, que atuam no processo saúde-doença apenas no nível biológico e que estão direcionados para o enfrentamento das doenças isoladamente. O esforço médico corre em paralelo, dessincronizado e até em oposição ao esforço popular de combate aos problemas de saúde. Não tem sido uma preocupação importante da medicina a compreensão dos saberes, das estratégias, dos significados imaginários e das contradições e passividade dos meios populares ⁽¹⁾.

O aumento da sobrevida, as mudanças no estilo de vida, o sedentarismo, o medo da violência, a explosão do uso de drogas, a ansiedade, a depressão, a solidão e a alimentação com produtos industrializados têm gerado novos problemas aos serviços de saúde e necessitam de respostas diferentes daquelas até hoje utilizadas. Alguns aspectos precisam ser lembrados: o bem-estar, a solidariedade, a felicidade, que estão relacionados à qualidade de vida, a fim de promover o desenvolvimento humano e as habilidades pessoais.

A Declaração de Pequim (1995) insiste na importância de promover o desenvolvimento sustentado, centralizado nas pessoas, incluindo o crescimento econômico, provendo alfabetização, educação básica, educação continuada e atenção à saúde das meninas e das mulheres ⁽²⁾.

A escolarização, reconhecidamente uma das metas prioritárias, no caso das mulheres, tem um efeito positivo sobre a própria saúde e a da família; além disso, pessoas com maior grau de educação alcançam melhores níveis de qualidade de vida e têm maiores possibilidades de recursos, bens e serviços ⁽³⁾.

A saúde é um conceito em construção, em movimento, dependendo de valores sociais, históricos e culturais relacionados a interesses econômicos e sociais.

Promoção da Saúde

Promover saúde é uma atividade eminentemente política que implica em avaliar os recursos disponíveis e garantir que eles tenham aplicação integrada com as necessidades comunitárias. Rever os conceitos de saúde leva à necessidade de reorientação dos eixos de ação.

Segundo o Ministério da Saúde, promover saúde é aceitar o desafio de desencadear um amplo processo de articulação de parcerias, atuações intersetoriais e participação popular. “A promoção compreende a ação individual, a ação da comunidade e a ação e o compromisso dos governos na busca de uma vida mais saudável para todos e para cada um” ⁽⁴⁾⁽⁵⁾.

A organização dos serviços de saúde é um dos pontos importantes para promoção da saúde. Os serviços hospitalares, os ambulatórios e as campanhas de saúde pública interferem de modo muito pontual nas ações de educação em saúde, resultando em mudanças lentas de atitude. Se os serviços estiverem próximos das comunidades, inseridos na dinâmica social local, se forem contínuos e se conseguirem articular ações educativas, preventivas e curativas, existem grandes possibilidades de que produzam mudanças na qualidade de vida dessas comunidades.

É importante também a compreensão de como as classes populares recebem, aceitam e elaboram as mensagens e os saberes que lhe são transmitidos pelos órgãos de saúde.

Pediatra e Promoção da Saúde

O pediatra, que sempre se preocupou em reduzir a mortalidade infantil, precisa, nesse momento, ampliar suas ações em prol da melhoria da qualidade de vida, considerando a criança como um ser único, com suas próprias necessidades, como um ser integral, inserido em uma comunidade para que se possa buscar soluções adequadas.

Com o aumento da longevidade, principalmente nos países desenvolvidos, torna-se urgente a preservação também da qualidade de vida, garantindo um envelhecimento digno. A prevenção das doenças crônico-degenerativas, como as cardiovasculares, obesidade, diabetes, osteoporose, neoplasias, deve iniciar na infância.

Burr, em 1992, analisando o risco coronariano em diferentes dietas, concluiu que a gordura saturada acima de 10% é fator importante de risco se comparado às dietas vegetarianas ⁽⁶⁾.

Se houver antecedentes familiares, com alto risco coronariano e arteriosclerose, é recomendável alterar o estilo de vida, os hábitos alimentares, orientar dieta com baixo teor de colesterol e gordura saturada sem, contudo, restringir a dieta a ponto de interferir no crescimento e desenvolvimento. Recomendam-se dietas balanceadas e adequadas para a idade e incentivo ao aleitamento materno exclusivo nos primeiros meses de vida ⁽⁷⁾.

A saúde óssea está associada a dietas saudáveis com adequada ingestão de cálcio, estimuladas desde os primeiros anos de vida. A aquisição de massa óssea ocorre em picos e em diferentes idades, portanto se deve garantir ingestão contínua, inclusive na adolescência.

O risco de desenvolvimento de neoplasias depende da interação de fatores genéticos e ambientais. Recomenda-se, para prevenção de neoplasias: manutenção do peso corporal adequado, justificado por depósito de carcinógeno no tecido adiposo e excesso de energia que aumenta a multiplicação celular e diminui o período de latência; dieta variada, estimulando o uso de alimentos fontes de micro e macronutrientes e com conservação adequada, com muitas frutas e verduras; limitar o uso de sal, defumados, conservantes com nitritos, aditivos alimentares, café e cozimento dos alimentos em altas temperaturas. ⁽⁸⁾.

A saúde oral é também de responsabilidade do pediatra, que inicialmente deve estar atento à prevenção das cáries (elaborando dietas com baixo teor de açúcar, sacarose principalmente) e incentivar a mãe e a criança quanto à frequência da higiene e a fluoretação dos dentes ^{(9) (10)}.

O pediatra, trabalhando com o indivíduo em formação, pode intervir de forma eficaz para que ocorram mudanças no estilo de vida, mobilizando a mãe, o pai e/ou familiares e, conseqüentemente, as comunidades, através de repasse de informações técnicas, respeitando os saberes populares. Existem experiências bem sucedidas utilizando diferentes estratégias na abordagem de problemas populacionais de saúde.

A contribuição do pediatra precisa ir além dos muros dos serviços de saúde. Ele deve colaborar para a construção de espaços saudáveis, como escolas, creches, domicílios, promovendo a redução das taxas de morbi-mortalidade e de violência, que poderiam ser minimizadas se laços afetivos entre pais e filhos, professores e escolares, profissionais de saúde e comunidade fossem fortalecidos.

O baixo nível sócio-econômico e cultural perpetua primitivismos da personalidade, dificultando o desenvolvimento do potencial afetivo.

A interação da criança com o meio é realizada através do equilíbrio entre as necessidades básicas e o ambiente, nas diversas etapas do desenvolvimento. Parte-se do princípio de que é na família que a criança constrói uma base para conseguir uma adaptação à realidade futura. As experiências iniciais podem favorecer ou não as relações com creches, escolas, etc. Muitos distúrbios psicossociais podem ser decorrentes de fatores como carências, excesso de atenção, atitudes repressivas por parte dos pais ou educadores. Os excessos de repressão podem tornar as crianças muito dependentes, pouco criativas e excessivamente obedientes; se acompanhados de hostilidades, punições humilhantes, críticas constantes, poderão induzir comportamentos auto-agressivos e timidez excessiva. As restrições, quando necessárias, precisam ser acompanhadas de afeto.

De acordo com a teoria de Winnicott, a mãe é essencial para o desenvolvimento emocional do bebê. Ela é o primeiro ambiente, tanto em termos biológicos quanto psicológicos. A maneira como a mãe se comporta e se sente em relação ao seu filho exercerá grande influência sobre sua saúde ⁽¹¹⁾.

A figura paterna, que é muito esquecida, provendo apoio à mãe e ao bebê, participando dos cuidados, beneficia o desenvolvimento da criança, promovendo mais independência e brincadeiras mais ousadas. Tem-se observado que o homem ganha porque passa a ser mais cuidadoso com a família e com sua própria saúde.

O desenvolvimento infantil necessita de um conjunto de ações para proteção e cuidados com as crianças nos primeiros anos de vida, com o objetivo de assegurar um bom começo de vida. Um ambiente familiar tranqüilo e seguro é a base afetiva e cultural de cada criança. Ações de políticas públicas dirigidas às crianças até os 6 anos de vida devem assegurar saúde, nutrição, educação e aspectos sociais (creches seguras, bem estruturadas, lazer adequado, famílias estruturadas...) ⁽¹²⁾.

O desenvolvimento cerebral é susceptível às influências ambientais, portanto, as primeiras experiências e os aspectos nutricionais têm impactos futuros importantes. Estudos têm revelado que brincadeiras, toques e outros estímulos desenvolvem mais sinapses cerebrais, favorecendo o desempenho cerebral.

O Pediatra e os Serviços de Saúde

A visita à unidade de saúde deve ser momento para detecção precoce de enfermidades e deficiências, mas também uma oportunidade de se promover saúde através de um trabalho educativo para a criança e/ou adolescente e família.

As enfermidades divergem de acordo com a faixa etária. Nos pré-escolares e nos escolares, predominam as diarreias, os quadros respiratórios, carências nutricionais (hipovitaminoses, anemias), problemas de crescimento e desenvolvimento.

Entre os adolescentes, principalmente nas regiões mais pobres, ocorreu ascensão da epidemia da infecção pelo HIV e de outros agentes de transmissão sexual, além de danos causados pela violência, uso de álcool, drogas, acidentes e a gravidez precoce. Os problemas que acometem os adolescentes são decorrentes de comportamento de risco nesse momento vulnerável da vida e têm como prováveis indicadores de risco: o baixo rendimento escolar, a falta de apoio familiar, a incapacidade de resistir às pressões dos companheiros(as), as baixas condições sociais, as habitações precárias, o desabastecimento de água, a ausência de saneamento, a baixa auto-estima. O adolescente tem dificuldade em enfrentar estas situações e, ao apelar para as drogas, agrava ainda mais os problemas.

Os serviços de saúde devem prevenir as enfermidades, através dos exames médicos periódicos e das atividades educativas, e assegurar imunização permanentemente. Também nos momentos das consultas periódicas, as informações sobre aspectos de uma vida saudável devem ser abordadas, modificando as concepções inadequadas ou preconceituosas que impossibilitam ações preventivas.

Atendimentos em situações de urgência e emergência devem priorizar também a faixa etária dos escolares e adolescentes.

Investigar e promover a saúde mental e emocional são aspectos que não devem ser esquecidos nas consultas médicas, assim como: orientar e encaminhar as crianças e adolescentes com déficits físicos e mentais; monitorizar o crescimento e desenvolvimento, avaliando e intervindo nas alterações nutricionais dos escolares; valorizar a imunização; alertar e orientar para que se tenha entornos escolares saudáveis; investir na prevenção das enfermidades de transmissão sexual (inclusive HIV), do tabagismo, do alcoolismo, da drogadição; prevenir a gestação precoce; observar os distúrbios do apetite, bulimia, anorexia, apetite exacerbado; não desprezar a possibilidade de casos de negligência, abuso sexual, violência física e psicológica ⁽²⁾.

As negligências podem ocorrer no não atendimento às necessidades de saúde da criança, como: grandes atrasos nas imunizações (mesmo as vacinas estando disponíveis), freqüentes perdas do cartão, não observação dos cuidados médicos, não controle nas doenças crônicas, desnutrição persistente, erros alimentares, má higiene corporal, episódios repetitivos de diarreia e infecções respiratórias, acidentes de repetição (por má supervisão, acesso a áreas de risco ou a produtos tóxicos). As negligências também ocorrem com relação aos aspectos educacionais, com absenteísmo excessivo, atrasos repetidos, não retorno com as tarefas, não valorização dos estudos, entrega de responsabilidades a terceiros, não comparecimento dos pais à escola (mesmo

quando são chamados), falta de material escolar. As negligências induzem graves conseqüências psicológicas, físicas e sociais nas crianças e adolescentes ⁽¹³⁾.

O Pediatra e a Escola Promotora da Saúde

É importante observar em que contexto social e cultural as ações serão realizadas, para que não se perca tempo e para que se obtenham efeitos benéficos. O educar para a saúde é um ato de poder que precisa ser bem compreendido, qualquer ação de saúde precisa ser muito bem analisada.

A educação para a saúde, a mobilização da comunidade, o estabelecimento de escolas saudáveis e com entornos seguros são ações que compõem a proposta de escolas promotoras de saúde e se complementam com o atendimento médico.

A parceria com as escolas, para manter cursos de atualização em educação sanitária e promoção de saúde dirigidos aos professores, assim como o estabelecimento de sistemas de referências e contra-referências entre escolas e unidades de saúde, permitirá identificar as crianças que necessitam de tratamento, que podem ser encaminhadas pela própria escola e que poderiam ter prejudicados a inclusão, o aprendizado e a saúde futura.

A opção de promover saúde, aliada a um trabalho interdisciplinar, poderá abrir um novo espaço para melhoria da qualidade de vida dos escolares e adolescentes.

Referências Bibliográficas

1. Vasconcelos EM. Educação Popular como instrumento de reorientação das estratégias de controle das doenças infecciosas e parasitárias. *Cadernos de saúde Pública, Rio de Janeiro* 1998; 14 (Supl 2) : 39 –57.
2. Organização Panamericana de Saúde (OPAS). Oficina Sanitária Panamericana. Oficina Regional da Organização Mundial de Saúde, Washington, 1998.
3. Santos MLM. *Asma Brônquica e Desempenho Escolar em Crianças e Adolescentes de Maceió*. [Dissertação de Mestrado em Saúde da Criança]. Maceió, Universidade Federal de Alagoas, 2001. 95pp.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação de Promoção da Saúde. *Promover saúde: possibilidades e responsabilidades de todos*, 2002.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. *Promovendo saúde na escola*, 2002
6. BURR ML. Particulares da dieta e risco cardiovascular. *Bibl. Nutr . Dieta* 1992; 49: 102 –110.
7. Gidding JJ. Prevenção Cardiologia Pediátrica: Fumo, álcool, colesterol, obesidade e atividade física. *Pediatric Clin . North Am.* 1999; 46 (2): 253 -63.
8. Escrivão MAMS, Oliveira FLC. Prevenção na Infância e na Adolescência das Doenças do Adulto. *Nestlé. Temas Nutrição em Pediatria* 2001; 4: 76 –91.
9. Maltz M, Lacerda P. Conhecimento do Pediatra na área da saúde bucal. *Rev . ABO* 2001; 9 (4): 210- 216.
10. Neto A. Uso de Flúor na Infância. *Nestlé. Temas de Nutrição em Pediatria*, 2001; 4: 76-91.
11. Nóbrega FJ. Atenção à criança desnutrida em áreas urbanas. *Nestlé. Temas de Nutrição em Pediatia*, 2001; 3: 56- 62.

