**Universidade de São Paulo
Faculdade de Saúde Pública**

**Saúde na Escola:
um campo em busca de espaço na agenda
intersetorial**

Marina Marcos Valadão

**Tese apresentada ao
Departamento de Prática de Saúde Pública
para a obtenção do título de doutor**

Área de Concentração: Serviços de Saúde

Orientadora: Isabel Maria Teixeira Bicudo Pereira

São Paulo –2004

Aos Professores

Elias Esaú e Henrique Rattner

*com quem tive o privilégio de conviver
em períodos que marcaram a minha vida*

Agradecimentos

À Iara Silveira, minha filha e companheira inestimável
de trabalho na pesquisa e organização de fontes bibliográficas.

À Claudia Beltran do Valle, por sua amizade e seu apoio em diversas
fases da realização desse trabalho

À Patrícia Bessa, quem me mostrou novos caminhos pela internet.

À Neide Nogueira, parceira na busca de pontos de encontro
entre saúde e educação

Ao Davi Rumel e à Fabíola Zioni, por sua disposição para ler e
comentar versões iniciais dessa tese.

Aos membros da banca, agradeço as valiosas críticas e sugestões.

À CAPES - Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível
Superior, pela bolsa concedida.

Ao Fernando Nogueira, agradeço a generosidade cotidiana de
compartilhar tantas experiências.

ÍNDICE

1- Apresentação	1
1.1 - A terminologia adotada e seus significados	4
1.1.1 - Saúde escolar, saúde na escola e promoção da saúde na escola	4
1.1.2 - Educação em saúde, educação para a saúde e educação popular em saúde.....	5
2 - Introdução	6
2.1 - Os referenciais da Organização Mundial de Saúde.....	11
2.1.1 - A promoção da saúde no Brasil	20
2.1.2 - A escola promotora de saúde	22
2.2 - Políticas de saúde para a escola brasileira	27
3 - Sobre a noção de conhecimento-emancipação	36
4 - Justificativa	39
5 - Objetivos	43
6 - Procedimentos Metodológicos	44
6.1 - A etapa preparatória	45
6.2 - A produção de inferências.....	48
7 - Resultados e Discussão	50
7.1 - O contexto de produção da mensagem	50
7.2 - As categorias da análise.....	51
7.2.1 - A efetividade da promoção da saúde na escola	52
7.2.2 - Reciprocidade e sinergismo entre saúde e educação	63
7.2.3 - A relevância dos riscos para a saúde das crianças e adolescentes	72
7.2.4 - Saúde na escola como estratégia para a promoção da equidade	80
7.3 - Trançando nexos entre as categorias da análise.....	87
7.3.1 - O cenário da escola.....	88
7.3.2 - Educação em saúde.....	95
7.3.3 - A escola como extensão do sistema de saúde.....	105
8 - Conclusões	111
9 - Referências	119
10 - Bibliografia complementar.....	133
11 - Anexo	139

RESUMO

Valadão MM. **Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial.** São Paulo: 2004. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Realiza-se um estudo teórico com o objetivo de identificar categorias centrais na promoção da saúde na escola, expressas na concepção de Escola Promotora de Saúde, examinando sua potencialidade em contribuir na construção de um conhecimento-emancipação, no contexto da educação fundamental no Brasil.

Utiliza-se como metodologia a análise de conteúdo de uma comunicação conjunta de organismos internacionais, entre eles a Organização Mundial de Saúde, em defesa da implantação de políticas nacionais de promoção da saúde na escola. Emergem no estudo quatro categorias, identificadas em função de sua frequência e centralidade na defesa da proposição: a efetividade da promoção da saúde na escola, reciprocidade e sinergismo entre saúde e educação, a relevância dos riscos para a saúde de crianças e adolescentes, saúde na escola como estratégia para a promoção da equidade. Essas categorias são exploradas com o apoio de conceitos, experiências e propostas documentadas, tomando-se como eixo estruturante da análise a noção de conhecimento-emancipação apresentada por Boaventura de Souza Santos.

Conclui-se que a concepção original do campo da saúde na escola atravessou um século, apesar dos questionamentos profundos do modelo e de seus pressupostos. O movimento da promoção da saúde traz novas dimensões para a questão, mas também vive formas de colonização com as quais a Escola Promotora de Saúde tende a alinhar-se em função do instituído nas tradições desse campo. Avalia-se, entretanto, que a concepção de promoção da saúde apresenta-se como um referencial expressivo da transição paradigmática, oferecendo oportunidades para a construção de um conhecimento-emancipação na medida em que busque alinhar-se com tendências contra-hegemônicas no campo da saúde pública, da educação e da saúde na escola.

Palavras-chave: escola, escola promotora de saúde, saúde escolar, promoção da saúde, educação em saúde, políticas de saúde.

SUMMARY

Valadão MM. **School Health: a field searching for room in the intersectorial agenda.** São Paulo: 2004. [Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

A theoretical study is made with the objective of identifying central categories of health promotion in schools, present in the proposal of Health Promoting Schools. The potential contribution of this conception to the construction of an emancipation-knowledge is examined, in the context of fundamental education in Brazil.

The methodology is a content analysis of a joint communication of international organisms, among them the World Health Organization, in behalf of the implementation of national policies for health promotion in schools. Four categories emerged, identified due to their frequency and centrality in the advocacy of the proposition: the effectivity of health promotion in schools, reciprocity and synergism between health and education, the relevance of health risks for children and adolescents, school health as an strategy for equity promotion. These categories are explored with support of documented concepts, experiences and proposals, taking the emancipation-knowledge notion presented by Boaventura de Souza Santos as a theoretical reference.

The conclusion points out that the original conception of school health survived the XXth century, despite profound questioning of the model and its premises. The health promotion movement brings new dimensions to the question. But this movement also goes through colonization tendencies, with which the Health Promoting School tends to align due to its own traditions. The study reveals health promotion as an expressive referential of paradigmatic transition, thus offering opportunities for the construction of emancipation knowledge in the school health field, depending on the search for counter-hegemonic alliances in the public health, educational and school health fields.

Key words: school, health promoting school, school health, health promotion, health education, health policy.

1. APRESENTAÇÃO

*No projeto da modernidade podemos distinguir duas formas de conhecimento:
o conhecimento-regulação cujo ponto de ignorância se designa por caos
e cujo ponto de saber se designa por ordem e
o conhecimento-emancipação cujo ponto de ignorância se designa por colonialismo
e cujo ponto de saber se designa por solidariedade(...)
Estamos tão habituados a conceber o conhecimento como um princípio de ordem
sobre as coisas e sobre os outros que é difícil imaginar uma forma de conhecimento
que funcione como princípio de solidariedade.*

Boaventura de Souza Santos, 2001

A realização desse estudo envolve o exercício privilegiado, embora eventualmente penoso, de re-visitar a experiência de trabalho à luz de referenciais teóricos mais amplos, que transcendem a educação e a saúde, assim como o campo da saúde na escola. Tendo como cenário a escola e como tema central a saúde, a escolha do objeto do estudo foi motivada pelo desejo de participar da construção de uma nova política pública para a promoção da saúde na escola de educação fundamental, no Brasil.

A primeira questão formulada, e que hoje pode ser identificada como a superfície do problema, refletiu a forma como ele emerge frequentemente na prática profissional cotidiana: como concretizar a Escola Promotora de Saúde, nos termos da formulação da Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e da Organização Mundial de Saúde (OMS), na realidade brasileira? Esta formulação, assumida por especialistas de várias partes do mundo, serve como nicho para experiências realizadas em diversos países e expressa posições majoritárias entre as que disputam hegemonia no movimento sanitário internacional. Nesse sentido, a Escola Promotora de Saúde é tomada como representativa do “estado do campo” da saúde na escola, conforme a expressão utilizada por SOUZA (2003) no debate sobre o panorama atual da pesquisa em políticas públicas.

O levantamento bibliográfico inicial permitiu ver que a pergunta estava excessivamente carregada de pressupostos. Uma avaliação do potencial e das estratégias de transposição do modelo, ainda que na forma de uma re-criação contextualizada e crítica, implicava responder diversas questões anteriores. O

próprio movimento de promoção da saúde, do qual a Escola Promotora de Saúde é uma das expressões, não corresponde à aparente homogeneidade que transparece nas publicações institucionais, associada ao caráter propositivo e de *advocacy* para o qual são explicitamente talhadas. No que diz respeito à educação, seria válido assumir o pressuposto de que a escola de educação fundamental é um cenário privilegiado para a promoção da saúde? Ou caberia questionar em que medida esse “privilégio”, que faz da escola lugar de inúmeras demandas, está associado a características intrínsecas à experiência escolar, e, nesse sentido, universais e anteriores à definição do projeto educativo?

Assim, o aprofundamento no tema escolhido para o estudo levou a um novo delineamento do problema. Ao analisar o campo da pesquisa em políticas públicas, SOUZA (2003, p.18) afirma a necessidade de avançar em relação ao que “a literatura chama de primeira geração de estudos nessa área (...) fortemente assentada no pressuposto de que a formulação e a implementação de políticas públicas são processos exclusivamente racionais e lineares, desvinculados dos processos políticos”. É preciso buscar referências nas chamadas “questões de fundo” (HÖFLING 2001), articulando as entidades relevantes no universo da análise e as condições de emergência dessas políticas; mostra-se essencial explicitar a natureza do problema que a política pública buscaria responder e as escolhas, sejam éticas, políticas ou ideológicas, subjacentes à formulação de possíveis respostas.

Os debates que se realizam em torno do estado do campo das pesquisas em políticas públicas fazem ver que um estudo dessa natureza, ainda que de abrangência bastante delimitada como o que se pretendeu realizar, tem maiores chances de contribuir para a construção de novos conhecimentos na medida em que revela sua inserção em contextos e ideários políticos ampliados, oferecendo repertório para a construção de nexos com outras dimensões da vida política e social.

O contexto mais amplo é descrito por CARVALHO (1996, p.104-5), nas seguintes palavras: "as transformações ocorridas no mundo contemporâneo, ao longo das três últimas décadas, têm sido de tamanha envergadura e têm se dado com tal velocidade que parecem colocar a humanidade no limiar de etapa singular de sua história. No campo da política e da economia, tais transformações têm sido chamadas

de ‘globalização’ e, no campo das ciências e da cultura, de ‘pós-modernidade’.” Segundo este autor, essas transformações geram matrizes de novos padrões culturais e produzem uma crise no campo da saúde "seja ao nível de seu objeto - o processo de saúde-enfermidade de indivíduos e coletividades - seja ao nível do instrumental teórico-metodológico em que se apóiam o conhecer e o fazer sanitário."