12. UNICEF. *Situação da Infância Brasileira*. UNICEF, 2001.

13. MALTA SB. *Violência na família: Uma matriz da Violência na Sociedade*. Maceió: 2002. 197pp.

Ação Interdisciplinar em Saúde Escolar

Paulo César de Almeida Mattos

Por que é tão difícil atuar em equipe?

De modo geral, a formação dos profissionais de saúde não favorece a atuação interdisciplinar. No caso dos médicos, a formação essencialmente clínica, com ênfase na assistência, favorece a prática individualista. Somos produto de uma estrutura acadêmica compartimentalizada em departamentos e disciplinas, com grau reduzido de comunicação e despreparada para o processo de integração. Tal fato deságua na composição de equipes de saúde integradas por especialistas de diferentes áreas que, apesar de se encontrarem diariamente, quase não se falam, interagem pouco, fragmentam a assistência e superpõem ações ou deixam de realizar alguns procedimentos, por achar que a competência é de outro membro da equipe. Dessa forma, observa-se, muitas vezes, uma multiplicidade de intervenções, onde cada profissional prioriza a sua área de trabalho, ignorando o que os outros estão fazendo.

Muito mais que simpatia, trabalhar junto exige respeito, dedicação, confiança e cumplicidade. Isto representa um compartilhamento de responsabilidade pelos profissionais e um compromisso de atuar dentro de determinados padrões de qualidade e princípios éticos.

A abordagem interdisciplinar contribui para ampliar a compreensão e a intervenção sobre problemas de saúde, buscando, para resolvê-los, soluções conjuntas mais eficientes do que aquelas adotadas por cada profissional isoladamente.

Como compartilhar um trabalho que seja, ao mesmo tempo, competente e prazeroso, sem abrir mão das nossas especificidades profissionais?

Pensando em uma ação interdisciplinar em Saúde Escolar, estamos propondo a composição de uma equipe de trabalho que possa planejar e desenvolver atividades voltadas para a promoção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde individual e coletiva.

Uma equipe que atue nessa área poderá ser integrada somente por profissionais de saúde ou incorporar profissionais de outras áreas como, por exemplo, o professor. Nesse caso, educadores com visão de integralidade e que pensem a Escola como um coletivo podem ser importantes parceiros no desenvolvimento das ações.

A equipe ideal será aquela disponível no local de trabalho. O primeiro passo é o momento da aproximação dos profissionais, que precisam aprender a se conhecer e atuar em conjunto. Devem iniciar um debate e uma reflexão crítica em torno da nova proposta de trabalho, sendo fundamental identificar as atribuições de cada membro.

O processo de discussão para definição de objetivos e ações deverá ser feito conjuntamente. Por mais simples que seja a participação de um dos membros da equipe, o restante do trabalho não poderá prescindir dela. Cada profissional deve ter a sua autonomia preservada, entretanto, precisa pensar na contribuição que a sua ação tem para com o todo do processo coletivo.

O crescimento e o fortalecimento da equipe se dará na convivência diária, através do diálogo entre diversas abordagens, estabelecendo, assim, relações de influência mútua entre os diferentes atores. Busca-se o equilíbrio entre a especialização e o saber geral. Por se tratar de um diálogo de muitas vozes, precisamos construir uma comunicação em que haja uma coerência de linguagem. Isso vai requerer uma avaliação crítica e o reconhecimento dos limites de cada profissional.

A atenção não pode ficar centrada apenas na consulta médica. A relação entre o Pediatra e os demais membros da equipe não deve ser de superioridade e submissão. É necessário substituir a lógica da hierarquia pelo princípio da cooperação. Trabalhar em equipe consiste em um processo de interação de diversos saberes. As responsabilidades sobre as questões de saúde e doença cabem a todos os profissionais que a compõem, sendo fundamental a harmonia, a sinergia e a motivação de todos os envolvidos. Cada profissional deve entrar por inteiro nesse desafio, estando sempre disponível e flexível para rever posicionamentos e transformar suas atividades em uma ação em prol da criança e do adolescente.

Como a equipe pode contribuir no atendimento a alunos com dificuldades escolares?

Ao atender um aluno com dificuldades escolares, a equipe de saúde precisa controlar a ansiedade em resolver o problema rapidamente. Em geral, esse é um processo que apresenta múltiplas causas, sendo necessário conhecer a história de vida da criança, sua dinâmica familiar, o início da escolarização, as suas expectativas a cerca da escola, enfim, suas formas próprias de interação com o meio e com as outras crianças e adultos, dentro e fora da escola. Além disso, é importante ter em mente que, na sala de aula, há um confronto de valores e crenças, diferentes linguagens e culturas, histórias particulares de cada um que, certamente, terão influências positivas ou negativas sobre cada aluno.

Um diagnóstico isolado, descontextualizado da história de vida do aluno, pode funcionar negativamente, estigmatizando-o junto à família, à escola e aos colegas.

A equipe deverá analisar e discutir cada caso, buscando um diagnóstico que leve em consideração todos os fatores que possam ter contribuído para o desencadeamento do problema. Cabe enfatizar que qualquer ação, para se tornar competente, não poderá prescindir de ter como foco central o escolar.

E então, vamos à luta?

A autonomia, a especialização e as dificuldades de comunicação e linguagem de cada área, além da posição de defesa dos próprios especialistas, são alguns dos obstáculos a serem ultrapassados para a integração da equipe.

Temos um desafio pela frente. Não se trata de uma tarefa simples. Entretanto, precisamos romper algumas barreiras e acreditar que ela é factível. Para tanto, será necessário adotar uma postura mais solidária e comprometida com a defesa da vida e a saúde das crianças e dos adolescentes.

Bibliografia

Feldman M, Delorme MI de C, Pinto MR, Assis R de. Ação Interdisciplinar na Escola. *Encontro Pedagógico*. Juiz de Fora, MG, 1992.

Fundação Oswaldo Cruz. Formação Profissional em Saúde. *RADIS – Comunicação em Saúde*, Nº 3, Outubro. Rio de Janeiro, RJ, 2002.

Minayo MCS. Interdisciplinaridade: uma questão que atravessa o saber, o poder e o mundo vivido. *Medicina Ribeirão Preto* 1991; 70-77.

Nogueira A.(org); Arguello C, Sebastiani E, Geraldi JW, Freire P. *Contribuições da interdisciplinaridade para a ciência, para a educação, para o trabalho sindical*. 2ª ed. Petrópolis, RJ.: Editora Vozes, 1994.

Secretaria Municipal de Educação. *Nós da Escola*. Ano 1, Nº 9. Rio de Janeiro, RJ: Multirio, 2002.

As relações intersetoriais e interinstitucionais

Glaura César Pedroso

A complexidade dos problemas atuais evidencia a necessidade de integração e parcerias entre a comunidade escolar e as diversas instituições do poder público, ONGs, empresas e movimentos sociais para promover a saúde, respeitando-se a especificidade e os limites de cada setor ou instituição. Esta integração envolve associações de pais, sociedades de bairro, organizações não governamentais, profissionais da educação e da saúde, além dos próprios alunos, como afirma a carta de Ottawa ⁽¹⁾:

“Os pré-requisitos e perspectivas para a saúde não são assegurados somente pelo setor saúde. Mais importante, a promoção da saúde demanda uma ação coordenada entre todas as partes envolvidas: governo, setor saúde e outros setores sociais e econômicos, organizações voluntárias e não governamentais, autoridades locais, indústria e mídias. As pessoas, em todas as esferas da vida, devem envolver-se neste processo como indivíduos, famílias e comunidades”.

A experiência no contato com os movimentos sociais mostra, como observam vários autores, que a comunidade se mobiliza em torno de problemas, não de setores. Dessa constatação, bem como da complexidade dos desafios e das intervenções necessárias, decorre a busca pela intersectorialidade, definida como: “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de políticas, programas e projetos dirigidos a comunidades e a grupos populacionais específicos, num dado espaço geográfico, com o objetivo de atender as suas necessidades e expectativas de forma sinérgica e integral”. ^{(2) (3)}

A articulação das relações intersetoriais e interinstitucionais nos coloca frente a alguns desafios. A formação profissional dos agentes envolvidos segue, em geral, os moldes tradicionais de divisão do conhecimento e do trabalho, delimitando espaços de poder, favorecendo o sentimento de onipotência de alguns profissionais e dificultando a troca de informações e conhecimentos entre os setores envolvidos, assim como entre estes e a comunidade. O borramento dos limites tradicionais de cada área não implica na perda da especificidade das ações, mas gera conflitos e dificuldades que devem ser equacionados de maneira a promover o diálogo e a construção de um saber comum, com definição clara de objetivos, funções e responsabilidades ⁽⁴⁾.

A superação dos obstáculos ao desenvolvimento de políticas intersetoriais ainda é objeto de intenso debate. A adequação a esse novo modelo exige um remodelamento da estrutura dos vários níveis e setores de governo, para torná-los mais ágeis e flexíveis, e um planejamento adequado, com definição clara do papel de cada setor e da alocação dos recursos materiais e humanos para viabilizar as ações propostas.

É preciso que o planejamento e a prática dos serviços e programas visando a promoção da saúde sejam pensados em conjunto, sempre numa perspectiva interdisciplinar e com participação dos alunos, famílias e moradores de cada região.

Não se trata de buscar o mero agrupamento das ações e dos agentes, mas de promover uma interação real, com a colaboração e o compromisso de todos os envolvidos, sem manipulações e disputas pelo poder. É preciso resgatar a responsabilidade dos vários setores do poder público, em todos os níveis – nacional, regional e local -, a começar pelos setores de Educação e Saúde, abrangendo depois setores como Meio Ambiente, Obras, Transportes, Segurança, Cidadania, de acordo com a realidade local. Também é essencial que as ações da Escola Promotora de Saúde sejam ágeis e compatíveis com a realidade e as prioridades locais, para que as mudanças aconteçam. Merecem atenção especial as atividades de capacitação e atualização dos profissionais de saúde e educação, com estímulo ao trabalho em equipe e à formação de vínculos, além da valorização dos profissionais por meio de remuneração digna e condições de trabalho adequadas.

Não há fórmulas para garantir a participação efetiva da comunidade escolar; ao contrário, a participação é sempre construída, conquistada. Do mesmo modo, não se constrói a intersectorialidade por meio de decisões de gabinete, ainda que estas sejam importantes; é no trabalho cotidiano, nas relações entre escola e serviço de saúde e de ambos com seu território e população, que se constroem as parcerias efetivas, com participação da comunidade, atuando no interesse de todos os envolvidos.

Dessa forma, a escola promotora de saúde será realidade, trazendo melhor qualidade ao ensino, promoção da auto-estima e da cidadania do aluno, do professor e de toda a comunidade escolar.

Referências Bibliográficas

1. OMS 1986. Carta de Ottawa. In: Ministério da Saúde/FIOCRUZ. *Promoção da Saúde: Cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá*. Ministério da Saúde/IEC, Brasília.
2. Junqueira RGP. Agendas sociais: desafio da intersetorialidade na construção do desenvolvimento local sustentável. *Revista de Administração Pública* 2000; 34 (6): 117-30.
3. Junqueira LAP. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. *Revista de Administração Pública* 2000; 34 (6): 35 – 45.
4. Westphal MF, Mendes R. Cidade Saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. *Revista de Administração Pública* 2000; 34 (6): 47-61.

A participação comunitária na Escola Promotora de Saúde

Glaura César Pedroso

A Escola Promotora de Saúde oferece uma educação de qualidade, favorecendo o desenvolvimento da autonomia e da auto-estima do aluno e da comunidade, estimulando atitudes críticas e escolhas responsáveis frente às situações que se apresentam no cotidiano. A criança e o adolescente são sujeitos ativos do processo educativo, devendo ser compreendidos no seu contexto histórico, social e cultural. Só dessa forma a aprendizagem é significativa e a educação pode realizar seu potencial transformador.

O fortalecimento da participação da comunidade (grupo com território, história e destino comuns) é um dos campos de ação para a promoção da saúde ⁽¹⁾; no caso da escola, entendemos que esta comunidade abrange não apenas os educadores, funcionários, alunos e suas famílias, mas as pessoas que vivem e trabalham no entorno da escola, organizadas ou não em grupos, e que devem tomar parte no planejamento, execução e avaliação das ações voltadas para a melhoria da sua qualidade de vida e saúde.

O envolvimento das famílias é de fundamental importância, tanto no processo de ensino-aprendizagem como na busca de soluções para os problemas sociais urgentes com os quais a escola se depara (sexualidade, saúde mental, uso e abuso de drogas, violência e outros). Esse envolvimento precisa se estender ao entorno da escola, não apenas para resolver problemas, mas também para que a escola e o serviço de saúde se integrem à comunidade. As experiências com esse objetivo são excelentes oportunidades de desenvolvimento pessoal e social para todos os participantes.

Para que a participação comunitária seja um meio de transformação da realidade social, é necessário compreendê-la como um canal para o desenvolvimento de outra forma de poder, para o exercício da cidadania ativa. Assim, entendemos, como afirma Demo, que “participação é conquista. Não é doação, dádiva, presente. Nem imposição. Nunca é suficiente. (...) Se assim é, só pode ser conquista: criar seu projeto próprio de autopromoção”. ⁽²⁾ O mesmo autor define autopromoção como “a característica de uma política social centrada nos próprios interessados, que passam a autogerir ou pelo menos a co-gerir a satisfação de suas necessidades, com vistas a superar a situação assistencialista de carência de ajuda”.

Os espaços de participação social nunca são dados; antes, estão sempre sendo construídos e negociados, progredindo à medida que aumenta o grau de consciência dos cidadãos sobre seus direitos e deveres. Nesta perspectiva, assume especial importância o fortalecimento dos Conselhos de Saúde (Nacional, Estaduais, Municipais, Conselhos Gestores), Conselhos Tutelares, Conselhos de Direitos, Conselhos de Escola e outras instâncias organizadas com representação e participação popular. A promoção da saúde exige esforços para construir a cidadania e ampliar o poder das comunidades para decidir seu próprio destino. São freqüentes as tentativas de manipulação dos conselhos e dos movimentos sociais por governos, grupos de interesses ou partidos políticos. O enfrentamento dessas contradições requer reflexão constante sobre a consolidação da democracia e os rumos do processo participativo, buscando a inclusão social e a promoção da saúde de toda a coletividade.

Bibliografia

1. Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. *Ciência e Saúde Coletiva* 2000; 5(1): 163-177.
2. Demo P. *Participação é conquista*. 4ª. Ed. São Paulo: Cortez, 1999. 176 p.

Desenvolvendo Habilidades para a Saúde e Qualidade de Vida

Viviane Manso Castelo Branco

Por que desenvolver habilidades?

Embora o acesso à informação seja um direito, as práticas de educação e saúde não devem se limitar à transmissão de conteúdos. Informação, por si só, não muda comportamentos. Para que a informação seja assimilada, se transforme em ação e gere mudanças, é necessário um conjunto de habilidades. Por contribuírem para ajudar as pessoas a lidarem melhor com os desafios do cotidiano, diversos estudos têm enfatizado a importância das habilidades na promoção da saúde e qualidade de vida, ressaltando sua relevância para prevenir comportamentos de risco, proteger contra o uso de drogas e facilitar relacionamentos ⁽¹⁾.

Qual a melhor idade para realizar esse trabalho?

O desenvolvimento das habilidades é possível e importante em qualquer etapa da vida, mas a adolescência é um período privilegiado para este investimento por uma série de razões: é nesse momento que se desenvolve a capacidade de abstração, de solucionar problemas e de prever conseqüências, além da possibilidade de refletir sobre si mesmo e de perceber sentimentos e perspectivas dos demais. Por outro lado, os adolescentes costumam sofrer muita pressão por parte dos seus colegas, o que se torna difícil de lidar uma vez que sentem grande necessidade de se sentirem aceitos pelo grupo. Desenvolver habilidades pode contribuir para o desenvolvimento saudável e a autonomia dos adolescentes por auxiliá-los a lidar com as emoções e as pressões, pensar de forma crítica e tomar decisões ⁽²⁾.

Que habilidades que podem ser desenvolvidas num trabalho de educação e saúde?

✍ Autopercepção:

Visa desenvolver a auto-estima e a capacidade de se perceber como um ser especial e único, com direitos e responsabilidades.

✍ Comunicação:

Visa desenvolver habilidades de comunicação verbal e não-verbal, a assertividade e a capacidade de negociar.

✍ Relações interpessoais:

Visa desenvolver a capacidade de se relacionar com amigos e família, de trabalhar em grupo, de confiar, de buscar ajuda, de lidar com a timidez, de perceber, respeitar e valorizar as diferenças entre as pessoas, de buscar relações de gênero mais equitativas; desenvolver a solidariedade.

✍ Juízo crítico:

Visa desenvolver a capacidade de pensar criticamente e de lidar com a influência da mídia e dos colegas.

✍ Resolução de problemas:

Visa desenvolver a capacidade de avaliar as conseqüências das escolhas, resolver conflitos sem violência ou passividade, tomar decisões.

✍ Criatividade

Visa desenvolver a capacidade de agir criativamente e de buscar alternativas para lidar com situações novas.

✍ Lidar com as emoções:

Visa desenvolver a capacidade de identificar e lidar com seus sentimentos, desejos, emoções e ansiedades; relacionar emoções e comportamentos; controlar impulsos.

✍ **Tomar o destino nas próprias mãos:**

Visa desenvolver a capacidade de buscar motivação; definir objetivos e ter persistência para alcançá-los; encarar os desafios de forma construtiva.

Que atividades os profissionais de saúde podem realizar?

Os profissionais de saúde podem contribuir para o desenvolvimento das habilidades através da realização de atividades participativas como jogos, dramatizações e dinâmicas de grupo. Com o objetivo de ilustrar essa possibilidade, descreveremos um exemplo de dinâmica de grupo que trabalha uma série de aspectos tais como escolhas, tomada de decisão, comunicação, negociação, integração com o grupo, criatividade, tolerância, enfrentamento de desafios e resolução de conflitos. Como o ser humano é um todo indivisível, idéias, emoções e sentimentos estão interligados e se expressam através do corpo⁽³⁾. Dessa forma, atividades corporais, como a dinâmica descrita, propiciam uma importante oportunidade de aprendizado.

O facilitador pede que os participantes façam um círculo e dêem as mãos. Cada um deve memorizar com exatidão quem está à sua direita e à sua esquerda. Em seguida, o facilitador pede que soltem as mãos e andem pela sala, observando o ambiente, respirando pausadamente. A seguir, pede que todos se concentrem no centro da sala, e, movendo-se o mínimo possível, dêem a mão direita para quem estava originariamente à sua direita e a mão esquerda para quem estava originariamente à sua esquerda. O grupo ficará totalmente embolado. Sem soltar as mãos, em hipótese alguma, o grupo deve ser desafiado a desfazer o nó, refazendo a roda original. Depois de desfeito o nó, o facilitador pede que os participantes discutam o que vivenciaram: como foi o processo, o que fizeram, o que sentiram, o que aprenderam com essa experiência.

Como os profissionais de saúde podem se preparar para desenvolver esse tipo de trabalho?

Os profissionais devem buscar conhecer e vivenciar técnicas participativas que favoreçam o auto-conhecimento, o crescimento pessoal e o desenvolvimento de suas próprias habilidades, para que adquiram um repertório de instrumentos para lidar melhor consigo mesmos e com seus clientes⁽⁴⁾.

Referências Bibliográficas

1. World Health Organization / UNFPA / UNICEF. *Programming for Adolescent Health and Development: Report of a WHO/UNFPA/UNICEF Study Group on Programming for Adolescent Health*. Genève: WHO Technical Report Series: 886, 1999
2. Magrulkar L, Whitman CV, Posner M. *Life skills approach to child and adolescent healthy human development*. WHO, 2001.
3. Boal A. *Jogos para atores e não-atores*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1999.
4. Branco, VMC, Robin M. Contribuindo para o desenvolvimento pessoal do profissional de saúde. *Revista Saúde em Foco* n.º 23, 2002.

Vamos incluir!

Byron Emanuel de O. Ramos

“Educar é a capacidade de compreender as conexões ocultas entre os fenômenos”

Vaclava Havel

Quando fui convidado para abordar o tema **inclusão**, invadiram-me dois sentimentos opostos que se fundiram em sua ambivalência: alegria pelo convite e uma frustração refletida em meu cotidiano como pediatra; trabalhando e atendendo crianças e adolescentes com necessidades especiais, vivencio as dúvidas e inseguranças das famílias, dos profissionais e das próprias crianças, embutidas no silêncio mais íntimo do seu Ser. Pessoas quase sempre em desvantagem multifatorial (social, física, emocional), geralmente expostas a grandes situações de risco, trazem em suas biografias depoimentos de sua realidade igual a milhões de famílias brasileiras desestruturadas, que vivem submetidas a vários riscos ambientais. Seres humanos, parceiros e atores de um mesmo cenário, cansados de lutar, desacreditados, histórias que se repetem, desenvolvendo em nós, profissionais e trabalhadores da saúde e da educação a “canseira humana” (Brecht). Não fosse a resiliência que nos mantém inteiros, estaríamos hoje fadados ao desânimo e plenos de impotência, recuaríamos frente ao primeiro obstáculo, talvez uma frustração necessária e não uma derrota. Não é fácil acolher e incluir porque, antes de transformarmos os outros, é preciso uma reflexão crítica e uma autotransformação, quebrar barreiras, o que não se faz apenas com conhecimento técnico, pois demanda sentimentos de ética e solidariedade, compaixão e flexibilidade. Tem-se que acreditar nas potencialidades e diferenças individuais como elementos alavancadores para se conviver com a adversidade.

Inclusão, do verbo incluir (do Latim *includere*) significa conter em, compreender, fazer parte ou participar de. Segundo Dens (diretor em 1998, da Comissão Social da Bélgica – Movimento Integracionista Europeu), o princípio fundamental da inclusão é a valorização da diversidade. Cada pessoa tem uma contribuição a dar. O movimento pela inclusão no Brasil teve diretamente a influência europeia da luta pela não **exclusão social** dos portadores de deficiência. Na Conferência Internacional realizada em Salamanca, na Espanha, em 1994, sobre “Educação para todos”, ficou decidida a inclusão das crianças com deficiências em escolas comuns. O princípio orientador da Conferência de Salamanca é o de que “Todas as escolas deveriam acomodar todas as crianças independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais e lingüísticas. Crianças de rua e que trabalham, crianças pertencentes a minorias étnicas ou culturais e ou outros grupos em desvantagens e marginalizados”. Algumas crianças apresentam dificuldades de aprendizagem em algum momento de sua escolaridade. Assim, as escolas devem criar estratégias pedagógicas e maneiras de educar com êxito todas as crianças, inclusive as que têm deficiências graves”. (Rosita Edlar Carvalho).

A nova LDB - Lei 9.394/96 - estabelece o direito à educação pública e gratuita de pessoas com necessidades educacionais especiais. Incluir não só pessoas com deficiência (física, visual, auditiva ou mental), mas também as condutas típicas (nerológicas, psicológicas e psiquiátricas) e altas habilidades (superdotados). A grande meta da “Escola Inclusiva” é atender às necessidades de todos os alunos. O sistema educacional deverá ser estruturado para lidar com os alunos e apoiar os professores, o pessoal administrativo e a participação comunitária. A verdadeira **inclusão** só acontecerá se existir esse processo de desenvolvimento ao longo da vida das pessoas e, assim, contribuir para melhorar sua qualidade de vida, no trabalho, na escola e na família. Para que haja uma escola inclusiva é necessário compromisso e responsabilidade de todos os que fazem parte de uma sociedade. Não há inclusão sem intersectorialidade e ações interdisciplinares. Ela só acontecerá através dessas conexões, saberes técnicos e saberes vivenciais, flexibilidades, vínculos, relações interpessoais afetivas, amorosas. É preciso desenvolver um modelo pedagógico, terapêutico, criativo para todos os males sociais e

“educacionais excludentes”, responsáveis pelo fracasso escolar de alunos com necessidades especiais ou não.

Deve ser observada a temporalidade (vivência da escolaridade juntamente com seus pares, respeitando a faixa etária do aluno, melhorando assim a sua auto-estima e, conseqüentemente, a sua aprendizagem). Cabe aqui uma grande preocupação: vale a pena acelerar para cumprir etapas? O aluno compreende? Está feliz? O modelo didático pedagógico atende às suas necessidades?

E o papel da Universidade?

Como instituição formadora de conhecimento e de futuros cidadãos, será que prioriza, em seus espaços e em suas diretrizes curriculares, conteúdos programáticos mínimos necessários para a capacitação de profissionais que atuarão nas áreas de educação, saúde, psicologia, sociologia e outras cujo embasamento é alicerce para a inclusão? Durante a graduação, aprende-se pouco sobre desenvolvimento humano, menos ainda das pessoas que se desenvolvem de um jeito peculiar.

Qual o papel dos comunicadores?

A sociedade, as famílias só terão acesso a estas informações se contarem com a ajuda dos comunicadores compromissados e sensíveis, anjos de guarda, arautos que anunciam e denunciam as desigualdades e injustiças sociais; eles são o elo importante na cadeia de ações para o resgate e a construção da cidadania. Portanto, em um mesmo palco, estaremos de mãos dadas, numa ciranda, atores de todos os tipos, de todas as raças, de todas as cores, sons, sem preconceitos, acreditando e aprendendo, criando “espaços vazios” para que esses alunos dignamente possam ocupá-los.

E o aluno, ser pensante?

O que pensa o aluno, sujeito mais importante deste processo? Sente-se integrado e incluído? Ele participa da construção dos projetos e planejamentos dos programas instituídos? Como se realiza a avaliação pelo professor e a sua auto-avaliação? Ele aprendeu? Os pais e familiares têm acesso às ofertas para o seu filho e o direito para expressar os seus desejos, expectativas e medos?

E as políticas públicas?

Existe realmente uma política de “Educação inclusiva” – há decisões políticas que atendam às diferenças regionais e pessoais?

Há contradições, principalmente quando observamos as grandes dificuldades no sistema educacional do ensino regular, em que será semeada e frutificará a inclusão. Por que as regiões rurais mais pobres aceitam melhor a “educação inclusiva?” (Rosa Blanco). A tecnologia, a cientificidade e a academia são obstáculos que bloqueiam e causam a cegueira humana, incapaz de enxergar as conexões ocultas (F. Capra) para compreender e aceitar o outro do jeito que ele é. Acreditamos que a transformação do indivíduo se processa não por uma dotação biológica, nata, nem por ações isoladas sobre os objetos do mundo, mas pela dinâmica social característica de cada período histórico, por intermédio das relações inter e intrapessoais que se estabelecem reciprocamente (Vygostky).

A Sociedade Brasileira de Pediatria, em fevereiro de 1998, criou o grupo de trabalho “**Atenção integral às crianças e aos adolescentes de risco e portadores de deficiências**”, tendo como objetivo principal promover saúde através de ações preventivas e intervenção precoce nos níveis do desenvolvimento, seja das crianças e adolescentes ditos “normais” ou com alguma necessidade especial - não menos desenvolvidos, mas que se desenvolvem de forma diferente. O grupo de trabalho (GT) se propõe a dar consultoria, promover parcerias e implementar ações que possam contribuir para melhorar a qualidade de vida desses cidadãos.

O Departamento de Saúde Escolar da mesma Sociedade, em parceria com a Sociedade de Pediatria de São Paulo e a Associação Brasileira de Saúde Escolar, elaboraram as Diretrizes Básicas em Saúde Escolar, que, através de suas ações programáticas, abordaram temas de alta relevância, como integração e inclusão, que nortearão aquelas pessoas que trabalham com crianças e adolescentes especiais.

Como e quando incluir

As Diretrizes Nacionais propostas envolveram pesquisas e estudos abrangentes. Surgiram muitas dúvidas e inseguranças com pessoas e suas necessidades educacionais especiais, seus familiares e a sociedade como um todo. A análise e resultado foram embasados e provenientes de reuniões técnico-científicas, com a participação de vários setores conectados com as políticas públicas de Educação Especial do MEC, tendo sempre o olhar e o respaldo do Ministério Público no cumprimento destas ações. Pressupõe-se que tudo poderá ser viável tecnicamente, porém, nada acontecerá, se não refletirmos sobre as barreiras e preconceitos que estão dentro de nós e que talvez sejam os nossos maiores inimigos, que nos fazem resistentes, temerosos, desacreditados e fragilizados perante o cenário que visualizamos no atual ensino público do país.

Considerando os “Referenciais para a Educação Especial”, dois grandes temas foram contemplados: Organização do Sistema de Ensino para o atendimento ao aluno e a Formação dos professores. A partir destes referenciais teóricos, foram elaborados os critérios para operacionalizarmos a educação inclusiva.