Ao delinear uma teoria crítica da pós-modernidade, SANTOS (2001) reconhece nessa passagem de século - e de milênio - um período de transição entre paradigmas sócio-culturais. O esgotamento do paradigma da modernidade é associado ao rompimento de uma tensão dinâmica entre regulação social e emancipação social e caracteriza-se pela gradual e crescente transformação das energias emancipatórias em energias regulatórias, levando a um “colapso da emancipação na regulação” (SANTOS 2001, p.15). Segundo esta visão, o conhecimento-emancipação apresenta-se como um dos traços (utópicos e potenciais) do paradigma emergente e como uma “pista” para traçar caminhos para o pensamento e a ação. Assim, a noção de conhecimento-emancipação apresentada por este autor ganha centralidade na busca de um projeto político para a promoção da saúde na escola, ao mesmo tempo em que representa um ideário para a elaboração desta tese.

Ampliada a questão inicial, a saúde na escola é estudada no contexto do debate técnico-político inerente à transição paradigmática que tem, no movimento da promoção da saúde, uma de suas expressões. O estudo visa apresentar-se como uma entre as múltiplas vozes no debate necessário para a formulação de políticas públicas de promoção da saúde na escola.

1.1. A terminologia adotada e seus significados

Nas tradições acumuladas no campo da saúde na escola, foram cunhados termos e expressões que adquiriram sentidos de acordo com as características dos projetos que representaram ou, ainda hoje, representam. Os esclarecimentos que seguem visam, por um lado, informar o sentido de alguns termos utilizados, procurando dar maior clareza ao texto. Visam, com igual importância, esclarecer os motivos pelos quais são evitados alguns termos consagrados, na tentativa de desvencilhar a abordagem de alguns preconceitos a eles associados.

1.1.1. Saúde escolar, saúde na escola e promoção da saúde na escola

Na linguagem cotidiana, técnica e acadêmica, “saúde escolar” ganhou sentido como expressão genérica para políticas e programas de saúde que se concretizam na escola. Nas referências às questões de saúde das pessoas na faixa etária convencionada para a educação fundamental (aproximadamente de 7 a 14 anos), ocorre, também, o uso simultâneo e freqüentemente indiferenciado das denominações “saúde escolar” ou “saúde do escolar”.

Neste estudo, as expressões “saúde escolar” e “saúde do escolar” são evitadas, nos dois sentidos acima descritos, exceto nas referências ao antigo modelo, que no Brasil é anterior à definição do SUS. No primeiro caso, em função das representações adquiridas em décadas de práticas basicamente assistenciais e normativas. No segundo caso, devido à imprecisão quanto ao sujeito de quem se fala e ao sentido subjacente de caracterizar um grupo populacional e sua situação de saúde a partir da escolarização, questão que será discutida oportunamente.

A expressão “saúde na escola” é utilizada para designar o campo que compreende concepções, diretrizes, programas, projetos e ações relacionados à saúde que acontecem no cenário da escola, sejam eles de natureza educativa, preventiva ou assistencial. Nesse campo, a “promoção da saúde na escola” corresponde a uma visão e a um conjunto de estratégias que têm como objetivo produzir repercussões positivas sobre a qualidade de vida e os determinantes da saúde dos membros da comunidade escolar.

1.1.2. Educação em saúde, educação para a saúde e educação popular em saúde

Na literatura e nas demais comunicações sobre o tema do estudo, as expressões “educação para a saúde” e “educação em saúde” são utilizadas de forma indiscriminada. No debate político e acadêmico, entretanto, realiza-se uma distinção deliberada, com vistas a demarcar campos políticos e ideológicos dos quais elas são consideradas representativas.

SILVA (2001) faz uma revisão dos usos dessas expressões e busca construir uma síntese das concepções de educação, saúde e educação em saúde que elas refletem. Essa autora sistematiza a produção científica em duas vertentes: a educação para a saúde, vinculada principalmente a informações sobre autocuidado, e a educação popular em saúde, que envolve processos de ampliação da participação popular no acesso e gestão de bens e serviços públicos. “Tendencialmente ...tem-se um nível de elaborações que privilegiará ações de controle e prevenção das doenças a partir da intervenção clínica e da mudança de hábitos e um outro que privilegia a ação coletiva sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença.” (Silva e Bordin 1990, citados por SILVA 2001, p.15) Os programas de saúde escolar são situados no primeiro nível, que se polariza com o segundo em função das diferentes visões das “relações entre indivíduos e coletivos, entre saberes e poderes e entre Estado e sociedade.” (SILVA 2001, p 19) “Educação em saúde” prevalece como expressão genérica, não necessariamente emblemática de qualquer das tendências assinaladas.

Reconhecendo a riqueza e complexidade das questões que alimentam esse debate, também de parte da educação, optou-se pela expressão “educação em saúde” para designar, genericamente, as experiências educativas organizadas com a finalidade de proporcionar oportunidades para a construção de conhecimentos teóricos e práticos em prol da saúde de pessoas e coletividades. Evita-se um alinhamento apriorístico com a idéia de que o caráter domesticador da educação escolar faz da saúde na escola um campo no qual o conhecimento-emancipação, a rigor, torna-se inviável. A riqueza desse estudo está apoiada na curiosidade por desvendar múltiplas dimensões da promoção da saúde na escola, freqüentemente contraditórias e não necessariamente articuladas de forma monolítica.

2. INTRODUÇÃO

[A escola primária] é o campo mais propício à educação da saúde pois concorre de três formas para a saúde de seus alunos: pela vida sadia, compreendendo a salubridade do meio, a higiene da aprendizagem e a racional organização escolar; pelo serviço de saúde, com exames médicos padronizados, correção de defeitos e ajustamento social; e pela instrução da saúde, com o ensino de fatos e princípios da vida sadia, que hão de integrar-se na personalidade e nos hábitos de saúde do aluno, com repercussão no lar e na comunidade.

Carlos Sá, 1944

No século XX, a idéia de que a escola é uma instituição especialmente talhada para a educação em saúde dos alunos e socialmente responsável pela destinação de parte considerável da própria assistência à saúde de crianças e adolescentes ganhou espaço juntamente com a expansão dos sistemas de ensino para as camadas populares.

Na escola de educação fundamental, as questões da saúde - assim como outros tantos temas de natureza social - são continuamente agregadas ao projeto educativo ou ao currículo *de fato*, não raro de forma desarticulada, competitiva, ou mesmo contraditória. Elas podem relacionar-se com a saúde e com a estrutura curricular de formas muito variadas, envolvendo o desenvolvimento de competências psico-sociais para a prevenção da aids ou do uso de drogas, a aprendizagem de procedimentos de higiene bucal, a sensibilização para a questão ambiental ou a informação das regras de trânsito. Esse processo de incorporação de conteúdos ao currículo gera uma ampliação constante de expectativas em relação à escola e ao professor, ao mesmo tempo em que, paradoxalmente, faz com que cresçam as manifestações de desapontamento e os discursos de descrédito em relação aos professores e à instituição escolar. Verifica-se um fenômeno circular: grandes expectativas, avaliação majoritariamente negativa dos resultados, renovação e ampliação constantes das expectativas.

As comunicações do cotidiano e da literatura revelam que, no cenário da escola, permeado por utopias relacionadas à visão de ser humano e cidadania, as expectativas relacionadas à experiência educativa têm sido sistematicamente deslocadas de seu potencial de concretização. Tudo leva a crer que um dos principais

desafios de um projeto educativo está, precisamente, no estabelecimento de objetivos que não sejam tão pequenos a ponto de fazer perder de vista o horizonte idealizado, nem tão definitivos que pressuponham resultados e produtos a serem forjados ao longo do processo. Por isso, a explicitação do ideário de um projeto educativo é tão relevante quanto a escolha dos objetivos que se pretende alcançar, para evitar a reprodução automatizada de conceitos e práticas ou, por outro lado, o desperdício da experiência e a desesperança decorrentes do não reconhecimento dos percursos já caminhados.

As políticas públicas para a promoção da saúde no âmbito da educação formal, embora tenham um foco delimitado, são de natureza intrinsecamente interdisciplinar e intersetorial, envolvem ações voltadas para pessoas e coletividades, dizem respeito ao presente e, com igual importância, refletem expectativas de futuro. Estão sempre contextualizadas, portanto, em universos teóricos, técnicos e políticos amplos e inter-relacionados.

Na passagem do século XIX para o século XX, a saúde integrou-se a uma escola que representava, simultaneamente, uma extensão do lar e um espaço institucional de homogeneização da educação e do cuidado, segundo os preceitos científicos e morais hegemônicos. Sancho Martinez (1981) é citado por REZOLA (2001, p.1337), no resgate histórico que faz sobre os primeiros serviços de saúde escolar criados em cidades européias como Bruxelas (1874) e Paris (1879), no Japão (1903) e em países da América (Argentina e Estados Unidos), com estruturas e planos de ação semelhantes: atendimento dos alunos, estabelecimento de critérios para a edificação escolar, avaliação e complementação nutricional, triagem e encaminhamento de problemas de visão. A educação para a higiene e a saúde era considerada uma atividade complementar. Essa concepção prevaleceu, dominante e quase única, por cerca de meio século.

Em meados do século XX, época de florescimento do modelo biomédico e de institucionalização e legitimação da diplomacia internacional (FIDLER 2001), diversos organismos internacionais, em especial a Organização Mundial de Saúde, começam a atuar nesse campo.

“A Unesco e a Organização Mundial de Saúde vêm trabalhando com questões de saúde escolar desde a década de 1960. Naquela época, as duas organizações publicaram um manual de referência denominado *Planning for Health Education in Schools*, baseado em fontes de diversos países.” (VYNCKT 1992/3) Tratava-se de um texto de caráter pragmático, contendo indicações específicas para o planejamento e a implantação de programas nacionais de saúde escolar, com base em consultas a especialistas e governos. A autora citada avalia que, caso o processo de preparação desse livro tivesse incluído pesquisas de campo sobre as condições precárias de vida das crianças em idade escolar, ele teria uma natureza diferente e expressaria outra visão de educação em saúde. Infelizmente, essa hipótese não parece plausível, pois não refletiria a visão hegemônica entre os especialistas e a natureza dos compromissos políticos estabelecidos naquele momento histórico. Em suas primeiras décadas de existência, a Organização Mundial de Saúde foi fortemente pautada pela perspectiva de transposição de conhecimentos e expertise dos países desenvolvidos para os países em desenvolvimento. (ASHTON 1991) De toda forma, a observação é relevante no sentido de apontar que a proposição não tomava em conta a realidade dos sujeitos para os quais ela era destinada.