Fundamentação:

- O princípio da identidade: a construção da pessoa humana em todos os seus aspectos afetivos, intelectuais, morais e éticos.
- Inclusão de todas as crianças, independentemente da raça, sexo, cor ou com alguma deficiência física, mental ou neuro-sensorial, mesmo as mais severas.
- Acesso das pessoas com necessidades educacionais especiais ao ensino regular, nas escolas comuns, que deverão integrá-las numa pedagogia centralizada na criança, capaz de atender às suas necessidades.
- Sistemas educativos projetados e programas aplicados de modo a ter em vista toda a gama dessas diferentes características e necessidades.
- Adoção, com força de lei ou como política, do princípio da educação inclusiva que permite a matrícula em escolas comuns, a menos que haja razões convincentes para o contrário.
- Busca de alternativas pedagógicas profissionalizantes para as crianças mais comprometidas.
- Valorização maior das possibilidades, das aptidões, dos interesses, do empenho do aluno para a realização das atividades, participação nos projetos e trabalhos coletivos.
- A pessoa com deficiência tem o direito de manifestar seus desejos quanto à educação, na medida de sua capacidade de estar certo disto. Reserva-se aos pais esse direito.

- Capacitação dos professores e administradores para remanejar recursos, adaptações físicas, diversificar as opções educativas, estabelecer vínculos com os pais e a comunidade, com flexibilidade e compromisso.
- Modificação do processo de avaliação, que deve ser mais qualitativo.
- Para incluir, não basta acolher; é preciso melhorar a qualidade de vida das crianças e adolescentes mais especiais e de seus familiares. São necessárias ações conjuntas de Educação e Saúde para resgatar o exercício da cidadania.

Estes dispositivos devem ser convertidos em compromisso ético-político-filosófico.
TODOS APRENDEM.

Qual o papel do Pediatra no contexto da inclusão?

Historicamente, este profissional tem a **alma inclusiva**, porque, estando sempre preocupado com o desenvolvimento infantil, não poderia deixar de promover saúde, proteger, denunciar e transformar-se em advogado da criança e grande articulador das ações intersetoriais. É preciso que o nosso cuidado se estenda às crianças e aos adolescentes que estão na escola ou fora dela. É preciso que a gente tenha consciência do projeto pedagógico como fator de construção social, que só será possível quando entendermos os novos paradigmas da inclusão “de todos e para todos”.

Acredito que, neste Milênio, daremos um grande salto, se conseguirmos implantar e implementar o grande projeto das Escolas Promotoras de Saúde, com o objetivo de promover melhor organização da atenção médica vinculada à escola, com a participação efetiva da comunidade no processo educativo continuado para a saúde de todos, de forma democrática, contextualizada, respeitando as diversidades regionais, culturais e espirituais; essas escolas são inclusivas.

Estas metas só serão atingidas se acreditarmos nas ações e nos gestores das políticas públicas de Saúde e Educação comprometidos com a **Vida**. Só assim será possível ver nascer uma sociedade mais justa, uma escola que forme pessoas solidárias, afetivas, éticas, conscientes da sua cidadania.

Conclamo os pediatras, professores ou não, médicos da rede pública ou privada, gestores de políticas públicas da Saúde ou da Educação, que se unam em corpo e espírito, que se encontrem, pois todo encontro é pedagógico e aprendemos sempre alguma coisa com o outro; o nosso caminho é interior. Este é o caminho mais difícil, a viagem mais dolorosa. Somos responsáveis por nosso próprio aprendizado. Esta responsabilidade não pode ser colocada nos ombros de outra pessoa, de algum guru (Briam Weiss).

Com certeza, nós, que cuidamos de crianças e adolescentes, estaremos sempre atentos, e monitorando o desenvolvimento de nossos pacientes. Não deixaremos de promover saúde, prevenir e intervir, melhorando a qualidade de Vida e reduzindo cada vez mais o número de crianças com necessidades especiais. **Também somos educadores. Vamos incluir.**

Bibliografia

1. Carvalho RE. A nova LDB e a Educação Especial. 2ª Edição, 1997.
2. Mantoan MT. Ser ou Estar, Eis a Questão. Rio de Janeiro: WVA, 1997.
3. Sociedade de Pediatria de São Paulo. Departamento de Saúde Escolar. Harada J, Rossi CS, Pedroso GC (relatores). Dificuldades Escolares: Papel do pediatra. Rev Paulista Pediatria 19(1): 41 - 45, 2001.
4. Rabelo AS. Adaptação Curricular na Inclusão. Revista Integração. MEC, Secretaria de Educação Especial, nº. 21, 1999.

5. Masini ES. Avaliação: Inclusão – Promoção Automática. *Psicopedagogia* 2001; 19 (55).
6. Blanco R. Aprendendo na Diversidade. III Congresso Ibero-Americano de Educação Especial – PR 1998.
7. Arnaiz Sanches P. Las escuelas son para Todos. Espanha, Universidad de Murcia, 1996.
8. Brasil. Ministério da Educação. Direito à Educação - Necessidades Educacionais Especiais: Subsídio para atuação do Ministério Público. Brasília: MEC, 2001.
9. Brasil. Ministério da Educação. Diretrizes Nacionais para Educação Especial na Educação Básica. Brasília: MEC, 2001.
10. Brasil. Ministério da Educação. Projeto Escola Viva. Brasília: MEC, 2000.
11. Fundamentos Teóricos para Educação Especial – SEED – AJU, Julho 2000.

Alimentação Saudável

Márcia Bitar Portella Neves

Há algumas décadas, não havia, no mundo, o questionamento sobre a maneira como a população se alimentava. Com o avanço científico e a constatação de que alguns transtornos da vida adulta poderiam ser evitados desde a infância, começou a haver, por parte das nações, a preocupação com os diversos distúrbios alimentares que atingem a população. No entanto, tal reconhecimento não gerou soluções eficazes, que pudessem determinar um consenso mundial, e tem sido marcado por transições históricas, políticas, sócio-econômicas e culturais.

O conceito de *alimentação saudável* é amplo e abrange desde o aporte adequado de nutrientes para promover o crescimento e desenvolvimento ideal até os cuidados de prevenção de alguns problemas mórbidos que aparecem na idade adulta, cuja etiologia e prognóstico podem estar relacionados, pelo menos em parte, à alimentação e hábitos alimentares dos primeiros anos de vida da criança. Esta alimentação adequada deve respeitar os padrões sociais, econômicos e culturais da família e mesmo da região, além da competência digestiva, absorptiva e metabólica da criança, levando em consideração as necessidades nutricionais de cada idade.

Durante o período pré-escolar e escolar, as crianças passam por uma mudança importante de padrão alimentar. Nesta fase, já participam das atividades familiares como também das refeições dos adultos, recebendo o mesmo alimento que a família come. À medida que crescem, diminuem o número de refeições e o interesse pela alimentação. Com o ingresso na escola, passam a conviver com horários, com o conhecimento de alimentos diferentes daqueles já habitualmente conhecidos no meio familiar e com as preferências por doces, guloseimas e bebidas de alto valor calórico e baixo valor nutritivo. De acordo com o estilo de vida familiar, o escolar pode ter uma vida sedentária ou desenvolver várias modalidades de atividades físicas.

A adoção de um comportamento alimentar saudável do escolar pode ser apontada como importante medida de promoção da saúde, com repercussões positivas na vida adulta. A família, a escola e a sociedade têm a responsabilidade de favorecer a adoção de um comportamento, por parte das crianças, capaz de encontrar um equilíbrio alimentar para alcançar uma boa qualidade de vida.

A alimentação saudável como um dos atributos para a escola promotora de saúde

Para que a prática de uma alimentação saudável aconteça efetivamente em nosso país, é necessário conscientização e envolvimento dos profissionais de saúde, dos pais, da escola e da comunidade.

O grau de educação da família e sua condição social e econômica têm efeitos consideráveis sobre o modo de vida e hábitos alimentares da criança.

Aos profissionais de saúde cabe, além do acompanhamento, a orientação quanto ao preparo e higiene dos alimentos; a avaliação da alimentação e do crescimento e desenvolvimento do escolar; e a participação em programas educativos sobre nutrição, seja nas escolas ou na comunidade.

Programas de educação em saúde devem ser implementados nas escolas ou na comunidade, não se restringindo a fornecer os conceitos sobre nutrição. É necessário ajustá-los aos recursos e à formação cultural da região e permitir que a vivência de práticas de saúde ocorra pela valorização da qualidade dos alimentos durante as refeições, na merenda ou cantinas escolares, além da conscientização sobre as conseqüências de uma alimentação inadequada para o indivíduo. Ou seja, para um programa de educação nutricional ser bem-sucedido, é essencial que seja efetivado no dia-a-dia do estudante.

É importante que, nos currículos dos cursos de formação de professores, sejam incorporados conteúdos sobre nutrição nas escolas, como atributos para a escola promotora de saúde, uma vez que os professores são os responsáveis pela execução de programas de saúde nas escolas onde estão contidos os assuntos de alimentação e nutrição.

O professor e o aluno precisam estar envolvidos em um processo pedagógico que propicie o reconhecimento do valor nutritivo dos diferentes alimentos, seus métodos de produção, comercialização, higiene e conservação. Estes programas podem ser iniciados desde a idade pré-

escolar e os temas sobre educação nutricional devem envolver noções de higiene alimentar, equilíbrio da alimentação e utilização racional dos recursos alimentares.

A metodologia para a introdução do programa de educação nutricional no currículo das escolas deve estar de acordo com a faixa etária do estudante e pode envolver professores, pais, profissionais de saúde e até a mídia.

Merenda e cantina escolar

O programa de merenda escolar, oferecido aos alunos matriculados nas escolas públicas, não pode ser encarado como a solução da fome nem como solução das condições nutricionais dos escolares. É necessário orientar a família sobre o papel da merenda escolar como suplemento alimentar e não como substituto de refeições, e que deve ser encarado como uma medida de auxílio na oferta das necessidades nutricionais diárias, pois atende a apenas cerca de 15% das necessidades nutricionais diárias.

Na escolha dos alimentos que compõem a merenda escolar, deve-se valorizar os alimentos com alto valor nutricional e dar preferência a alimentos regionais, adaptados à condição da escola e ao tempo em que o aluno permanece lá. Devem ser manipulados e oferecidos com boas condições de higiene e conservação.

Para as escolas que possuem cantina, os dirigentes devem ter a preocupação de que as mesmas ofereçam a opção de alimentos não industrializados como frutas, sucos, sanduíches, com valor de aquisição compatível com a condição econômica do aluno, e devem também seguir os bons princípios de higiene e conservação dos alimentos disponíveis para serem comercializados.

Para os administradores e manipuladores de merenda escolar recomenda-se que possuam visão ampliada sobre nutrição e que sejam conhecedores das recomendações nutricionais por faixa etária, da qualidade da merenda escolar, dos hábitos alimentares e consumo de alimentos da região e da educação nutricional desenvolvida na escola na qual atuam.

Necessidades nutricionais das crianças do período escolar

A maneira mais utilizada para avaliar uma alimentação adequada é através do monitoramento do crescimento. Assim, entre 6 e 10 anos, as crianças crescem de 5 a 6 cm por ano, e o peso aumenta em torno de 2 kg por ano. O ritmo de crescimento não é uniforme; as necessidades são individuais e dependem de fatores tais como idade, sexo, atividade física, clima, influência genética etc. Portanto, as recomendações devem ser adaptadas aos padrões sociais, econômicos e culturais, além do estilo de vida de cada criança.

Para o escolar, as necessidades energéticas estão em torno de 2.400kcal/kg/dia, assim distribuídas:

Proteínas: têm função plástica, possibilitando o crescimento essencial do organismo, incluindo regeneração dos tecidos. As principais fontes de proteínas animais e vegetais são as carnes, aves, pescado, leite, vísceras, soja, grãos e sementes, leguminosas e cereais. As proteínas animais possuem maior valor nutricional em relação à proteína vegetal; a complementação dos dois tipos protéicos melhora a qualidade nutricional da dieta e a biodisponibilidade dos minerais. Fornecem 10 a 15% das calorias totais e devem ser consumidas em 2 a 3 porções durante o dia.

Gorduras: São fontes calóricas, podendo ser saturadas ou não. Fornecem sabor aos alimentos e promovem saciedade. São fontes de gordura animal ou vegetal: os óleos, azeite, manteiga, margarina, banha, toucinho, lingüiças, frituras, maionese. Podem contribuir com 30 a 35% das calorias totais diárias, em 1 a 2 porções.

Carboidratos: têm função energética; são as principais fontes de calorias de uma dieta, por serem acessíveis e facilmente absorvíveis. São os glicídios, açúcares e amidos encontrados nos cereais, arroz, trigo, milho, aveia, farinhas, pães e massas, vegetais e frutas, constituem 50 a 60% das calorias totais e devem ser oferecidos em 6 a 8 porções ao dia.

Vitaminas e Minerais: têm função reguladora das reações celulares e enzimáticas. As principais fontes são as frutas, vegetais, cereais integrais, leites, sementes, carnes, ovos e grãos, que devem fazer parte de 3 a 5 porções ao dia.

Água: sucos, água de coco, e outras fontes de líquidos e hidratantes devem ser consumidos, em média, na quantidade de 4 a 6 copos por dia. Em dias de calor ou de atividade física aumentada, o consumo deve chegar a 2 litros por dia. É contra-indicada a utilização de bebidas alcoólicas ou energizantes.

As fibras alimentares são encontradas nas frutas, hortaliças e leguminosas, sendo fundamentais ao funcionamento intestinal e formação do bolo fecal.

Estes alimentos são agrupados, de forma simplificada, de acordo com o papel que desempenham na fisiologia da nutrição e assim classificados:

Alimentos energéticos: gorduras e carboidratos

Alimentos construtores: proteínas, vitaminas e sais minerais

Alimentos reguladores: vitaminas e sais minerais

Não existe uma dieta padrão para todos os escolares, o importante é adequar os grupos de nutrientes durante o dia e observar as atividades diárias e o estilo de vida do escolar. Neste período, devem realizar 4 a 5 refeições diárias, com horários estabelecidos, evitando o uso de pães, bolachas, doces, refrigerantes, alimentos industrializados e outras guloseimas nos intervalos das refeições. O desjejum é uma das principais refeições e deve contribuir com 20 a 25% da ingestão diária total de energia do escolar.