Naquela ocasião, como hoje, condições adversas de vida e saúde predominam entre as crianças pobres de todo o mundo. Nesse meio tempo, pela primeira vez na história humana, a afirmação dos princípios de universalidade de direitos e de equidade ganhou centralidade nos discursos oficiais sobre acesso à atenção básica em saúde e à educação fundamental. Mas ocorreu, simultaneamente, um aprofundamento das iniquidades sociais e o rearranjo, mais do que a superação, da assimetria nas relações políticas e econômicas internacionais. Os sistemas públicos de ensino, especialmente fora do circuito dos países desenvolvidos, sofreram uma ampliação quantitativa considerável, sem que a qualidade do processo de ensino e aprendizagem tenha se transformado de forma substantiva, apesar da fertilidade das experiências realizadas pontualmente e em nível local.

Este cenário criou condições para o movimento *Saúde para todos no ano 2000*, a partir da Conferência Internacional de Alma-Ata, de 1978, assim como para seu equivalente no setor educacional, a Conferência Internacional de Educação para Todos, realizada na Tailândia em 1990. As últimas décadas do século XX foram

férteis em encontros e declarações conjuntas de direitos, princípios e metas, em nível mundial. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002b; UNESCO 2000) Os encontros e os documentos produzidos nessas ocasiões tornaram-se expressões de coalizão em torno do enfrentamento das disparidades nas oportunidades educacionais e no acesso às condições para a saúde. (VYNCKT 1992/3)

A concepção da saúde na escola, forjada e difundida em nível internacional com a participação decisiva da Organização Mundial de Saúde, foi sendo progressivamente ampliada e moldada a partir desses processos. A partir da década de 1980, a afirmação do conceito e do movimento de promoção da saúde leva, também no campo da saúde na escola, à proposição de abordagens que buscam ser mais abrangentes. Denominadas *Comprehensive school health*, as iniciativas tomadas nos Estados Unidos da América, a partir de 1989, foram acompanhadas de debates e publicações apoiados pela Organização Mundial de Saúde. (WHO 1991, 1992) A formulação denominada “Escola Promotora de Saúde” ganha corpo na Europa, em 1991, com o lançamento de um projeto piloto desenvolvido pelo escritório regional da Organização Mundial de Saúde. Mas autores como LEGER (1999) apontem que os seus ingredientes já estavam presentes e claramente articulados desde as primeiras iniciativas da Organização Mundial de Saúde, nas décadas de 1950 e 1960.

Entendida como cenário fundamental (*key setting*) para a promoção da saúde, a escola ganha espaço destacado na agenda dos organismos internacionais na década de 1990. Diversos projetos de âmbito internacional são instituídos para implementar atividades nessa direção, entre eles a *Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde* (WHO 1996a), a *Iniciativa Global de Saúde Escolar* (WHO 1996a) e a *Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde* (OPAS 1996). Guias e modelos para a ação são preparados, com foco principal nos países em desenvolvimento, desenhados com vistas a incentivar e instrumentalizar os sistemas nacionais de educação na elaboração de políticas e programas voltados para a saúde na escola. (OPAS/OMS 1996; OPAS 1998; WHO 1991, 1992, 1996b, 1996c, 1996d)

No ano 2000, é elaborada e divulgada a proposta *FRESH- Focusing Resources on Effective School Health* (WHO/UNESCO/UNICEF/WORD BANK

2000), que sintetiza a defesa conjunta da instituição de políticas nacionais de promoção da saúde na escola por seus organismos signatários, documento que é objeto, nesse estudo, de uma análise de conteúdo.

2.1. Os Referenciais da Organização Mundial de Saúde: Promoção da Saúde e Escola Promotora de Saúde

as formas como construímos conceitos, falamos e escrevemos sobre saúde nunca dizem respeito apenas à saúde¹

Ann Robertson, 1998

Uma extensa e profunda revisão de concepções e estratégias marcou o campo da saúde nas décadas finais do século XX. A própria denominação *campo da saúde*, coerente com a multideterminação como modelo explicativo do processo saúde/doença/cuidado, é fruto dessa transformação do discurso e das propostas de ação em saúde pública. A nova promoção da saúde é uma das expressões dessa revisão, sendo considerada por alguns autores um novo paradigma no campo da saúde pública.

GUTIERREZ (1996) define promoção da saúde como “um conjunto de atividades, processos e recursos, de ordem institucional, governamental ou da cidadania, orientados a propiciar a melhoria das condições de bem-estar e acesso a bens e serviços sociais, que favoreçam o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e comportamentos favoráveis ao cuidado da saúde e o desenvolvimento de estratégias que permitam à população maior controle sobre sua saúde e suas condições de vida, em níveis individual e coletivo.”

O movimento de promoção da saúde surgiu formalmente no Canadá, em 1974, com a divulgação do documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, também conhecido como *Informe Lalonde*. (BUSS 2000, p. 167) Afirmava-se, nesse documento, que o impacto da organização da assistência à saúde sobre os níveis de saúde da população canadense era desproporcional aos custos, cada vez maiores, da prestação de serviços. Tomando como fundamento o conceito de *campo da saúde*, o documento destacava quatro componentes na determinação dos níveis de saúde da população: organização da assistência, biologia humana, meio ambiente e estilos de vida. Procurava demonstrar que o foco nos serviços de

¹ *the ways in which we conceptualize and speak and write about health are never just about health*

assistência não era a melhor forma de investir recursos públicos com vistas à produção da saúde pois as principais causas de enfermidade e morte estavam associadas às demais dimensões explicativas do processo saúde/doença/cuidado.

ROBERTSON (1998) descreve as circunstâncias em que foi produzido o Informe Lalonde. A avaliação do programa de financiamento do sistema de saúde revelava investimentos crescentes em tecnologia e assistência médica, o que motivou a realização de uma análise do custo-benefício da rede de serviços de atenção à saúde, instalada como parte da política de bem-estar social canadense. Ao mesmo tempo, crescia o questionamento do modelo de atenção, especialmente da abordagem exclusivamente médica para as doenças crônicas, cujos resultados mostravam-se pouco significativos.

MALO SERRANO e LEMOS (2002, p.10) citam Evans (1994) ao sintetizar essa visão: "Muitas evidências empíricas demonstram que o enfoque biomédico não é capaz de dar conta da complexidade dos problemas de saúde/doença das populações, nem tampouco de propor novas fórmulas de organização da sociedade para enfrentá-los. O aumento do fluxo de recursos aos serviços de saúde, para satisfazer a voraz incorporação e expansão de tecnologias independentemente dos argumentos epidemiológicos e avaliativos, causa pouco impacto sobre o estado de saúde da população."

Na realidade, duas experiências de organização da atenção à saúde, ocorridas na China e no Canadá, permitiram agregar elementos para a consolidação teórica do movimento de promoção da saúde. No Canadá, conforme já foi assinalado, a implantação de um sistema de saúde abrangente e de acesso universal levou à constatação de que a assistência desempenhava um papel bastante limitado na produção da situação de saúde da população. Na China, a implantação de um modelo centrado na intervenção em componentes ambientais, educativos e culturais, externos às ações e responsabilidades tradicionalmente definidas para o setor saúde, apresentava-se como uma alternativa para produzir transformações positivas nas condições de vida e nos determinantes sociais da saúde. Os participantes de duas missões de especialistas ocidentais organizadas pela OMS, após visitas realizadas à China Nacionalista, em 1973-1974, constataam que as estratégias adotadas naquele

país ampliam o horizonte dos programas de saúde para além da prestação de assistência médica.

FERREIRA e BUSS (2002, p.7) recuperam a história das missões de observação da experiência chinesa e do debate canadense, como “movimentos de convergência na conformação de um novo paradigma, formalizado na Conferência de Alma-Ata (1978) com a proposta de Saúde Para Todos no Ano 2000 e com a estratégia de Atenção Primária de Saúde(....)”. Mostram que é possível distinguir, na Declaração de Alma-Ata, os elementos para a produção da concepção de promoção da saúde, ainda que de forma indicativa. Para Ferreira (1998, p.19) esta declaração representa “no contexto da OMS, um primeiro rompimento com os princípios da assistência sanitária tradicional”. Ela marca o início de uma trajetória na qual a saúde afirma-se entre os direitos universais, é assumida como responsabilidade dos governos e como um componente central do desenvolvimento humano e não mais como uma de suas conseqüências ou objetivos. A equidade, em níveis nacional e internacional, e a justiça social são incorporadas de forma permanente à agenda da Organização Mundial de Saúde.

A gestação dessas idéias pode ser situada no contexto do amplo debate realizado, a partir das décadas de 1960-70, em torno da determinação econômica e social da saúde. O acirramento da pobreza e a realização de cortes significativos nos recursos destinados para as políticas sociais fizeram com que ocorresse uma transformação decisiva para as populações e países em desvantagem no cenário de poder econômico internacional, para as quais a pobreza ganha a dimensão de exclusão social. Nesse período, a relação entre os indicadores sociais e de morbimortalidade foi intensamente estudada. Ocorreu uma expansão da pesquisa no campo das ciências sociais aplicadas à saúde, em sintonia com o debate político travado em torno do questionamento das políticas econômicas aplicadas pelos organismos internacionais, responsáveis pelo encolhimento dos programas sociais dos governos da maioria dos países dependentes. (FERREIRA e BUSS 2002, p. 10) Mas a abordagem social vai ganhar maior repercussão somente com a divulgação do *Relatório Black*, produzido na Inglaterra em 1980, que despertou a atenção internacional para a amplitude da iniquidade social e para a relação entre classe social e indicadores de morbidade e mortalidade, reafirmando-se que a garantia de

acesso aos serviços não era suficiente para produzir uma redução significativa das iniquidades em saúde.