Recomendações para uma alimentação saudável:

1. Acompanhar a evolução do crescimento e do desenvolvimento da criança através de dados antropométricos de altura e peso, e a maturação sexual peculiar ao final da idade escolar que representa o aumento dos requerimentos nutricionais.
2. Adaptar a alimentação ao estilo de vida da criança.
3. Evitar monotonia alimentar. Observar, na organização do cardápio, os sabores, consistências, temperatura e cor dos alimentos. A alimentação adequada da criança na idade escolar está baseada em uma variedade de alimentos de valor nutritivo básico
4. É recomendável fazer as refeições com a família.
5. Deve-se realizar três refeições básicas: desjejum (café da manhã), almoço e jantar e um a dois lanches: um pela manhã e outro no meio da tarde, lembrando que os lanches não devem substituir o almoço ou o jantar. Deverá haver controle do volume e tipo do lanche, dando preferência às frutas e legumes.
6. O ambiente calmo, tranqüilo e limpo é fundamental para a alimentação saudável evitando-se a realização das refeições em frente a televisão, rádio ou computador, pois tal comportamento facilita a instalação de distúrbios de conduta alimentar.
7. A criança deve comer a quantidade que lhe trouxer saciedade, não deve ser forçada ou chantageada para comer mais. É importante que ela selecione os alimentos.
8. Evitar beliscar fora do horário das refeições. O exagero de petiscos gordurosos e a frutose encontrada nos xaropes dos refrigerantes, associados ao estilo de vida sedentário, são responsáveis pela obesidade do período escolar.

Bibliografia

American Academy of pediatrics. Committee on Nutrition, Alimentação de um ano de idade até a adolescência. In: *Manual de Nutrição Pediátrica*. 3ª ed. 1992. 45-6p.

Costa COM, Souza RP. Necessidades nutricionais e alimentação na infância. In: *Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente*. Porto Alegre: Artmed 1998. p.143-48.

Cardoso MGMV. Nutrição escolar e merenda escolar. In: *Manual de Saúde escolar*. Sociedade Brasileira de Pediatria. p.19.

Vitolo MR, Gagliane CP, Grazini JT. Educação Nutricional. In: Nóbrega FJ. *Distúrbios da nutrição*. Rio de Janeiro: RevinteR; 1998.p.42-4.

Guia para la Comisión de Alimentación Escolar. *Programa de Alimentación Escolar*. Quito; 2002. 40p

Tojo R, Leis R, Recarey D, Pavon P. Hábitos alimentares das crianças em idade pré-escolar e escolar: riscos para a saúde e estratégias para a intervenção. In: *A alimentação da idade pré-escolar até a adolescência*. Brochuras Nestlé, 37. Disponível em: <http://nestle.com.br/nutricaoinfantil>.

Meio Ambiente

Maria Cecília Focesi Pelicioni

A crescente degradação ambiental em todo o mundo tem afetado cada vez mais a qualidade de vida humana e, conseqüentemente, a saúde da população.

"Os modelos econômicos adotados ao longo da história pelo Brasil têm provocado fortes concentrações de renda e riqueza com exclusão de expressivos segmentos sociais. Dessa distribuição desigual resulta grande parte dos problemas que o país enfrenta. Ao mesmo tempo em que degradam o homem, sua qualidade de vida e seu estado de saúde, esses padrões de desenvolvimento vêm favorecendo a degradação ambiental por meio da exploração predatória de recursos naturais e da poluição, as quais, por sua vez, têm gerado impactos na condição de saúde e qualidade de vida da população" (1).

Desde a 3ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1966, já se considerava a questão ambiental na problemática de saúde, tendo sido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, em 1986, que ela foi abordada de forma mais incisiva. A Constituição de 1988 estabeleceu direitos de cidadania, destacando a participação da população, principalmente favorecendo a promoção da saúde, integrada à proteção do meio ambiente.

A Política Nacional de Saúde, Lei 8080, estabelecida em 1990, considera que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso a bens e serviços essenciais.

Assim, saúde é vista em seu sentido mais amplo, como resultante do estilo e das condições de vida, do atendimento às necessidades básicas, principalmente resultantes do meio ambiente natural e construído e da educação como processo, que vai além da instrução no ensino formal.

Nesse sentido, são consideradas áreas de investimento emergentes para a OMS:

- O aumento da literatura sobre saúde.
- O desenvolvimento de recursos humanos.
- A criação de ambientes saudáveis.
- Apoio técnico.
- Incentivo à ação intersetorial para a saúde.
- Mobilização de parceiros para a saúde.

Para atender a esses objetivos, novas alianças deverão ser desenvolvidas prioritariamente no nível local (cidades / municípios), nas escolas e nos ambientes de trabalho, estimulando sempre a comunicação entre parceiros e a ação intersetorial.

A II Conferência Internacional de Promoção de Saúde, realizada em Adelaide, Austrália, em 1988, propôs o desenvolvimento de novas alianças na saúde, com ampla consulta e negociação; o estabelecimento de políticas públicas saudáveis e de ambientes favoráveis à saúde; grandes investimentos, de forma a colocar a saúde como prioridade de políticos, dirigentes e gestores públicos, que as instituições educacionais respondam às necessidades emergentes da nova cultura da saúde, reorientando os currículos existentes no sentido de melhorar as habilidades em capacitação, mediação e defesa da Saúde Pública.

Um dos grandes desafios para o Século XXI é incrementar as ações da saúde para a prevenção de fatores e condições de risco.

O enfoque inicial da Promoção da Saúde consistia em prevenir doenças crônicas e degenerativas, que se constituía como prioridade dos países industrializados. No entanto, hoje, a Promoção da Saúde tem um marco de referência muito mais amplo: partindo de um conceito de

saúde integral, busca mobilizar e atuar sobre condições sociais e ambientais, que são críticas para melhorar as condições de saúde e de qualidade de vida.

A Promoção da Saúde procura convocar a sociedade para desenvolver e implantar políticas, planos e programas de ação na busca de um desenvolvimento humano e social mais equitativo, pois, sabe-se que a pobreza é a grande responsável pela precariedade da saúde atual.

A educação, como estratégia primordial na obtenção desses resultados, vai preparando indivíduos e grupos para a participação social e criando condições para o exercício da cidadania e a transformação da sociedade.

É importante que fique claro que a Promoção da Saúde não se dá apenas a partir de mudanças comportamentais e de estilo de vida, mas principalmente com a mudança de paradigmas, com a construção de um novo cidadão e de uma coletividade organizada, fortalecida e apta a provocar transformações nas estruturas sociais e nas condições de vida por meio da utilização de mecanismos legais.

Não se trata apenas de abandonar o modelo biomédico, mas de aproveitar todos os avanços que foram conquistados, incluindo agora uma nova visão de saúde integral.

Entendemos paradigma, segundo Kuhn, como um padrão ou uma estrutura de crenças e valores, fundamentado em uma rede de idéias associadas de conceitos, modos de falar, afirmações, valores, atitudes, canções e histórias que se divulgam para, conjuntamente e de forma sinérgica, influenciar a forma como as pessoas percebem a realidade (2).

Os paradigmas refletem um conjunto de práticas científicas universalmente reconhecidas que, durante certo período de tempo, fornecem modelos de problemas e de soluções para uma comunidade de profissionais.

Mudança de paradigma, para o autor, caracteriza o abandono relativamente abrupto dos modelos teóricos prevalentes dos protocolos experimentais e de hipóteses proeminentes, com vistas a adotar uma visão radicalmente nova da realidade científica, com a capacidade potencial de transformar a sociedade em seu todo.

A Promoção da Saúde propõe que essas mudanças sociais sejam realizadas por indivíduos preparados para desenvolver ações pró-ativas por meio da utilização do "empowerment theory".

A teoria do fortalecimento, conhecida por "Empowerment Theory", é uma das principais estratégias da Promoção da Saúde e considera que a sociedade é composta de grupos com diferentes níveis de poder e de controle sobre os recursos.

Poder, atributo das pessoas e das comunidades, é a habilidade que cada um tem de prever e controlar os fatores que determinam as características de sua própria vida e participar da solução dos problemas que esses fatores geram. Por sua vez, fortalecimento é o processo pelo qual pessoas e comunidades aprendem a identificar esses fatores determinantes de sua vida e a exercer o poder de transformar sua própria vida e o ambiente de que fazem parte.

Não se trata de exercer o poder sobre indivíduos e grupos sociais, mas de dividir esse poder, o que envolve a noção de parceria, efetiva participação da sociedade civil e controle social do processo.

A escola, importante espaço público onde a educação em saúde e ambiental é processada, ao propor a formação para a cidadania, precisa trabalhar com valores, atitudes e habilidades, usando uma metodologia que permita aos educandos uma atuação efetiva e um comprometimento vivencial com as questões ambientais, com a vida e com o bem estar de cada um e da sociedade como um todo.

É preciso criar possibilidades para que os alunos incorporem valores éticos para a vida, desenvolvam um sentimento de respeito e afetivo para com o meio ambiente e para com todos os seres vivos que dele fazem parte e se motivem para participar do processo de defesa ambiental e de recuperação da qualidade de vida.

Algumas recomendações vêm sendo feitas pelo Ministério da Educação desde 1998, visando a reformulação de currículos no Ensino Fundamental, sugerindo a inclusão do tema Meio Ambiente de forma interdisciplinar e transversal, respeitando e valorizando conhecimentos e experiências vividas, onde é fundamental a participação da comunidade escolar.

A prática educativa baseada na Educação Crítica, na qual se destaca a educação problematizadora e emancipatória de Paulo Freire, espera ter como resultado o desenvolvimento das potencialidades de professores, alunos e pais, nos campos cognitivo, afetivo e psicomotor e,

com isso, colaborar na formação de cidadãos cientes de seus direitos e deveres, preocupados com a conservação dos ecossistemas e com práticas que caminhem em direção à proteção e manutenção dos recursos naturais e da sustentabilidade com justiça social.

A Escola Promotora de Saúde

A Promoção da Saúde no âmbito escolar parte de uma visão integral, multidisciplinar do ser humano, que considera as pessoas em seu contexto familiar, comunitário e social. Procura desenvolver conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas; fomenta uma análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida, buscando fortalecer tudo aquilo que contribui para melhoria da saúde, da qualidade ambiental e do desenvolvimento humano. Facilita a participação de todos os integrantes da comunidade educativa na tomada de decisões, colabora na promoção de relações socialmente igualitárias entre as pessoas, na construção da cidadania e democracia, e reforça a solidariedade, o espírito de comunidade e os direitos humanos (3).

Durante algum tempo, a educação em saúde na escola centrou a sua ação nas individualidades, tentando mudar comportamentos e atitudes sem, muitas vezes, levar em conta as inúmeras influências provenientes da realidade na qual as crianças estavam inseridas. Aos poucos, foi-se conscientizando sobre a potencialidade das escolas em promover a saúde das crianças e dos jovens, o que não dependia apenas do ensino da saúde no currículo. As escolas passaram a ser vistas, como potentes locais para a Promoção e a Educação em Saúde e para o desenvolvimento de outras ações, que podem e devem ser realizadas, para proteger e melhorar a saúde e o meio ambiente da comunidade escolar como um todo.

Cada vez mais tem sido aceito que crianças saudáveis aprendem melhor e que professores saudáveis ensinam melhor. No entanto, a Escola Promotora da Saúde não pode ser vista apenas como um sistema muito eficiente para produzir educação, mas como uma comunidade humana que se preocupa com a saúde de todos os seus membros: professores, alunos e pessoal não docente, incluindo todos que se relacionam com a comunidade escolar e com a qualidade do meio em que vivem. Desta forma, todas as escolas podem potencialmente promover a saúde e a proteção do meio ambiente.

A escola saudável deve, então, ser entendida como um espaço vital gerador de autonomia, participação, crítica e criatividade, para que o escolar tenha a possibilidade de desenvolver suas potencialidades físicas, psíquicas, cognitivas e sociais (4).

A idéia de uma escola que seja promotora da saúde é o reconhecimento implícito de que a educação em saúde e a educação ambiental não se fazem somente por meio do currículo explícito, parte do programa escolar, mas a partir de ações pedagógicas, de ações de prevenção e promoção da saúde, e de conservação do meio ambiente, dirigidas à comunidade, bem como pelo apoio mútuo entre a escola, as famílias e a comunidade, a partir do conceito ampliado de Educação. No entanto, se o que se ensina não tiver como base os valores e a prática diária das escolas ou da comunidade, as mensagens se enfraquecem e não alcançarão seus objetivos. Para se levar à frente a proposta da Escola Promotora da Saúde, deve-se dar atenção à forma como se ensina e se participa da vida da escola.

Uma parte significativa da função destas escolas é oferecer conhecimentos e destrezas que promovam o cuidado da própria saúde, ajudem a prevenir comportamentos de risco e impeçam a degradação ambiental. Este enfoque facilita o trabalho conjunto de todos os integrantes da comunidade educativa, unidos sob um denominador comum: melhorar saúde e a qualidade de vida das gerações atuais e futuras.

As escolas não podem ser mudadas da noite para o dia, mas é preciso ser constante no trabalho empreendido. As pequenas mudanças vão se somando e aos poucos, transformam-se em grandes mudanças.

Bibliografia

Arroyo HV, Cerqueira MT, editores. La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial. San Juan (Puerto Rico): Editorial de la Universidad de Puerto Rico; 1997.

Brasil. Constituição da República Federativa do Brasil - 1988. Brasília (DF): Senado Federal; 1988.

Brasil. Ministério da Saúde. Promoção da Saúde: Carta de Ottawa, Declaração de Adelaide, de Sundsvall e de Bogotá. Brasília, 1996. p.19-26.

Organização Mundial da Saúde. Relatório do comitê de peritos da OMS sobre promoção e educação abrangentes em saúde. Genebra: OMS, 1997. [OMS - Séries de Relatórios Técnicos, no 870]

Organización Panamericana de la Salud. La Vigilancia de Practicas de riesgo en escolares componente de la iniciativa de escuelas promotoras de salud en America Latina.,Washington DC: OMS, 1997.