Até então, como decorrência mais visível da publicação do Informe Lalonde, o componente estilo de vida tinha passado a dominar o discurso e a formulação de propostas para enfrentar os impasses vividos pelo setor saúde, no Canadá e em outros países, como Inglaterra e EUA. Investir na transformação dos estilos de vida havia se consolidado como estratégia central no planejamento de programas voltados para promover a mudança de comportamentos individuais. Tanto que, dez anos depois daquele relatório, muitas críticas já haviam sido formuladas à abordagem do estilo de vida como principal explicação para a situação de saúde da população e caminho central para a sua transformação. Essa visão terminava por culpar a própria vítima por sua possível enfermidade, na medida em que negligenciava o contexto social, econômico e político no qual os comportamentos são formados e ocorrem.

Assim, os anos de 1980 viram emergir um novo discurso que, embora tomasse o Informe Lalonde como referência inicial, questionando a capacidade de resposta do modelo biomédico de atenção à saúde, tinha como premissa central a determinação social da saúde. Esse discurso passou a ser denominado *nova promoção da saúde* ou *nova saúde pública*. (ROBERTSON E MINKLER 1994)

Alguns documentos internacionais tornaram-se emblemáticos dessa revisão dos conceitos e práticas da saúde pública. A Carta de Ottawa, firmada na Primeira Conferência Global de Promoção da Saúde, veio definir um novo marco conceitual ao apresentar uma definição de promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo”. A saúde é entendida como um recurso para a vida, tendo como condições e requisitos: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002b)

Definem-se, na Carta de Ottawa, cinco campos de ação centrais para a promoção da saúde:

- elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis
- criação de ambientes favoráveis à saúde

- reforço da ação comunitária
- desenvolvimento de habilidades pessoais
- reorientação do sistema de saúde

A partir da Conferência de Ottawa desencadeou-se um processo contínuo de ampliação do conceito de promoção da saúde, mediante a valorização de suas dimensões sociais, econômicas, políticas e culturais. Cada uma das conferências subseqüentes vem agregar elementos, aprofundar ou ampliar o foco definido em Ottawa, numa relação direta com outros eventos significativos no cenário internacional.

O tema central da Conferência de Adelaide, realizada em 1988, é o desenvolvimento de políticas públicas saudáveis, com ênfase na equidade, na intersectorialidade e no estabelecimento de novas alianças em prol da saúde. Coloca-se em questão a responsabilização do poder público, agregando-se a responsabilidade social, inclusive do setor privado. Em estreita conexão com a ECO 92, afirma-se na Declaração de Sundsväl um conceito amplo de ambiente, com foco na equidade e na biodiversidade, entendidos como princípios básicos, que devem reger as estratégias de saúde para todos.

Jakarta foi sede da primeira conferência de promoção da saúde realizada em um país em desenvolvimento. Na ocasião, a pobreza foi considerada a principal ameaça à saúde, reafirmando-se a discussão sobre equidade em dimensão internacional. Esse encontro, realizado em 1997, marca também o início do processo de avaliação da promoção da saúde. Alguns estudos apontavam que o emprego combinado das cinco estratégias enunciadas na Carta de Ottawa mostrava-se mais eficaz do que a sua aplicação isolada. Revelavam, também, que diversos cenários oferecem oportunidades práticas para a implementação de estratégias integrais. Essas conclusões fornecem as bases para a discussão sobre os espaços-ambientes que comportam abordagens específicas, inclusive o cenário da escola. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002b)

A Conferência de Santafé de Bogotá representa, em 1992, a abertura formal do debate com foco na realidade latino-americana. É seguida por um encontro reunindo os países do Caribe, de forma que os documentos produzidos nesses

eventos reforçam uma visão da promoção da saúde produzida no contexto econômico, político e social dessas regiões do continente americano. Reafirmam-se as conexões entre aos níveis de saúde e de desenvolvimento, sendo preconizada a inversão da lógica que dá ao crescimento econômico papel precedente na conquista do bem estar e da qualidade de vida. São firmemente questionadas as políticas de reajuste macro-econômico, apontando-se para a necessidade de transformar relações excludentes e conciliar interesses econômicos e propósitos sociais de bem-estar para todos. A informação e a promoção do conhecimento são valorizadas como instrumentos para a participação e a realização de mudanças nos estilos de vida das comunidades. Finalmente, a Declaração do México representa, basicamente, uma tentativa de formalizar o compromisso dos governos nacionais com a formulação e implantação de políticas de promoção da saúde. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002b)

É possível buscar as raízes desse movimento em idéias colocadas em debate em períodos muito anteriores. A medicalização da vida e a iatrogenia do modelo biomédico foram colocados em destaque por ILLICH, desde 1975. Naquela ocasião, este autor já denunciava a ampliação crescente dos domínios da medicina e a morbidade provocada através da tecnociência, assim como a ilusão de que a saúde completa pode ser alcançada desde que todos os aspectos da vida sejam cientificamente controlados. CARVALHO (1996, p.112) pondera que essa visão, expressiva de uma época, representou um avanço em relação ao positivismo da saúde tradicional ao criticar a essência do modelo biomédico; mas reflete uma postura extremada que "termina por reificar a ciência e reduzi-la a seus efeitos indesejáveis, num certo 'naturismo' que implica em abrir mão da autoria humana da ciência." De qualquer forma, as críticas ao modelo biomédico são digeridas pelos sistemas de saúde instituídos, e alguns de seus componentes chegam a assumir um caráter de "ortodoxia", que pode ser reconhecida em discursos oficiais que se apropriam dessa lógica para justificar a contenção de recursos para os serviços de saúde.

Ainda em busca de raízes, pode-se verificar, igualmente, que o discurso centrado na importância da dimensão sócio-ambiental na determinação da saúde não é inteiramente novo. "O movimento da Medicina Social, predominante na Europa na passagem para o século XX, trazia de forma explícita (...) as bases doutrinárias e ideológicas do que hoje se chama promoção da saúde", embora essa concepção tenha

perdido terreno para a configuração da saúde pública forjada nos Estados Unidos, fundamentada na teoria microbiana e legitimada pela efetividade da luta contra as doenças infecciosas. Com isso, o conceito de promoção da saúde permaneceu um longo período restrito a um momento da história natural da doença anterior ao contato com germe, conforme o modelo desenvolvido por LEAVELL e CLARK (1976), e a prática da promoção da saúde ganhou forte associação com o caráter, os hábitos e os comportamentos individuais. (TERRIS 1992)

A recuperação histórica das idéias relacionadas ao movimento e ao conceito de promoção da saúde é importante para revelar o contínuo embate histórico entre diferentes visões técnicas e políticas que elas expressam. Não correspondem, portanto, a inspirações isoladas de teóricos da saúde, entidades ou governantes. Essa consideração é relevante para o estudo da saúde na escola, na medida em que permite identificar as forças que moldam suas concepções de sustentação. Constatase, também, que a promoção da saúde não compreende uma formulação uniforme ou livre de contradições internas. Embora alguns de seus pressupostos sejam compartilhados entre as correntes atuais de pensamento no campo da saúde pública e da saúde coletiva, falar em promoção da saúde pode envolver diferentes teorias, conceitos, princípios e estratégias de intervenção.

Mais do que isso, ao tornar-se uma formulação assumida por organismos internacionais, como Organização Panamericana de Saúde e Organização Mundial de Saúde, a promoção da saúde ganhou o status de discurso hegemônico, até mesmo quando o conteúdo das comunicações e projetos não reflete idéias e práticas coerentes com suas formulações. Passou a servir como rubrica para o atendimento de velhas dívidas sociais - como ações básicas de saneamento ambiental, eventualmente eclipsando, na amplitude da abordagem, a discussão sobre as atribuições específicas do setor saúde. Este fenômeno é visível nos relatos de experiências locais e, como esse estudo permite constatar, nas proposições voltadas para a saúde na escola.

MINKLER (1989, p.19) traz à tona outro problema, relacionado às dificuldades em traduzir os novos conceitos em práticas e implementar uma visão ampla como a da promoção da saúde numa era marcada pelo conservadorismo fiscal.

Diversos pesquisadores estão hoje envolvidos em construir evidências de que a promoção da saúde envolve uma boa relação custo-benefício. Nem sempre é fácil distinguir, nesse terreno, o compromisso com a defesa da saúde, a preocupação com o bom uso do recurso público e a busca de legitimação da promoção da saúde nos limites de um cenário político no qual as questões econômicas - e não a superação da iniquidade – constituem o elemento central da tomada de decisão.

Trava-se hoje um vigoroso debate no Canadá, entre os defensores da promoção da saúde e os participantes de um novo movimento denominado *Saúde Populacional* que, partindo de premissas comuns, levou à construção de um modelo de explicação da saúde no qual os determinantes sociais têm importância relativa, em um quadro explicativo da saúde com ênfase na epidemiologia. Guba (1990, citado por ROBERTSON 1998) considera a Saúde Populacional uma assunção epistemológica do positivismo e LABONTE (1995) entende esse discurso como um retorno a uma explicação epidemiológica reducionista da saúde, à qual o pensamento econômico foi agregado. Essa nova roupagem científica para a justificação dos gastos em saúde permite evocar a suposta racionalidade apolítica da epidemiologia como referência para a tomada de decisão, e descompõe em números as dimensões éticas e morais do discurso da equidade.

Na realidade, a consulta atenciosa aos textos representativos do movimento da promoção da saúde revela que muitos deixam margem para atribuir-se a irracionalidade e a inviabilidade financeira do modelo de atenção à saúde basicamente ao fato de ser pautado no desenvolvimento de tecnologias, ao invés de organizar-se a partir de critérios epidemiológicos. Mas essas controvérsias indicam, ao mesmo tempo, que a concepção de promoção da saúde ganhou relevância no debate político que se trava no movimento sanitário internacional, envolvendo consensos possíveis e dissensos que buscam espaços de expressão. Ocorreram progressos no sentido da incorporação de alguns novos parâmetros ao senso comum sanitário, entre eles a afirmação da amplitude e complexidade da determinação do processo saúde-doença, refletindo uma ampliação do conceito de saúde.

Finalmente, dada sua origem nos países desenvolvidos, o movimento da promoção da saúde pode ser tomado como mais um projeto específico, apresentado

como universal. O estudo aqui apresentado alinha-se com a visão de MALO SERRANO e LEMOS (2002, p.11), que reconhecem na promoção da saúde “um campo conceitual, metodológico e instrumental em construção.” Segundo esses autores, “esta edificação traz o desafio da definição de suas estratégias a partir de nossas práticas, rompendo a centralização atual (....) Nos países da América Latina, a Promoção da Saúde pode e deve ter uma perspectiva que propicie a emancipação, fazendo jus às nossas necessidades, nossas potencialidades e à nossa história.”

A história mostra que, de fato, caminha-se rumo à edificação de um novo paradigma sanitário. "A crença de que se vive um momento transicional na saúde firma-se cada vez mais, enquanto permanece obscura a direcionalidade e o sentido de tal processo." (CARVALHO 1996, p.109)

2.1.1. A Promoção da Saúde no Brasil

No Brasil, a promoção da saúde vem adquirindo diferentes significados, conforme as concepções defendidas por seus difusores. (ROCHA 2001)

As coincidências significativas entre a Carta de Ottawa e o relatório final da VIII^a Conferência Nacional de Saúde mostram que fazem sentido como ocorrências de um mesmo momento histórico e que trazem diversos componentes comuns, como o direito universal à saúde, o foco na equidade e a centralidade da participação dos cidadãos. Os dois documentos valorizam a interdisciplinaridade na análise e a intersetorialidade na concretização das práticas e políticas sociais e propõem o controle social como estratégia para a construção de caminhos mais democráticos. (BUSS e col. 1998)

De fato, a nova promoção da saúde, assim como a concepção de cidadania do texto constitucional, embora sejam produtos de trajetórias específicas, afirmam-se como discursos contra-hegemônicos, no contexto de agravamento das iniquidades decorrente do modelo global de desenvolvimento econômico. SCHRAMM e SCHRAMM (1995, p. 115) discutem os compromissos e diretrizes do Sistema Único de Saúde - SUS à luz dos princípios básicos da bioética de Engelhardt, concluindo pela sua congruência ou compatibilidade enquanto ferramentas para a qualidade de vida. Advertem, entretanto, que tais princípios são tipos ideais e, ao mesmo tempo, instrumentos de legitimação das exigências de qualidade de vida de sujeitos reais, devendo portanto encarnar-se em situações concretas. Nesse sentido, MINAYO e col. (2000, p. 16) afirmam, também, a necessidade de aprofundar o conceito e as práticas de mediação pautadas na promoção da saúde para que ela possa significar “mais do que uma idéia de senso comum, programa ideológico ou imagem-objetivo e possa nortear o sentido verdadeiramente positivo de *qualidade de vida*.” (destaque no original)

Para PEDROSA (2002, p.164), a promoção da saúde, no contexto brasileiro, "ganha características de projeto instituinte de novas relações de cidadania entre Estado e Sociedade." Sua concretização, entretanto, não se faz sentir nas políticas públicas de âmbito nacional e, apesar dos avanços conquistados desde a VIII^a

Conferência Nacional de Saúde - entre eles a inclusão do capítulo de saúde na nova Constituição e a definição das normas operacionais básicas do SUS, “estamos ainda centrados dentro do próprio setor saúde na tentativa de organização dos serviços e na adequação dos recursos disponíveis para o financiamento do sistema”, o que mostra um longo caminho a percorrer. (GENTILE 1999)

Novo paradigma, conjunto de diretrizes, estratégia, campo conceitual e de prática ou marco de referência para o planejamento estratégico em saúde? Na publicação “Contribuição ao debate entre as escolas de saúde pública da América Latina”, a promoção da saúde é considerada, antes de mais nada, um “movimento social e de profissionais de saúde em reação à acentuada medicalização da saúde na sociedade e no interior do sistema de saúde.” (BUSS e col. 1998, p.2) A nova promoção da saúde apenas começa a se fazer presente na formulação e implantação de políticas para a realidade brasileira. Ao articular diferentes dimensões explicativas do processo saúde-doença-cuidado e deslocar o foco da atuação no sentido da melhoria da qualidade de vida, vem revelando grande potencial para repercutir no campo da saúde na escola.

2.1.2. A Escola Promotora de Saúde

Antonovsky formatou uma das idéias centrais na concepção de promoção da saúde: a saúde é gerada nos ambientes em que as pessoas vivem, amam, trabalham e divertem-se. Ele é citado por KICKBUSCH e O'BYRNE (1997), em um artigo no qual esses autores procuram demonstrar que o enfoque dos cenários (*settings*) oferece uma resposta prática para explicar porque as iniciativas, projetos e programas voltados para a promoção da saúde podem ser baseados em uma definição de processo. Esse enfoque sustenta-se na premissa de que existe um potencial de desenvolvimento da saúde em praticamente toda organização ou comunidade, que precisa ser fomentado por meio de estratégias definidas e aplicadas em cada um desses diferentes cenários específicos.

Segundo essa concepção, a escola, da mesma forma que todos os espaços-ambientes nos quais transcorre a vida, representa um cenário de promoção da saúde na medida em que as políticas educacionais que nela se concretizam têm implicações sobre o bem-estar individual e coletivo. De fato, das cinco áreas de ação prioritárias para a promoção da saúde, quatro se aplicam diretamente à escola: construção de políticas públicas saudáveis, criação de ambientes que dêem suporte à saúde, fortalecimento da ação comunitária e desenvolvimento de habilidades pessoais. A única exceção diria respeito à reorientação dos serviços de saúde. Assim, a escola de educação fundamental passa a ser valorizada como um cenário privilegiado para a promoção da saúde.

Conforme é sintetizado por MITJÁNS-MARTÍNEZ (1996), as contribuições da escola em relação à saúde humana podem ser essenciais e múltiplas: proporcionar ao sujeito formação cultural que lhe permita ter acesso às mensagens sobre saúde divulgadas por diferentes vias; preparar para a inserção no mundo do trabalho; aportar conhecimentos através de muitas disciplinas do currículo e/ou oferecer disciplinas específicas voltadas para a saúde. Essa autora destaca, entretanto, que estas contribuições potenciais se concretizam na medida em que compõem uma visão integral de formação da personalidade, valorizando recursos subjetivos para que os conhecimentos e experiências ganhem sentido e, só então, possam contribuir para a diminuição da vulnerabilidade e para a adoção de um modo de vida saudável.

O fato é que, nas últimas décadas do século XX, a escola começa a receber uma atenção sem precedentes, seja na busca de abordagens comportamentais efetivas (abordagem dominante nos EUA), na busca de estratégias para a organização curricular e a prática educativa (tema dominante na Europa) ou na pesquisa e experimentação de várias teorias de aprendizagem. (NUTBEAN 1992) A defesa da saúde como um dos componentes essenciais da experiência escolar passa a apoiar-se firmemente na perspectiva de universalização do acesso à educação fundamental que, embora longe de ser uma realidade, é uma tendência e uma meta assumida pela quase totalidade dos países do mundo.

Como um dos desdobramentos do movimento da promoção da saúde, a concepção de Escola Promotora de Saúde tomou forma e ganhou visibilidade como uma proposição integradora das práticas de saúde na escola. Essa formulação, englobando um conjunto articulado de pressupostos, definições e estratégias de ação, passou a ser amplamente disseminada e aplicada com o apoio de organismos internacionais, o que se demonstra na construção de redes de escolas promotoras de saúde em diversos países e regiões, inclusive na América Latina.

Em 1989, um levantamento coordenado pela Organização Panamericana de Saúde mostrou que nos vinte países do continente americano pesquisados estavam sendo desenvolvidos programas de saúde na escola que incluíam a abordagem educativa de conteúdos de saúde e serviços de diagnóstico de problemas auditivos, visuais, nutricionais e de postura. O estudo concluiu que a maioria desses programas era vertical, contava com estratégias de ensino tradicionais, e estava centrada no enfoque de danos à saúde e causas de doenças em lugar de hábitos saudáveis. Os principais problemas apontados na pesquisa foram a falta de compromisso político, apoio técnico e coordenação entre os ministérios de saúde e educação. Foram identificadas, também, as seguintes limitações: falta de capacitação dos profissionais envolvidos e de mecanismos de seguimento e avaliação dos programas, ausência de pesquisas sobre as necessidades da infância e da adolescência, carência de estratégias nacionais e enfoques criativos na elaboração de materiais educativos. Com base nesse diagnóstico, foi elaborado um plano de ação específico para a região das Américas, que incluiu a formação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde.(OPAS 1996)

Desde 1991, uma iniciativa pioneira e diferenciada já havia se desenvolvido na Europa, levando à criação da Rede Européia de Escolas Promotoras de Saúde. Esta proposta foi implantada como um complemento ao programa *Cidades Saudáveis*, com ênfase no ambiente físico e social, na questão curricular, e mediante a implantação de projetos altamente definidos como melhoria da qualidade da merenda ou fomento ao uso de artefatos de proteção nos eventos esportivos. (EUROPEAN COMISSION / COUNCIL OF EUROPE / WHO EUROPE 1993)

Uma nova série técnica passou a ser publicada pela Organização Mundial de Saúde, tendo como primeiro tema o controle de parasitoses. Considerou-se, como resultado de um encontro de especialistas realizado em 1991, que o desenvolvimento farmacológico de anti-helmínticos gerava uma oportunidade para ampliar investimentos em saúde por meio dos sistemas educacionais, utilizando-se estes medicamentos e micronutrientes, de forma eficaz, segura e com baixo custo. Seguiram-se outros volumes, igualmente voltados para temas específicos como nutrição, prevenção da violência, do uso do tabaco e da infecção pelo HIV/aids, considerados “porta de entrada” para a construção de Escolas Promotoras de Saúde. (WHO 1997a, 1998, 1999a, 1999b, 1999c, 2000)

Em 1995, época em que a nova promoção da saúde encontrava-se já bastante estabelecida, a OMS voltou a reunir um comitê de especialistas para rever a situação da saúde na escola, analisar as estratégias utilizadas para fortalecer esse campo de ação e pesquisar a relevância dessas ações. O relatório desse comitê incluiu um conjunto de recomendações específicas, fornecendo os fundamentos para que se constituísse um movimento denominado *Iniciativa Global de Saúde nas Escolas*. (WHO 1996a)

Uma síntese tentativa das propostas de renovação da saúde na escola apresentadas nos documentos da OPS e da OMS, com base na visão de promoção da saúde, permite indicar um conjunto de elementos que caracterizam a escola que promove a saúde:

- compreende e aplica um conceito de saúde apoiado na interação dos determinantes físicos, psíquicos, sócio-culturais e ambientais;

- atua no desenvolvimento de uma visão crítica da saúde por parte de alunos, professores e toda a comunidade escolar;
- promove um ambiente saudável e que favorece a aprendizagem, tanto nas salas de aula como nas áreas destinadas ao recreio, nos espaços em que se prepara e é servida a merenda, nos banheiros e em todo o prédio escolar;
- valoriza a promoção da saúde para todos os que estudam e trabalham na escola;
- reforça o desenvolvimento de estilos saudáveis de vida e oferece opções viáveis e atraentes para a prática de ações que promovem a saúde;
- favorece a participação ativa dos alunos e dos educadores na elaboração do projeto de educação em saúde, buscando estabelecer inter-relações com o projeto político pedagógico. (adaptado de MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002a).