Pelicioni MCF, Torres AL. A escola promotora da saúde. São Paulo: Faculdade de Saúde Pública da USP; 1999. (Séries Monográficas, 12)

Pelicioni MCF. Educação em Saúde e Educação Ambiental - Estratégias de Construção da Escola Promotora da Saúde. São Paulo; 2000. [Tese de Livre-Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Referências Bibliográficas

1. Brasil. Ministério da Saúde. Plano Nacional de Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Sustentado - Diretrizes para Implementação. Brasília; 1995, 104 pp.
2. Kuhn TS. A estrutura das revoluções científicas. São Paulo: Perspectiva; 2001 (6a. Ed.); 262 pp.
3. Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud mediante las escuelas - iniciativa mundial de la salud escolar. In: Primera reunión y asamblea constitutiva - Red Latino Americana de Escuelas Promotoras de Salud. Memoria. San Jose (Costa Rica): OPS; 1996; p.22-5.
4. World Health Organization Europe. The Overall Progress of the ENHPS Project. January-December,1994. Geneve:WHO, 1995. p.21.

Sexualidade Humana

Aubaneide Guerra

A sexualidade, condição inseparável do ser humano, está presente em cada momento, por isso deve ser considerada. Constrói-se de maneira individual, mas as influências educativas da família e da escola têm papel relevante para que esse processo ocorra de forma satisfatória, no decorrer da existência humana.

Segundo René B. Hino, a sexualidade humana “é uma linguagem que nos permite emitir e receber mensagens e desde o nascimento desenvolvemos atividades sexuais”.

Ao nascer, o sexo genital é o primeiro a ser identificado, o que já é uma primeira credencial: **homem ou mulher**, mesmo antes do sexo cromossômico e gonadal ser confirmado. A partir do convívio social, inicialmente circunscrito à família, o processo ontogenético se desenvolve e uma educação geralmente direcionada pela genitalidade permite que a criança, com dois anos, perceba a sua identidade genital.

Paulatinamente, o indivíduo vai compondo a consciência de ser homem ou mulher, o que favorece o desempenho do papel: feminino ou masculino, vinculando desta forma o caráter psicológico e social sexuado, produzindo desta maneira a **identidade de gênero masculino ou feminino**, projetada por meio do comportamento e do sentimento de ser homem ou de ser mulher, assim como do desempenho do papel feminino ou masculino. Configura-se assim uma personalidade sexuada, com nuances individuais, com um caráter único. Entretanto, à medida que se estabelecem ligações afetivas numa dimensão inter-relacional com o outro e se manifesta desejo e/ou impulso sexual, a orientação incide para o outro sexo ou para seu próprio sexo, identificando ou consubstanciando uma preferência heterossexual, homossexual ou bissexual (alguns renunciam à expressão da sexualidade).

Sexualidade é a união da identidade, do comportamento de gênero e da orientação sexual, sendo, portanto, o conjunto das manifestações biológicas, psicológicas e sociais. Determinada por aspectos culturais, ambientais e sociais, é voltada à busca do prazer ou à finalidade reprodutiva, sendo, portanto, variável de grupo para grupo e de sociedade para sociedade. Assim a sexualidade está conectada à personalidade; conseqüentemente à sua manifestação psicológica, é uma expressão individual, sendo expressa através de nossas relações sociais, dos vínculos afetivos, das nossas decisões, indecisões etc.

Observa-se que algumas doenças endêmicas consideradas extintas têm ressurgido e novas enfermidades surgem, oriundas, principalmente, da construção de uma sociedade de consumo. O estresse, a alimentação desequilibrada e o uso de tabaco, álcool e outras drogas contribuem para o aumento da freqüência de obesidade ou doenças crônicas degenerativas. Na atualidade, os meios de comunicação, em geral, vêm incitando uma sexualidade em que valores questionáveis têm contribuído para o aumento de situações de risco e suas implicações para a saúde e a qualidade de vida. As insatisfações e a imprudência manifestada através do risco nas relações sem preservativos também fazem parte dessas situações de risco, favorecendo a disseminação das doenças sexualmente transmissíveis e AIDS. Tais situações favorecem outras doenças, promovendo desta forma um circuito contínuo.

O modelo de ser ou estar de uma comunidade deve se desenvolver na infância e na adolescência (fase em que se manifestam intensamente curiosidade, angústia, medos, sonhos e desejos...), pois existe nesta faixa etária um potencial, uma vez que o crescimento e desenvolvimento estão se convertendo e solidificando.

Os pais são os educadores com grandes possibilidades de desenvolver e alcançar sentimentos, responsabilidade, honestidade e conhecimento para uma sexualidade harmoniosa e saudável, todavia, na maioria das vezes, estes possuem dificuldades em abordar determinados temas, vinculados à sexualidade. Por isso, precisam de ajuda dos profissionais, na formação de grupos de estudo, de reflexão, favorecendo possibilidades de esclarecimento e diálogo que lhes permitam maior interação com seus filhos.

A escola pode, através da educação sexual, oferecer à criança e ao adolescente um desenvolvimento seguro nos aspectos biopsicossocial e sexual. Desde que esteja comprometida com o desenvolvimento desses jovens, ela é responsável também pela formação de sua personalidade e tem a função social de promover atitudes reflexivas e críticas, favorecendo uma

análise de opções para torná-los aptos à escolha de novos caminhos, rumo ao comportamento sexual esperado para a atualidade. Porém, as pesquisas evidenciam a grande dificuldade que os professores possuem para assumir tal tarefa, na medida em que a grande maioria não adquire em sua formação acadêmica o conhecimento específico para o exercício da pedagogia da sexualidade. Nesse aspecto, a interação entre a educação e a saúde pode atuar de forma significativa, preenchendo esta lacuna.

A concepção de saúde converge na atualidade para a prevenção e promoção de saúde. Neste enfoque, a causa que provoca a enfermidade deve ser combatida com medidas baseadas na educação e/ou na saúde comunitária, através de práticas educativas, com uma ação de saúde coletiva, na própria comunidade.

O momento vivenciado pelos jovens é distinto e muito precioso para investimentos na promoção da saúde e na aquisição de habilidades para a vida. Este é um aspecto fundamental para discussão, sob pena de causar danos mais intensos e de que as políticas públicas implementem o risco de irresponsabilidade humano-social.

Desta forma, profissionais da saúde, através de uma reflexão sobre promoção de saúde, poderão ter uma atuação mais participativa junto à escola e à comunidade escolar, saindo do conforto dos consultórios e contribuir de maneira efetiva para a redução dos índices de enfermidades ou minimização de indicadores desfavoráveis muito discutidos nos congressos como: prostituição, gravidez em adolescentes e suas conseqüências, violência em menores, aumento dos índices de AIDS em adultos jovens, abuso sexual, aborto, abandono de crianças, entre outras situações de doenças, miséria e pobreza.

De que maneira?

? Integrando às informações a biologia, a filosofia, os conhecimentos científicos, com valores sociais e éticos, adequando-se a uma linguagem clara, científica, honesta, dentro de um contexto sócio-histórico, de acordo com a idade dos alunos, valorizando experiências e vivências, não se furtando ao enfoque que privilegie a **sexualidade-prazer** em relação à **sexualidade reprodutiva**;

? Estimulando a participação ativa e coletiva nos professores e alunos, favorecendo competências para formar agentes multiplicadores, de modo que, através de ações de protagonismo, possam melhorar as condições de saúde e a qualidade de vida em si e para outros;

? Oferecendo esclarecimentos aos pais e demais pessoas da comunidade, dando-lhes oportunidades para reavaliação de seus próprios conceitos frente à sua sexualidade, desmistificando tabus e preconceitos, propiciando-lhes a participação efetiva no processo educacional, tendo o diálogo como princípio em suas relações familiares.

Esta educação da sexualidade implica na transmissão de valores, crenças, costumes, concepções, reflexões, experiências, conceitos com intencionalidade educativa por meio de estratégias e metodologias adequadas e participativas (técnicas tão peculiares ao professor!). Para alcançar esses objetivos, além de transmitir conteúdos, deve-se relacioná-los aos interesses dos alunos e ajudá-los a elaborar seus próprios valores, compreendendo suas atitudes e o comportamento do outro, respeitando o próximo.

De tal modo estaremos praticando a prevenção e promoção da saúde.

Bibliografia

1. Castellanos BAG. *Sexualidad Humana: Personalidad Y Educación*. Havana: Editora Pueblo y Educación 1995
2. Guerra A. *Educação Da Sexualidade: Uma Proposta Metodológica Para Pedagogos*. [Dissertação - Mestrado em Ciência da Educação]. Belém-PA, 2000. 95p
3. Maya G., L, Sanches I., P. *Sexualidad Y Educación: Abriendo Caminos*. Colombia: Cooperativa Editorial-Magisterio, 1997
4. Bruno ZV. Porque É Tão Difícil Implantar Educação Sexual Nas Escolas? *Revista Brasileira De Sexualidade Humana* 1994; 5(1): 57.

Prevenção de Acidentes e Violências

CONSTRUINDO A PAZ

Ana Maria Martins Moreira

Introdução

Os altos índices de morbimortalidade por acidentes e a violência crescente tornaram-se temas presentes em nosso cotidiano. No Brasil, 110 mil crianças e adolescentes morreram por alguma forma de causa externa no ano 2000 (Quadro 1). Os índices de mortalidade correspondem a 48% e 70% dos óbitos na faixa etária de 10 a 14 anos e de 15 a 19 anos, respectivamente, tendo como causa principal os acidentes de transporte e as agressões (DATASUS/MS – 2000). Esta situação caracteriza-se como um dos fenômenos mais inquietantes do mundo atual.

Quadro 1.

ÓBITOS por Residência / por Capítulo CID-10 / segundo Faixa Etária			
Capítulo CID-10: XX Causas externas de morbidade e mortalidade			
Faixa etária: < 1 ano, 1 a 4 anos, 5 a 9 anos, 10 a 14 anos e 15 a 19 anos.			
Brasil / 2000			
Faixa etária	Óbitos		
	p/ Causa externa	%	total óbitos
< 1 ano	1.237	2	68.108
1 a 4 anos	2.143	19	11.271
5 a 9 anos	2.055	38	5.365
10 a 14 anos	3.016	48	6.294
15 a 19 anos	13.485	70	19.255
TOTAL de óbitos	21.936	20	110.293
População 0 a 19 anos	68.205.937		

Fonte: MS/Funasa/Cenepi - Sistema de Informações sobre Mortalidade (SIM)

Bases Conceituais:

A palavra violência é de origem latina (violentia), significando abuso da força. O conceito inicial foi ampliado, passando a significar agir sobre qualquer um, submetendo-o ou fazendo-o agir contra sua vontade, empregando a força ou a intimidação, levando ao constrangimento físico. Mais recentemente, ampliou-se, abordando a questão psicológica, ética e moral. Conceituar violência não é tarefa simples, pois além de sua amplitude, complexidade e ambigüidades, esta deve, ainda, ser vista num determinado momento histórico, contextualizado socioculturalmente. O conceito de Minayo e Souza (1998) nos dá uma compreensão mais ampla: *“Violência é o evento representado por ações realizadas por indivíduos, grupos, classes, nações que ocasionam danos físicos, emocionais, morais e ou espirituais a si próprio ou a outros”*.

O acidente é atualmente entendido como “evento potencialmente causador de injúria física” e tem como definição: *“uma cadeia de eventos, de ocorrência súbita, não desejada, causada por exposição aguda a agente físico, térmico, elétrico, químico ou radiação ionizante que interagem com o corpo humano em quantidades que excedem os limites de tolerância humanos, levando a lesão física”*.

O acidente, diferente da violência, tem a conotação de não intencionalidade, mas não significa uma fatalidade, pois os acidentes são passíveis de prevenção. A prevenção de acidentes tem regras bem mais precisas do que a prevenção da violência, o que não significa que seja de fácil execução.

Causas e formas:

Quem ou o que causa a violência é uma questão de múltiplas respostas divergentes, mas existe um consenso na literatura sobre a multicausalidade, as diferentes noções de violência e sua relação de dominação como forma de poder. As causas da violência estão relacionadas com fatores como a miséria, a desigualdade econômica, a injustiça social, o baixo nível de educação, a perda de valores, a qualificação das forças policiais, a dissolução da família tradicional, a falta de exemplos, a impunidade, o inchaço das cidades pelo êxodo rural, entre outras, ainda não bem estudadas.

A violência se manifesta de diversas formas, com características peculiares nos diversos ambientes, contextos e grupos. A violência ocorre dentro de casa - intrafamiliar -; contra crianças e adolescentes ou contra a mulher; também na escola, na comunidade, no trânsito, nas instituições, na mídia. Pode ser explícita ou não, expressa por negligências ou por violência física, abuso sexual, violência psicológica ou simbólica. A violência simbólica é entendida como a internalização, por parte daquele que sofre a dominação, da necessidade desta dominação e o reconhecimento de um papel necessariamente subalterno e passivo.

A violência nas escolas:

A violência na Escola representa uma ameaça aos quatro pilares da educação, caracterizados no Relatório Delors, em 1998, como **aprender a conhecer / aprender a fazer / aprender a viver juntos/ aprender a ser**. Interfere na aprendizagem e também na qualidade de ensino. A violência na escola é de grande magnitude e complexidade, não sendo apenas uma extensão da violência que se alastra pela sociedade.

A violência nas escolas tem identidade própria, pois se manifesta de várias maneiras que transcendem a violência de fato - física - que fere, corta e até mata, mas também através das incivildades. A incivildade é compreendida como uma série de práticas cotidianas, como nos pequenos delitos, nas agressões verbais, na falta de polidez, nas ameaças e nos freqüentes atos de desordem. Muitas vezes, outro tipo de violência fica mascarado, a violência simbólica ou institucional sobre os alunos, demonstrada pelas injustiças, pelos conteúdos restritos, pela desvalorização com palavras ou atitudes, pela falta de opções para o jovem. A violência sobre os professores pode se expressar como agressão, desinteresse ou desmerecimento do seu trabalho. A ação violenta pode acontecer no plano físico, psicológico ou ético, concretizando-se através de ameaças, intimidações, desrespeitos, constrangimentos, ou agressões reais entre alunos e/ou adultos, assédio ou violência sexual, uso de armas, furtos ou assaltos e depredação do patrimônio escolar.

Toda escola está situada num espaço social e territorial e, neste entorno escolar, o bairro, a presença de bares, lanchonetes e casas de jogos, dependendo das formas de policiamento, de iluminação, de segurança no trânsito e da presença de gangues, podem ser fatores e situações determinantes de maior ou menor grau de segurança e paz.

A violência vista pela escola não pode ser dissociada do contexto urbano e familiar. Muitas vezes, maus tratos sofridos pela criança e adolescente fora da escola interferem significativamente no cotidiano escolar, além do risco de comprometer o desenvolvimento cognitivo dos estudantes. É cada vez mais freqüente a escola receber crianças vítimas de violência intrafamiliar. A escola deve desenvolver um olhar mais sensível e atento na percepção e detecção da violência familiar para poder dar o direcionamento como reza o Estatuto da Criança e Adolescente.

O que se pode fazer:

A violência é uma questão social, de múltiplas causas, de caráter estrutural, e o acidente não tem uma determinação fatalista; ambos têm repercussões na saúde e na qualidade de vida

das pessoas. São questões complexas, mas é possível e necessário controlar alguns dos mecanismos que as geram para reduzir seus efeitos. Organismos locais e internacionais, científicos, públicos ou ONGs estão investindo em pesquisas e propondo programas de prevenção e controle.

Os objetivos de um plano macro são: estabelecer uma política pública, visando estimular valores e atitudes de paz e convivência saudável, elevar a qualidade de vida e reduzir a violência decorrente de fatores sociais, políticos e econômicos. Programas de geração de empregos, de renda mínima para as famílias que se comprometem a manter as crianças frequentando a escola, maior investimento em saúde e educação são exemplos de ações que estão sendo usadas para maior justiça social e prevenção da violência.

A Assembléia Geral da ONU, em sua 52ª Sessão, adotou resolução, consagrando o ano 2000 "Ano Internacional por uma Cultura de Paz". "A Cultura de Paz se constitui dos valores, atitudes e comportamentos que refletem o respeito à vida, à pessoa humana e sua dignidade, aos direitos humanos, entendidos em seu conjunto, interdependentes e indissociáveis. Viver em uma Cultura de Paz significa repudiar todas as formas de violência, especialmente a cotidiana, e promover os princípios da liberdade, justiça, solidariedade e tolerância, bem como estimular a compreensão entre os povos e as pessoas".

Os caminhos para a prevenção da violência, de um modo geral, estão relacionados a dar visibilidade ao problema; discutir as questões relativas à desigualdade de gênero, de raça, de etnia, de preferência sexual e às desigualdades econômicas; estimular os princípios de solidariedade; incrementar a preservação do patrimônio natural e cultural, bem como investir na redução dos fatores de risco da violência e/ou aumento os fatores de proteção. Além disso, é preciso investir muito na capacitação de todos os atores envolvidos no processo, tais como os profissionais de saúde e educação, agentes policiais, membros do poder Judiciário ou que tenham contato com pessoas vitimizadas.

A prevenção da violência na escola deve ter a participação de todos os atores – professores, alunos, pais, funcionários, membros da comunidade escolar. Esta nova percepção dos eventos violentos referenda uma revisão da prática pedagógica e da gestão escolar, com a promoção das competências sociais e emocionais e com dar o sentido de valor entre as crianças e adolescentes, propiciando a adesão à proposta da UNESCO de criação de uma cultura de paz e resolução não violenta de conflitos.

As publicações da UNESCO trazem várias experiências locais, inclusive de outros países, com sugestões para a reversão do quadro da violência. Apresentam programas que incluem a abertura das escolas nos finais de semana e a disponibilização de espaços alternativos que possam atrair os jovens, oferecendo espaços de cidadania, com possibilidades de cultura, arte, esporte e lazer. O esporte é citado e sugerido como meio porque, mais do que uma forma de ocupar o tempo ocioso, tem um significado social, favorecendo a atividade coletiva e o desenvolvimento da consciência comunitária. Essas experiências inovadoras têm como ponto em comum a participação dos jovens como protagonistas, o envolvimento comprometido da comunidade e o respeito à cidadania.

Para os acidentes, utilizamos a estratégia de controle, que permite evitar que a injúria não intencional ocorra e, se acontecer, que o potencial da injúria seja reduzido e suas conseqüências sejam minimizadas. A prevenção baseia-se principalmente na segurança passiva, tendo como objetivo tornar o ambiente seguro, no investimento da efetiva fiscalização do cumprimento das normas e legislação; investir e exigir o desenvolvimento de tecnologia de produtos, visando a segurança como, por exemplo, tampa de segurança nos medicamentos ou capacete de proteção; e investir na promoção da educação em saúde e educação para a segurança.

Considerando-se a importância da educação na prevenção dos acidentes e violências, mais do que nunca, a educação tem surgido como o principal, senão único, caminho para a mudança desejada por todos e a escola é referida como o ambiente apropriado e fundamental.

Existem várias formas de organização para promover a discussão e desenvolver trabalhos visando à prevenção. Entre essas formas, estamos propondo um espaço institucionalmente constituído, de preferência vinculado ao regimento interno da escola, para que possa ser garantida a continuidade dos trabalhos, mesmo por ocasião de mudança do corpo diretivo ou de orientação política. Propõe-se a formação de Comissões Escolares de Prevenção de Acidentes e Violências – CEPAV, as antigas CIPAs Escolares. A CEPAV deve ter representantes de todos os segmentos da

escola, incluindo um representante e suplente de cada turma. Promoverá reuniões periódicas, sob a regência de um presidente ou coordenador. Tem como atribuições diminuir as situações de risco, os acidentes e violência na escola, conscientizar sobre princípios de segurança na escola, no lar, no trânsito e no trabalho, colaborando na formação de uma mentalidade prevencionista na comunidade, além de promover a construção de uma cultura de paz.

Este projeto de organização da CEPAV faz parte da Campanha de Prevenção de Acidentes e Violências da Sociedade Brasileira de Pediatria desencadeada em 1998. Cidades como Recife e Olinda (PE), Betim (MG), Salto (SP), Maceió (AL) e outras já têm legislação determinando a formação dessas comissões.

Bibliografia

Abramovay M (Coord.). Escolas de Paz. Brasília: UNESCO/Universidade do Rio de Janeiro, 2001.

Derbarbieux E, BLAYA C (orgs.). Violência nas escolas: Dez abordagens européias. Brasília: UNESCO, 2002.

Derbarbieux E, BLAYA C (orgs.). Violência nas escolas e políticas públicas. Brasília: UNESCO, 2002.

Blank D. Controle de acidentes e injúrias físicas na infância e na adolescência. In: Costa MCO, Souza RP. Avaliação e cuidados primários da criança e do adolescente. Porto Alegre, ArtMed: 1998. p 235-42.

Gonçalves da Costa HH. Construindo uma cultura de paz, um modelo diferenciado de gestão na Prefeitura de Salvador – BAHIA Análise de dados. Salvador BA SEI 2001; 11 (1): 121-128.

Maldonado MT. Construção da paz: caminhos da prevenção da violência doméstica. Revista Catharsis 1987; ano 3 n.15. Site:
http://www.bapera.com.br/REVISTA/Psicoterapia/construindo_a_paz.htm

Moreira AMM. Escola Segura Tem CIPA escolar. Porto Alegre, Secretaria de Educação/ RS: 1993.

Noleto MJ (coord.). Abrindo espaços – Educação e Cultura para a Paz. Brasil: Edições UNESCO, 2001.

Pereira CA et al. Proposta de ação para redução da morbimortalidade por causas externas no estado da BAHIA, relato de experiência. BAHIA Análise de dados. Salvador BA SEI 2001; 11 (1): 107-110.

Sposito MP. Um breve balanço da pesquisa sobre violência escolar no Brasil. *Educ Pesq.* [online] 2001; 27(1): 87-103. Disponível no site
<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1517-97022001000100007&lng=pt&nrm=iso>. ISSN 1517-9702

Waiselfisz JJ. Revertendo violências, semeando futuros: avaliação de impacto do Programa Abrindo Espaços no Rio de Janeiro e em Pernambuco. Brasília, UNESCO: 2003

Atividades físicas e promoção da saúde na infância e adolescência

Luzimar Teixeira

Introdução

A compreensão de que as experiências que as crianças têm nos primeiros anos de suas vidas definem em grande parte os adultos que serão e de que todas as crianças, consideradas suas características e limitações, têm o direito ao desenvolvimento ótimo de suas potencialidades motoras, fez aumentar a preocupação com a Educação Física Escolar.

Trabalhar com seres humanos em sua idade de maior sensibilidade às mudanças e, portanto, suscetíveis às interferências positivas ou negativas, é uma grande responsabilidade. Quando essas crianças apresentam alguma necessidade especial, decorrente de uma doença ou distúrbio da saúde, o trabalho demanda uma ação envolvendo os diversos profissionais da área de Saúde Escolar e deve ser parte integrante da atenção à saúde e ao desenvolvimento da criança e do adolescente.

Enfatizar o desenvolvimento das capacidades físicas, motoras e aprendizagem de habilidades não é só ensinar e ajudar a fazer um movimento, e sim fazer entender e compreender a necessidade e a importância das atividades físicas como promoção de saúde e prevenção de doenças/distúrbios.

Serão apresentadas, a seguir, algumas situações e exemplos que têm como objetivo chamar a atenção para a necessidade de programas em Educação Física Escolar que atendam a todos e possam ser promotores de saúde.

Prontidão física e fisiológica

A criança e o adolescente apresentam particularidades físicas e fisiológicas próprias da fase de crescimento, com implicações nas suas atividades motoras, principalmente no que se refere a sua capacidade de suportar trabalho. Nessa fase, as atividades motoras são estímulos para o crescimento e desenvolvimento quando adequadamente praticadas. Por outro lado, os esforços físicos exagerados, com cargas máximas na busca de rendimento, além das exigências de ordem emocional, podem provocar danos na estrutura corporal.

Adequar o esforço não significa apenas reduzir a quantidade de carga ao estilo do "trabalho para adulto reduzido". Cada faixa etária tem suas características de crescimento e desenvolvimento, além das diferenças individuais, significando que crianças com mesma idade cronológica/biológica podem ter capacidades diferentes. Deve-se lembrar ainda que a prontidão motora para executar um determinado movimento pode estar presente, mas a física e fisiológica, ainda não (Por exemplo, a força nos arremessos).

O ser humano tem capacidade de adaptação a diversas situações e estímulos do ambiente. Biologicamente, essas adaptações representam mudanças na forma e função de sistemas, órgãos e tecidos, não havendo uma separação clara entre forma e função devido a ocorrências de mudanças recíprocas. A prática de atividades motoras provoca adaptações de ordem morfológica (massa muscular) e funcional (metabolismo de energia).

Proporcionar estímulos adequados às atividades físicas resulta em adaptações e melhorias na aptidão física e na capacidade de desempenho. Por outro lado, estímulos excessivos e/ou inadequados podem levar a exigências inadequadas dos sistemas e estruturas, trazendo, com certeza, prejuízos.

Há de se compreender também que, além dos estímulos adequados em quantidade e intensidade, deve-se considerar a velocidade com que ocorrem as adaptações orgânicas. Exemplificando: com uma semana de estímulos físicos, o sistema muscular já pode apresentar mudanças morfofuncionais, enquanto no sistema ósseo essas mudanças só ocorrem depois de várias semanas. O respeito a essas diferenças pode assegurar tempo suficiente para que ocorram

adaptações orgânicas, evitando lesões na estrutura. Em resumo, o organismo se beneficiará se a carga de trabalho for adequada (quantidade e intensidade) e no tempo certo.

Quando comparada ao adulto, a criança está mais exposta aos danos provocados por uma carga inadequada de trabalho. O risco maior e especialmente danoso é a sobrecarga ortopédica, pois a capacidade de ossos, tendões e ligamentos suportarem um trabalho é menor, tornando-se assim um fator limitante em treinamentos físicos.

Aspectos posturais

Após os 8 anos de idade, a criança apresenta alternâncias no desenvolvimento de órgãos e sistemas. O crescimento ósseo, por exemplo, se alterna com o crescimento da musculatura esquelética, resultando numa desproporção esquelético-muscular. Nessa etapa, a musculatura sofre um atraso em relação ao esqueleto. Esse fato é muito importante para a coluna vertebral, pois a musculatura não apresenta as mesmas condições de proteção para vértebras e discos intervertebrais, o que a torna mais suscetível a lesões. A coluna lombar, sujeita a cargas de tração, compressão e torção, apresenta maior incidência de lesões disciais com os traumas agudos provocados pela intensidade e duração de treinamentos. Assim, para um desenvolvimento adequado, a estrutura corporal necessita de atividades motoras apropriadas para prevenção e não provocação de alterações posturais, uma vez que estas estão associadas às intercorrências na aquisição da postura. As diferentes taxas de crescimento ósseo, com conseqüentes mudanças nas proporções corporais, fazem com que o crescimento provoque mudanças na postura. São as adaptações às novas exigências de equilíbrio. O padrão de postura está se fixando para o ajuste definitivo à gravidade. Portanto, atividades motoras unilaterais e/ou com sobrecargas, que exigem e desgastam a estrutura de apoio, provocam, num organismo em crescimento, danos imediatos e futuros, devendo ser evitadas. Além disso, é importante considerar que, devido ao baixo nível hormonal, as cargas de força são, além de improdutivas, perigosas. Somente após os 15 anos de idade, a musculatura está desenvolvida de forma a proteger adequadamente a coluna vertebral.

Lesões por sobrecarga

Cuidados são necessários também para possíveis danos físicos localizados e áreas típicas sujeitas a lesões, principalmente os membros inferiores e em especial joelhos e tornozelos. As solicitações anatômicas e biomecânicas características de cada modalidade de esporte são variadas e, portanto, predis põem a diferentes tipos e localizações de lesões. Podem ocorrer por um trauma direto (lesão instantânea, macrotrauma) ou por cargas repetidas sobre o aparelho locomotor (microtrauma repetido). As causas se devem a fatores intrínsecos e extrínsecos, sendo que a combinação dos mesmos leva a lesões por "overuse".

Os fatores intrínsecos incluem, além dos desequilíbrios musculares, as alterações da base inferior (pés e pernas) e superior (pelve), alterações essas geralmente associadas às da coluna vertebral. As deficiências nos pés aparecem freqüentemente combinadas com alterações na coluna vertebral e nas pernas, o que provoca "efeitos em cadeia" sobre a postura e a locomoção. A capacidade dos pés para sustentação e locomoção depende de seus arcos. A modificação dos mesmos altera a posição dos ossos e a função dos músculos, provocando, como conseqüência, deficiências na postura e na marcha. O membro inferior é considerado uma unidade funcional, significando que uma alteração de pés ou pernas afeta toda a extremidade inferior. O pé pronado, por exemplo, resulta num aumento da torção do tendão de Aquiles, o que leva a uma concentração de estresse na articulação. O pé cavo apresenta uma concentração de estresse no antepé e calcâneo, levando a fasciites plantares e tendinites do tendão de Aquiles. Outros aspectos anatômicos, como encurtamento de membro inferior, ante ou retroversão da pelve e insuficiências musculares, levam a mudanças no mecanismo de contração muscular e causam problemas articulares.