As definições podem variar conforme a necessidade e as circunstâncias, mas uma Escola Promotora de Saúde pode ser genericamente caracterizada como aquela que se fortalece constantemente como um espaço saudável para a vivência cotidiana, a aprendizagem e o trabalho.

A literatura sobre Escolas Promotoras de Saúde ainda é escassa, constituindo-se basicamente de publicações organizadas pela OMS e/ou pela OPS e, no nível nacional, de resenhas das formulações dos organismos internacionais ou análises de intervenções localizadas. As exceções mais visíveis em volume de produção escrita sobre o tema encontram-se na Europa e na Austrália, regiões em que redes extensas e ativas mantêm discussão e troca permanentes.

Cinco desafios de alcance mundial destacam-se para o futuro da saúde na escola (WHO, 1996d, p.7-8):

- é possível contar com teorias e esquemas de referência relativamente sofisticados para realizar uma abordagem coordenada e integrada, mas sua aplicação prática e adaptabilidade para diferentes nações e culturas, assim como sua avaliação, estão consideravelmente menos desenvolvidas;
- políticas essenciais para o sucesso dos programas (valorização da saúde na escola, colaboração intersetorial e criação infraestrutura organizacional para

a sua implementação) são raras e o suporte administrativo e financeiro, embora crítico, é inexistente em muitos países;

- apesar de terem sido planejadas intervenções de sucesso para enfrentar problemas de saúde específicos, as ações mais características dos programas já implantados são desconectadas dos demais componentes do projeto escolar ou conectadas apenas através de um de seus componentes;

- as evidências quanto à efetividade de alguns componentes dos programas de saúde na escola (como currículo, ambiente e prestação de serviços de saúde), não contemplam orientação prática para sua implementação;

- existe pouca informação quanto a uma abordagem realmente abrangente de programas de saúde na escola. Embora o conceito de Escola Promotora de Saúde seja geralmente aceito, o seu desenvolvimento, implementação e avaliação são condições críticas para o progresso da saúde e da educação das crianças do mundo.

2.2. Políticas de saúde para a escola brasileira

...têm sido registradas muitas leis, decretos e discussões de cunho acadêmico e político em torno dessa área que se consolidará como Saúde Escolar, mas o seu 'lugar' no currículo e na vida escolar, segue sendo um lugar de disciplinamento, controle, conflitos e ambigüidades amplamente silenciadas nas grandes discussões que cercam, no contexto reformista atual, tanto a formação de professores quanto o currículo da escola básica.

Dagmar Meyer, 1998

No Brasil, as ações educativas em saúde para escolares estiveram presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, época da Primeira República, centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis. (OLIVEIRA 1997)

A pesquisa das transformações ocorridas ao longo da história mostra que a saúde escolar brasileira acompanhou de perto as tendências internacionais. VIANNA (1988) estudou os programas desenvolvidos no Estado de São Paulo no período entre 1966 e 1986, mostrando que a educação em saúde na escola acompanhou, também, as tendências da educação e da saúde pública, sofrendo as mesmas determinações políticas e sociais. A evolução da saúde na escola, na realidade brasileira, é analisada por diversos autores, que organizam a descrição das políticas e práticas nesse campo em fases que tendem a ser consensuais nas publicações consultadas.

Sua origem, marcada pelo movimento higienista, expressa “a articulação entre saúde e educação no cenário social do princípio do século” (OLIVEIRA 1991, p.46). Denominado higiene escolar, e conforme ao modelo alemão de polícia médica, o programa brasileiro propunha medidas de asseio e higiene dos escolares, “com a finalidade de evitar que doenças contagiosas invadissem a escola”. IERVOLINO (2000, p.45) assinala que as intervenções técnicas e as medidas inspecionistas eram parte de uma política “voltada apenas para o enquadramento das camadas populares, entendidas como marginais e culturalmente atrasadas.”

Na concepção higienista-eugenista, saúde e educação eram concebidas em sentido amplo. “A saúde era pensada nos seus aspectos físicos, mentais e morais; com repercussões individuais e sobretudo sociais. A educação não se resumia à transmissão de conhecimentos, muito embora (...) os médicos defendessem a

necessidade de informar o povo para salvá-lo da ignorância. Ela deveria consistir, também, na incorporação de hábitos, controle de impulsos, prática convicta de preceitos higiênicos e saudáveis” (STEPHANOU 1998, p.25) A educação em saúde visava o desenvolvimento de uma raça sadia e produtiva a partir da observação, exame, controle e disciplinamento na infância, com vistas a prevenir ou corrigir precocemente os desvios de comportamento, as imperfeições de caráter ou defeitos do desenvolvimento, por meio da formação de uma consciência sanitária nos indivíduos. Saúde e educação são tratadas, desde então, como um binômio indissolúvel.

SILVEIRA (1994, p.147) relata em sua dissertação de mestrado que o Departamento Nacional de Educação instituiu, em 1939, as palestras de instrução de saúde, que visavam "ministrar conhecimentos úteis e criar hábitos sadios", com vistas a reverter maus hábitos de higiene atribuídos à falta de informações. Nesse período, diversos técnicos foram envolvidos nos programas, além dos profissionais da educação: inspetores, médicos, dentistas, enfermeiras, visitantes, assistentes sociais.

Novos componentes técnicos e científicos vão sendo agregados à concepção inicial, deslocando progressivamente a sua legitimação dos eixos da moral e da perspectiva “civilizatória” para uma aparente despolitização apoiada na ciência, ainda que mantendo a modelagem de comportamentos como um objetivo central. Assim, durante cerca de cinquenta anos, houve predominância de uma educação sanitária normativa e prescritiva, com ênfase na responsabilidade individual e com características de inspeção, destinada a higienizar e moralizar as pessoas e as cidades.

A década de 1950, época de florescimento do pensamento desenvolvimentista, é assinalada como um novo marco histórico, posto que a escola começa a ser compreendida como um espaço para o desenvolvimento de experiências e o preparo da criança para a vida social. A saúde continua sendo vista principalmente como dever e responsabilidade individual e o "entusiasmo pela educação" pode ser reconhecido em documentos que atribuem à educação higiênica um poder decisivo na redução dos índices de doença no país. (LIMA 1985, p.69)

A visão “biologicista” torna-se hegemônica, justificando a introdução progressiva de informações mais detalhadas sobre o funcionamento do corpo humano e sobre as doenças a serem prevenidas, com recorrência às ciências biológicas e ao uso da metáfora do corpo humano como máquina. Prevalecem, ainda, as ações de inspeção, prescrição de comportamentos, e busca de correção da educação defeituosa eventualmente trazida da família. As triagens auditivas e visuais são incorporadas às tarefas da saúde escolar. Para além da educação dos alunos, os programas voltam-se para o enfrentamento da desnutrição por meio de merenda escolar e para a pesquisa de distúrbios neurológicos potencialmente associados a problemas de aprendizagem. O rendimento escolar passa a associado ao estado nutricional ou à capacidade mental do indivíduo, surgindo então os diagnósticos patológicos do tipo “distúrbio de aprendizagem” ou “disfunção cerebral”, que resultaram na proliferação de estudos e especialistas da área da saúde sobre o fenômeno do insucesso escolar. (SILVA e ARELARO 1987)

Na década de 1970, a saúde escolar estava tão fortemente identificada com esse modelo que era freqüentemente denominada medicina escolar, tendo como prioridade os exames físicos em massa e o uso de fichas padronizadas para o registro de saúde. A abordagem da temática da saúde no currículo assume formalmente “a designação genérica de Programas de Saúde, com o objetivo de ‘levar a criança e o adolescente ao desenvolvimento de hábitos saudáveis quanto à higiene pessoal, alimentação, prática desportiva, ao trabalho e ao lazer’ (....)”. (Parecer CFE nº 2.264/74, citado em MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO 2001, p.258)

Com o passar do tempo, a crescente demanda implicada na medicalização da saúde escolar gerou a necessidade de concentrar os atendimentos dos profissionais de saúde nos alunos com supostos déficits de aprendizagem ou distúrbios de comportamento, visando a busca de fatores orgânicos que justificassem o atendimento especializado. Gera-se nesse processo uma nova expectativa com relação ao professor que, também supostamente, deve ter competências para selecionar os alunos com necessidades de encaminhamento aos serviços de saúde.

Simultaneamente, como parte da reação à intensa medicalização da vida que estava se processando, a década de 1960 começara a assistir a construção de um

conceito ampliado de saúde, configurando-se entre os anos 1970 e 1990 um período de nova inflexão doutrinária, que abre caminho para uma revisão ampla da concepção de educação em saúde. Nesse período, marcado pela emergência de novos movimentos e temáticas que mobilizam os setores profissionais e a sociedade civil, a concepção tradicional de educação em saúde passa a ser mais fortemente questionada, acompanhando as tendências que se manifestam tanto na saúde como na educação. Novos projetos de promoção da saúde e prevenção de doenças emergem no campo teórico da saúde coletiva e os princípios da educação libertadora, sobretudo o da emancipação pela conscientização – vão exercer grande influência sobre as formas de questionar e experimentar em educação, levando ao florescimento de práticas pedagógicas mais participativas e democráticas. (MEYER 1998) Mas isso parece não se refletir com a mesma intensidade no campo da educação em saúde e a tradução dessa efervescência em práticas sociais repercute de forma acanhada no âmbito dos sistemas de educação formal.

As décadas de 1980 e 1990 trouxeram um conjunto de mudanças no cenário epidemiológico e político-institucional brasileiro. Nesse sentido, a formulação da proposta de Escolas Promotoras de Saúde é contemporânea a importantes alterações nas políticas educacionais e nas políticas de saúde potencialmente relevantes para o campo da saúde na escola.