Os fatores extrínsecos são as cargas inadequadas de treinamento (quantidade e intensidade), técnicas inapropriadas, erros técnicos na execução do movimento, calçados e locais inadequados. A associação entre esses aspectos pode ser extremamente maléfica. A sobrecarga mecânica da repetição errônea do movimento com a quantidade/intensidade também inadequadas de treinamento atingem de forma danosa os sistemas muscular e osteoarticular.

O que dizer então da associação dos fatores intrínsecos e extrínsecos? Pode ultrapassar toda a capacidade de adaptação do organismo, conduzindo à fadiga com alteração não só na capacidade e precisão do movimento como também uma predisposição às lesões de sobrecarga, chamadas de "overuse". Recentemente, são relatadas lesões causadas por "overuse" e o aumento das mesmas devido ao maior e ao mais precoce envolvimento de crianças em esporte.

A participação na competição

Outro fator a ser considerado é a utilização de modalidades esportivas que exigem o desenvolvimento de capacidades físicas que não deveriam ser enfatizadas na infância. Os treinamentos específicos, nos quais o componente predominante é o metabolismo anaeróbio láctico, ou seja, atividade em débito de oxigênio, levam a criança a atingir elevados níveis de frequência cardíaca e lactacidemia muscular e sanguínea. Isto é atingido com esforço na intensidade acima de 80% do VO₂ máximo previsto para a idade e duração entre 45 segundos e 3 minutos, esforço para o qual a criança não está preparada. Além disso, a atividade anaeróbia láctica provoca acentuada liberação de catecolaminas, ocasionando, em decorrência, vasoconstrição no sistema vascular e na musculatura cardíaca. A criança não está ainda em condições para aumentar significativamente a força de contração da musculatura cardíaca para vencer a resistência vascular periférica aumentada. Por sua vez, o trabalho aeróbio promove aumento da capacidade aeróbia máxima, adapta o organismo para futuras exigências físicas e tem valor preventivo, o que significa preparar as bases fisiológicas, que são indispensáveis para obtenção de boa condição física.

Na escola, o esporte e as atividades físicas devem proporcionar uma ampla vivência motora. Aproveitar o entusiasmo infantil por essas atividades e utilizá-las como experiências motoras ricas e motivadoras, são cuidados importantes para garantir que elas sejam incorporadas como valor para toda a vida.

Para a participação na competição, no esporte, vários aspectos devem ser considerados, além dos anteriormente citados, destacando-se a idade para o seu início. Existem dificuldades para a determinação dessa idade com precisão, mas como regra básica está o respeito ao limite entre a infância e a puberdade.

A participação de crianças no esporte pode ter efeitos positivos e negativos do ponto de vista fisiológico. Pode ser considerada uma boa alternativa para melhorar a condição física e evitar hábitos não saudáveis, proporcionando também redução de futuros distúrbios cardiovasculares e outras doenças. Por outro lado, dependendo de fatores como idade, sexo, somatotipo, aptidão e força física, aspectos anatômicos e biomecânicos, história anterior de lesões e tipo de esporte praticado, pode haver maior ou menor predisposição a lesões e outras conseqüências negativas à saúde.

Crianças sadias têm poucas reações adversas às atividades motoras e, quando isso ocorre, deve-se à falta de precauções e cargas inadequadas de trabalho. Sem pressões externas inadequadas ou estresses, o organismo da criança responde bem às exigências, mas quando é requerida uma "resposta adulta", o mesmo não pode ser esperado. Assim, o esforço físico exigido na competição, no esporte, deve corresponder à fase de melhor adaptação orgânica da criança e não provocar estados de fadiga.

As alergias e as atividades físicas

Para as pessoas menos acostumadas com temas relacionados a atividades físicas, pode parecer estranho afirmar que o exercício físico faz parte de um programa de atendimento ao alérgico, principalmente ao se levar em consideração que o exercício pode também provocar manifestações alérgicas.

A melhora na condição física, com os conseqüentes benefícios físicos e fisiológicos, permite ao alérgico suportar com mais tranquilidade os seus agravos da saúde, pois aumenta sua resistência, sua tolerância ao exercício e sua capacidade de trabalho, com menor desconforto e redução de manifestações. A melhora do apetite, do sono e a sensação de bem-estar também são fatores associados à melhora da condição física.

A terapêutica medicamentosa e as medidas preventivas nas atividades físicas se orientam em função dos danos físicos-orgânicos e sociais causados pelas manifestações alérgicas. A adaptação das atividades físicas constitui-se em um tratamento coadjuvante, portanto não dispensa a medicação, cuidados ambientais e orientação psicoterápica quando for o caso.

As atividades físicas, particularmente aquelas realizadas em ambientes externos e com maiores probabilidades de exposição e contato com inúmeros desencadeantes, são estímulos suficientes para provocar e agravar essa condição.

A criança pode ter mais que uma manifestação ou tipo de alergia física e essa condição pode ser agravada por uma atividade físico-esportiva específica assim como estar associada a ingestão de certos alimentos ou medicamentos. Tem sido apontado que a vasodilatação conseqüente aos exercícios facilita a distribuição dos mediadores/alérgenos para várias partes do corpo e traz à tona alergias latentes.

Um diagnóstico e orientações adequadas para um efetivo tratamento e controle dessas condições é fundamental, de forma a garantir que as pessoas possam se beneficiar dos programas de atividades físicas e esportivas.

Serão aqui abordadas as duas manifestações mais comuns.

Rinite induzida pelo exercício

A mucosa nasal apresenta uma variação espontânea, mas também pode ser alterada por exercícios e condições alérgicas. A atividade física em si pode não ser a principal causa desencadeadora dos sintomas, mas sim o aumento da exposição e contato com os alérgenos; tanto do ambiente interior (pó, mofo) quanto do ambiente exterior (poluição, temperatura e umidade do ar), decorrente do maior volume de ar que passa pela mucosa nasal durante uma atividade física. Dessa forma é muito mais comum que ocorram os sintomas associados aos exercícios físicos. A rinite induzida pelo exercício apresenta vários graus de congestão nasal, rinorréia e espirros, sendo cada vez mais apontada e reconhecida sua ocorrência, especialmente em praticantes de corrida e ciclismo. Atividades que coincidentemente são também as que mais provocam broncoespasmo induzido pelo exercício (BIE). Em torno de 40% das crianças com rinite alérgica tem broncoespasmo induzido pelo exercício, enquanto apenas 3% a 10% das não asmáticas tem o BIE. Deve-se ainda levar em consideração que pessoas alérgicas têm maior congestão e sensibilidade da mucosa nasal que as não alérgicas. Neste caso, também as medidas preventivas devem ser adotadas, lembrando que um tratamento profilático pode aumentar a tolerância ao exercício nas pessoas com esses distúrbios.

Broncoespasmo induzido pelo exercício

A asma é uma doença de evolução crônica, que muitas vezes melhora na adolescência, mas isto nem sempre ocorre. De qualquer forma, a asma, se adequadamente tratada, não impede que o indivíduo pratique atividades físicas. Para poder participar das aulas de educação física, treinos ou jogos, deve-se estar com a doença bem controlada. Às vezes, mesmo que o indivíduo esteja bem (sem sintomas), uma atividade física intensa pode desencadear uma crise de broncoespasmo (broncoespasmo induzido pelo exercício ou BIE) 5 a 15 minutos após a realização da mesma. O aparecimento de sintomas (tosse, chiado e/ou falta de ar, sensação de aperto no peito) leva o asmático a evitar as atividades físicas com receio de que possa ter uma crise de asma, ou então interromper suas atividades quando do aparecimento dos sintomas. Estas situações acabam por criar um círculo vicioso de hipoatividade física e deterioração do condicionamento físico geral. No caso de crianças, as atividades físicas são essenciais, pois proporcionam experiências básicas de movimento, importantes no seu desenvolvimento. Além disso, é através das atividades físicas que as crianças relacionam-se entre si, seja no brincar ou no engajamento em atividades esportivas, prevenindo o isolamento psicossocial e melhorando a autoimagem e autoconfiança. Na adolescência, as atividades esportivas são mais intensas e competitivas e o adolescente asmático muitas vezes sente-se preterido, considerando-se erroneamente menos capaz ou inferior. Este comportamento acaba por levá-lo a evitar as atividades físicas e os treinamentos, tornando-o finalmente menos apto. Portanto, as atividades físicas devem ser incentivadas, como fator de saúde para crianças e adolescentes asmáticos. É

imprescindível que os profissionais da área (professores, técnicos ou médicos esportivos) saibam orientar e incentivar seus alunos/pacientes.

Se por um lado, as atividades físicas são benéficas e têm sido recomendadas, por outro lado podem ser provocadoras de broncoespasmo induzido pelo exercício (BIE). Os sintomas como tosse, dispnéia, aperto torácico e chiado após exercícios, são característicos. Geralmente professores de educação física e técnicos esportivos confundem esses sintomas com baixa condição física. Nesse sentido, para uma adequada orientação, é fundamental um diagnóstico, não só levantando a história quanto aos sintomas citados, mas também quanto a outros problemas clínicos associados, especialmente a rinite alérgica. Existem questionários, validados e de fácil aplicação, que são excelentes ferramentas para avaliação e detecção precoce do BIE.

A resposta do asmático diante do exercício é diferente da do não asmático. Há de se compreender que nem todas as atividades físicas provocam esse tipo de reação. Diferentes exercícios em diferentes intensidades provocam diferentes magnitudes de crises. Os exercícios podem ser classificados em mais asmagênicos (mais provocadores de crises), como a corrida, e menos asmagênicos, como a natação, por exemplo. O exato mecanismo responsável pelo BIE é incerto, sendo que o resfriamento e ressecamento das vias aéreas na atividade física parecem ser os maiores responsáveis. Chama-se aqui a atenção para a importância da respiração nasal durante as atividades físicas.

Na maioria dos indivíduos, o BIE consiste em uma única crise de rápido início e recuperação. Alguns podem desenvolver uma reação tardia (4 a 10 horas após o exercício). Inúmeros fatores podem agravar o BIE, como gravidade da asma, presença de obstrução nasal, tipo e intensidade do exercício físico, poluição atmosférica, temperatura e umidade ambiente, assim como associação à determinados produtos químicos (medicamentos, conservantes, corantes, etc.).

A obstrução nasal agrava e intensifica o BIE pela diminuição da capacidade de filtração, pré-aquecimento e pré-umidificação do ar inalado. Embora existam inúmeras causas de obstrução de vias aéreas superiores, a mais comum e tratável é a rinite alérgica.

No tratamento do BIE medidas farmacológicas e não farmacológicas são recomendadas.

As estratégias não farmacológicas, que poderíamos chamar de preventivas, incluem atividades físicas de aquecimento de 10 a 15 minutos (a 50% do VO_2 máx previsto para a idade), não realizar atividades em ambientes agressivos (poluição, presença de alérgenos, umidade, temperatura), evitar atividades mais asmagênicas (corrida, por exemplo) e restrição alimentar (tipo do alimento e tempo antes do exercício).

Uma boa condição física, onde ocorrem melhoras cardio-respiratórias e maior eficácia na mecânica respiratória, traduzida por melhores fluxos expiratórios, melhor ventilação pulmonar e conseqüentemente diminuição do volume residual, minimiza os impactos do BIE dando maior tolerância ao exercício físico, aumentando a capacidade de trabalho com menor desconforto e broncoespasmo.

Atividades físicas : recomendações e conclusão

Em um programa de atividades físicas recomenda-se procurar compreender as funções orgânicas, principalmente aquelas diretamente envolvidas no esforço físico, de forma que o organismo trabalhe para e não contra o indivíduo.

A modificação do tipo, duração e intensidade das atividades físicas, assim como dos recursos materiais, visa uma adequação às crianças e adolescentes que apresentam alguma necessidade especial.

As estratégias de ensino devem propor desafios, permitir a participação de todos, propiciar autonomia, respeitar as limitações e sobretudo enfatizar as capacidades.

Acreditamos em uma Educação Física Escolar que atenda a todos e possa promover o crescimento e desenvolvimento harmônico das crianças e adolescentes. É a contribuição do movimento ao desenvolvimento do ser humano.

Bibliografia

Cabral ALB; Teixeira LR, coords. **Vencendo a asma: uma abordagem multidisciplinar**. São Paulo, Bevilacqua, 1994. 96p.

Teixeira LR. **Educação física escolar: alterações posturais e respiratórias na infância e adolescência**. São Paulo: Escola de Educação Física da USP, 1991.

_____. **Coord. Educação física escolar adaptada: postura, asma, obesidade e diabetes na infância e adolescência**. São Paulo: EEFEUSP/EFP, 1993.p.179.

_____. Alterações respiratórias. In: Pedrinelli VJ et al. **Educação Física e Desporto para pessoas portadoras de deficiência**. Brasília: MEC-SEDES, SESI-DN, 1994.p.29-47

_____. Competição no esporte e educação física escolar. In: Conceição JAN. coord. **Saúde escolar: a criança, a vida e a escola**. São Paulo: Sarvier, 1994.

_____. Educação Física Escolar Adaptada. In: Ramos BEO, Loch JA. Coords. **Manual de Saúde Escolar II**. Sociedade Brasileira de Pediatria – Comitê de Saúde Escolar, 1994.

_____. **Efeitos da individualização da intensidade de um programa de treinamento contínuo em variáveis respiratórias e hemodinâmicas de adolescentes asmáticos graves**. [Tese de Doutorado] São Paulo: Escola de Educação Física da Universidade de São Paulo, 1996.

_____. Exercícios Físicos e o paciente alérgico. In: Castro FFM. Coord. **Rinite Alérgica: Moderna abordagem para uma clássica questão**. São Paulo: Lemos, 1997, p.215-250.

Teixeira L, Castro FFM, Antila M. Sistema respiratório. In: Ghorayeb N. Coord. **O exercício: preparação fisiológica avaliação médica, aspectos especiais e preventivos**. São Paulo: Atheneu, 1998.

Teixeira L, Magalhães RX, Freitas SL, Villa F. Asma: da teoria à prática. In: Simpósio Paulista de Educação Física Adaptada, 7. São Paulo, 10 a 13 dez. 1998. **Anais**. São Paulo-SP: CEPEUSP-EEFEUSP, 1998. p. 121-29.