A urgência no enfrentamento de doenças emergentes que se tornaram rapidamente relevantes do ponto de vista epidemiológico, como a aids, impulsionou a implantação de novos projetos educativos relacionados à saúde e à sexualidade. A abordagem desses temas envolvia necessariamente dimensões afetivas e sociais, assim como conteúdos e métodos que não aceitavam a biologia como nicho. Ampliam-se de forma notável as iniciativas voltadas para a educação sexual, implantadas por intermédio dos sistemas estaduais e municipais de educação, e apoiadas majoritariamente em concepções, projetos e materiais desenvolvidos e difundidos pelo Programa Nacional de DST/Aids. (MINISTÉRIO DA SAÚDE 1998)

Cabe assinalar que a emergência da epidemia de aids trouxe uma mudança importante nas justificativas para a educação em saúde de crianças e adolescentes, que passa dos riscos associados à morbidade para a prevenção da mortalidade. Dados

apresentados pela Coordenação Nacional de DST/Aids mostravam que 33% dos casos de aids estavam concentrados na faixa etária de 20 a 29 anos.² Dado o longo período de incubação, era possível presumir que a infecção pelo HIV ocorria, na maioria dos casos, na adolescência e no início da vida adulta. Do ponto de vista epidemiológico, ocorre um deslocamento significativo da mortalidade para faixas etárias mais precoces, em função da epidemia de aids, do aumento (real ou proporcional) da mortalidade materna associada à gravidez desprotegida na adolescência e dos impactos sobre a saúde gerados pela ampliação da vulnerabilidade de adolescentes e jovens a diversas formas de violência.

No que diz respeito ao quadro institucional brasileiro, a Constituição de 1988, tantas vezes nomeada Constituição Cidadã, instaura formidáveis avanços na legislação, na perspectiva da construção de uma sociedade de direitos. Traz a definição de um novo sistema de elaboração e gestão das políticas sociais, entre elas a saúde e a educação, calcado na descentralização e no estabelecimento de diversos mecanismos de participação e controle social. Tão relevante quanto seu conteúdo legal é seu significado político, na medida em que resulta de um longo e árduo processo de lutas sociais, como as que se travam no movimento sanitário, que tem seu ponto alto na VIIIª Conferência Nacional de Saúde, fórum de disputa política pela concepção de saúde posteriormente afirmada na nova Constituição. (BRASIL 1988)

Os processos simbolizados por esses eventos geraram um novo cenário para pensar e implantar políticas públicas para a promoção da saúde da população escolarizada. Completa-se, nesse período, a falência do modelo de atenção à saúde (médico e odontológico) sediado na escola. Não que as práticas, no âmbito da educação formal, tenham sido radicalmente ou globalmente transformadas. Mas ocorreram algumas rupturas importantes, que podem ser associadas a fatores de diversas naturezas.

Como afirma CYRINO (1999), contemplar os princípios do SUS implicava rever a questão da atenção à saúde da criança em idade escolar, marginalizada no atendimento realizado pelo setor saúde. A unidade básica de saúde passa a ser a porta

² Fonte: Boletim Epidemiológico MS-PN DST/AIDS, ano IX n. 3, junho a agosto – 1996

de entrada para a assistência à criança e ao adolescente, “fazendo emergir uma concepção de saúde escolar enquanto competência da esfera da saúde, mesmo que concretizada no espaço da escola, e criando-se a expectativa de priorizar as atividades preventivas e fortalecer os fluxos de referência e contra-referência.” SILVA e ARELARO (1987) apontam que este poderia ter sido um marco histórico no desenvolvimento da saúde na escola brasileira, considerando os princípios de articulação intersetorial, universalização, participação e descentralização.

De fato, com a implantação progressiva da descentralização na gestão dos sistemas de saúde e educação, as experiências locais ganharam destaque cada vez mais acentuado. Os projetos de integração docente-assistencial marcam as décadas de 1980-90, estabelecendo vínculos entre universidades e serviços. Nos relatos dessas experiências, atribui-se grande valor aos estágios, como oportunidade de aprendizagem dos acadêmicos de várias áreas da saúde. (MIRANDA e col. 1989; MOREIRA e OLIVEIRA 1988; SUCUPIRA 1980; FERRIANI 1984; GAMBA e col. 1990; DUARTE 1992; MASCARETTI 1997).

Outra inovação importante nesse período foi o fato de inúmeras organizações não governamentais passarem a atuar no campo da saúde na escola, em capacitações de professores ou no desenvolvimento de projetos voltados para temas específicos. Essa ampliação das relações com entidades da sociedade civil trouxe grande diversidade na escolha de conteúdos e na formulação de estratégias didáticas.

Na segunda metade da década de 1990, é elaborada e homologada a nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional (BRASIL 1996), que não traz nenhuma menção específica à saúde na escola. Ainda assim, nos estados e municípios brasileiros onde foram desencadeados processos autônomos de reformulação curricular, como Rio Grande do Sul e Belo Horizonte, a saúde ganhou espaço como um tema de relevância social e, nesse sentido, conteúdo a ser trabalhado na experiência escolar cotidiana.³

Como parte do processo político de tradução da nova Constituição em leis e normas que orientam a sua concretização, foram elaboradas novas diretrizes

³ Os referenciais curriculares adotados podem ser obtidos mediante consulta direta às Secretarias de Educação ou via internet.

curriculares e um conjunto de documentos de caráter orientador para a elaboração de currículos por parte das escolas e dos sistemas estaduais e municipais de educação.

As Diretrizes Curriculares Nacionais (CONSELHO NACIONAL DE EDUCAÇÃO 1996), definidas para os todos os segmentos da educação formal, foram elaboradas pelo Conselho Nacional de Educação e aprovadas pelo Congresso Nacional, tendo força de lei. Estabelecem eixos gerais para a organização curricular, fortemente pautados em princípios democráticos, incluindo a saúde entre os conteúdos relevantes para uma educação cidadã. Os referenciais curriculares, elaborados nesse mesmo período pelo Ministério da Educação com vistas a subsidiar os sistemas estaduais e municipais de ensino, trazem um conjunto de parâmetros para a seleção de conteúdos e estratégias para a organização curricular em cada um dos níveis da educação formal. No caso da educação fundamental, estão especificadas as chamadas “áreas tradicionais” do currículo, como línguas, matemática e ciências, e alguns temas de relevância social, organizados na forma de temas transversais. Nestes documentos, a saúde e a sexualidade, juntamente com outras temáticas que têm conexão direta com o campo da saúde, como meio ambiente e pluralidade cultural, ganham um tratamento destacado. A promoção da saúde é tomada como referência para a concepção desse tema.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais para a Educação Fundamental (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO 1997, 2001) foram amplamente distribuídos, e implantou-se uma estratégia de âmbito nacional, articulada aos sistemas estaduais e/ou municipais de ensino, para promover a sua leitura crítica e discussão em programas de educação continuada de professores. Os documentos relativos aos temas saúde e sexualidade, entretanto, não chegaram a ser incluídos nesse processo.

Ao realizar uma pesquisa junto aos professores da rede estadual de ensino de São Paulo, SILVA (2002) concluiu que a maioria deles não conhecia o conceito da Escola Promotora da Saúde. Além disso, muitos projetos documentados, independentemente de sua denominação, ainda são freqüentemente voltados para a prevenção de agravos específicos e a indução de mudanças de comportamento, contemplam objetivos finais relacionados a atitudes e comportamentos pré-

estabelecidos, têm como foco a responsabilização individual, são formulados de forma independente dos projetos pedagógicos. (ARMELIN 1999)

Por outro lado, algumas iniciativas locais bastante diversificadas têm sido denominadas Escola Promotora de Saúde ou Escola Saudável. (TEMPORINI 1990; PMSP 2000; SANTOS 2001; SILVA 1999; SILVA 2002; SILVEIRA 2000; IERVOLINO 2000)

Um levantamento realizado no ano de 2002 junto aos Secretários Estaduais de Educação de todo o Brasil mostrou que inúmeros programas e projetos voltados para a inclusão de temas sociais no currículo escolar vêm sendo implantados em todos os sistemas estaduais de ensino, embora não sejam, necessariamente, informados pela concepção da Escola Promotora de Saúde ou formalizados sob essa rubrica. (VALADÃO e col., no prelo) A multiplicidade dos temas, ações e projetos citados nessa pesquisa reflete uma clara intenção de ampliar a visão e a abordagem da saúde, em suas relações com o ambiente e a qualidade de vida. Certamente, a natureza complexa das questões que se apresentam no cotidiano da vivência escolar exerce grande pressão no sentido da contextualização social e busca de re-significação do trabalho educativo. Temas tradicionais da saúde escolar, como a educação sanitária, aparecem com relevância menor do que a abordagem mais abrangente da questão ambiental e são mencionados apenas como parte do trabalho realizado. Verifica-se uma nítida correspondência entre a formulação e difusão de projetos de longo prazo pelas diferentes instâncias do governo federal e a ampliação do trabalho com determinados temas nas secretarias estaduais de educação dos diversos estados brasileiros, em especial para os temas que têm sido alvo de projetos articuladores de múltiplas instâncias governamentais. Entretanto, os projetos ainda tendem a realizar-se de forma descontínua e pouco abrangente em relação às redes de ensino. As instâncias de promoção da saúde na escola são raramente formalizadas, seja nos sistemas de educação ou de saúde.

No que diz respeito ao governo federal, permanece existindo, no Ministério da Educação, o Programa de Saúde do Escolar. Conforme é descrito na página da internet (www.mec.gov.br), o programa encarrega-se, basicamente, da realização periódica de procedimentos de detecção de problemas de visão. No Ministério da

Saúde, desde a definição do SUS, a saúde na escola não chegou a constituir-se em política, programa ou área claramente definida. Na prática, a escola continua sendo palco de disputa entre os diversos programas. Como afirmam ROCHA e col. (2002, p.57), uma avalanche de projetos continua sendo proposta à escola de forma desarticulada, muitas vezes com superposição das ações e com diretrizes e intencionalidades díspares.

Os debates realizados na academia e nas instâncias de participação da sociedade civil, assim como as inúmeras experiências realizadas nas instituições de educação e de prestação de serviços de saúde ainda não levaram à conformação de novas políticas estratégicas de inserção da questão saúde nos sistemas de ensino, em nível nacional.

Hoje, a saúde na escola brasileira contempla uma mescla de antigas e novas idéias e práticas. O cenário do estudo, portanto, é um cenário no qual os princípios, leis, conceitos e práticas que têm relação direta com a promoção da saúde no âmbito da escola se perpassam, conflitam, superpõe, mas raramente se comunicam ou articulam. Tomando de empréstimo a metáfora utilizada por PILON (1995), um cenário no qual muitos fios vão sendo trançados sem que se forme um novo tecido, em que os fios se entrelacem numa nova configuração.

3. SOBRE A NOÇÃO DE CONHECIMENTO-EMANCIPAÇÃO

Não é simplesmente uma questão de optar por valores que foram suprimidos durante o desenvolvimento da racionalidade científica moderna e, agora, suprimir aqueles que eram anteriormente hegemônicos. Assim, não é uma questão de construir novas perspectivas que continuam a reproduzir antigas oposições, mas de aprender a transitar entre esses diferentes níveis e formas de entender e apreender a realidade, tomando como referência não sistemas de pensamento, mas os eventos que nos mobilizam para elaborar e intervir.

Dina Czeresnia, 1999

Noções prévias levaram à escolha do foco da análise das políticas e práticas no campo da saúde na escola. A noção de conhecimento-emancipação é parte de um referencial sociológico delineado por Boaventura de Souza Santos, em suas buscas na construção de uma teoria crítica da pós-modernidade. Essa escolha deve-se ao entendimento de que o estudo diz respeito a intenções políticas mais amplas do que a educação ou a promoção da saúde, embora a comunicação em análise esteja situada em sua interface. Assim, visando ir além dos componentes técnicos das políticas setoriais, a viga mestra da pesquisa está representada pela noção de conhecimento-emancipação.

Para examinar o potencial emancipador da Escola Promotora de Saúde na realidade brasileira é necessário esclarecer os sentidos em que se utiliza a noção de conhecimento-emancipação. Não se trata de aprofundar o conjunto de implicações dessa imagem ou de construir um conceito acabado, o que comportaria dimensões que estão além do campo deste estudo. Trata-se de informar os sentidos em que a idéia de conhecimento-emancipação - em oposição a conhecimento-regulação - é utilizada, para tornar possível a compreensão dos nexos estabelecidos entre essa noção e a promoção da saúde na escola.

Minayo diz que as noções são usadas como imagens na explicação do real. Elas servem como um caminho de ordenação da realidade, ao mesmo tempo em que permitem estabelecer perguntas fundamentais para a sua compreensão. Nessa tese,

constituem o marco conceitual e permitem definir as hipóteses ou pressupostos e o caminho do pensamento que orienta a investigação.

O estudo desenvolve-se a partir do entendimento que no conhecimento-emancipação, tradição epistemológica que passou a ser marginalizada e desacreditada na modernidade, a ignorância é o colonialismo e o colonialismo é a concepção do outro como objeto. A solidariedade, uma forma de conhecimento que se obtém por via do reconhecimento do outro como sujeito, requer também o reconhecimento do outro enquanto produtor de conhecimento. (SANTOS 2001, p. 30)

Vivemos hoje um período de transição entre paradigmas no qual assistimos um colapso da emancipação na regulação na medida em que os projetos emancipadores tendem, todos eles, a reproduzir novas formas de colonização. Por isso, o que se aspira é re-inventar a emancipação, alimentada pelo pensamento utópico e com recurso à imaginação.

Parte-se também do entendimento que a transição entre paradigmas é um fenômeno identificado somente a partir da análise de longos períodos da história humana e que, portanto, as lutas sociais tendem a ser travadas como sub-paradigmáticas, em cada geração. A consciência não serem, elas mesmas, lutas paradigmáticas, é indispensável para que sejam produtivas para a re-invenção da emancipação em cada tempo e lugar, não pretendendo representar a inauguração de um novo conhecimento que se pretenda universal. Assim, o conhecimento emancipação não envolve a adoção de um princípio único de transformação social, na medida em que um futuro possível que só faz sentido em concorrência com futuros alternativos.

“A esperança não reside, pois, num princípio geral que providencia por um futuro geral. Reside antes na possibilidade de criar campos de experimentação social onde seja possível resistir localmente às evidências da inevitabilidade, promovendo com êxito alternativas que parecem utópicas em todos os tempos e lugares excepto naqueles em que ocorreram efectivamente.” (SANTOS 2001, p. 36).

Assim, a alternativa delineada por Boaventura de Souza Santos propõe uma reinvenção da tensão entre regulação e emancipação, que implica o enfrentamento da

resignação e da desesperança, traços de uma visão de mundo na qual o futuro não se apresenta como um tempo que pode ser melhor do que o presente. Trata-se de enfrentar o desafio de superar o conformismo, alimentado pela suposta fatalidade de um modo de levar a vida único e global, no qual só resta espaço para a domesticação, abrindo espaço para novas possibilidades, utópicas mas localmente realistas, de emancipação.

Assume-se como premissa do estudo que uma política de saúde na escola pode prestar-se à domesticação da população e à colonização de sua cultura de saúde, assim como pode estar comprometida com a construção de um conhecimento-emancipação, na medida em que integre projetos técnicos e ideológicos distintos.

Uma das hipóteses aventadas é que, até esse momento, a concepção de Escola Promotora de Saúde está mais alinhada com sua herança domesticadora e com as tendências de colonização do movimento de promoção da saúde. A segunda hipótese, complementar a essa quando se considera a premissa adotada, é que a análise crítica de algumas categorias essenciais na defesa da Escola Promotora de Saúde – tomada como representativa do estado do campo da saúde na escola – pode ser um caminho fértil para a formulação de alternativas alinhadas com a aspiração a um conhecimento-emancipação. Considera-se que, por esse caminho, é possível construir uma agenda intersetorial pautada na formulação de uma política pública para a promoção da saúde na escola brasileira, de caráter progressista e transformador.

Buscou-se examinar as dimensões domesticadoras ou emancipatórias da promoção da saúde na escola, pressupondo a sua inserção em uma realidade na qual essas tendências se expressam em todas as instâncias da vida social.

4. JUSTIFICATIVA

A escolha de um tema não emerge espontaneamente, da mesma forma que o conhecimento não é espontâneo. Surge de interesses e circunstâncias socialmente condicionadas, frutos de uma determinada inserção no real, nele encontrando suas razões e seus objetivos.

Cecília Minayo, 1989.

A perspectiva ampla da nova promoção da saúde criou um campo fértil para a articulação intersetorial e permitiu a gestação de um novo ponto de encontro entre educação e saúde. A Escola Promotora de Saúde passou a servir de referência para a atuação de diversos organismos internacionais, incluindo OPS, OMS, UNESCO, UNICEF e Banco Mundial, signatários conjuntos de documentos que argumentam em favor da implantação de políticas nacionais de promoção da saúde na escola, propõem diretrizes e estratégias de ação para os governos nacionais e pautam debates técnicos e políticos em nível internacional.

A participação do Brasil nessa construção política tem sido bastante restrita. A tal ponto que, no que diz respeito à escola, esse estudo precisou pautar-se quase que exclusivamente em publicações estrangeiras, com exceção de alguns trabalhos acadêmicos e institucionais mais recentes. A frágil presença do Brasil em espaços técnico-políticos como a *Red Latino Americana de Escuelas Promotoras de Salud* (OPAS 1996) e a *WHO's Global School Health Initiative* (WHO 1996a), voltados para o fomento de projetos de promoção da saúde nas escolas, é sensível nas publicações desses organismos internacionais. A primeira justificativa para este estudo está, portanto, na valorização da importância em participar dos espaços políticos onde se desenvolvem os processos de construção e debate dessas idéias que constituem alimento para a reflexão e a produção de novos conhecimentos.

Se isso não deve implicar uma adesão automática ao referencial da Escola Promotora de Saúde, em função das instâncias de poder que representa, implica, indiscutivelmente, desenvolver competências para dialogar com ele, seja para adaptá-lo, questioná-lo, contribuir com ou avanço ou construir alternativas.

No Brasil, o desmonte do antigo e ineficiente modelo de saúde escolar não deu nascimento a uma nova política nacional de saúde na escola. Um segundo argumento em defesa da relevância desse estudo decorre da constatação de que a falta de uma política nacional assume o caráter de uma política de fato, que, sendo “invisível”, tende a alimentar a reprodução de modelos antigos e superados que compõem o repertório acessível para a maioria dos educadores e sistemas de ensino, inclusive para as ações de âmbito nacional. Verificam-se a reafirmação das concepções e das práticas consagradas, mesmo que eventualmente sob novas denominações e roupagens (OLIVEIRA 1991), a permanência de antigos impasses, já constatados décadas atrás por pesquisadores como LIMA (1985), e a recorrência quase mântica de discursos e queixas mútuas entre trabalhadores da educação e da saúde.

A “inexistência” do campo, no nível nacional, contribui decisivamente para que o diálogo entre os projetos locais seja limitado e, a cada nova gestão, os programas associados a uma determinada marca política tendem a ser interrompidos, não se gerando espaço/tempo político para a sua consolidação, multiplicação ou transformação a partir das aprendizagens acumuladas. A riqueza e a diversidade das inúmeras experiências regionais e locais constituem terreno fértil para pensar e estruturar políticas públicas para a promoção da saúde na escola. Entretanto, mesmo quando envolvem esforços e recursos significativos, tendem a ocorrer de forma descontínua e desarticulada de políticas com graus mais amplos de sustentabilidade, dificultando, inclusive, a avaliação de eventuais impactos sobre a saúde pessoal e coletiva.

É fato que as escolas e os sistemas estaduais e municipais de educação e/ou saúde buscam alternativas, pois as escolas e os sistemas locais não estão paralisados à espera de uma política pública de âmbito nacional para esse campo. A saúde na escola continua realizando-se, seja espontaneamente, por meio de instrumentos tradicionais ou, em alguns locais, através de projetos inovadores. Em muitos casos, as propostas são geradas nas universidades, nas organizações da sociedade civil ou no setor saúde, sendo acolhidas pela educação. Mas, na ausência de uma perspectiva política comum e claramente delineada, essas experiências tendem a caminhar paralelamente, sem que seus caminhos se entrecruzem.

Ao mesmo tempo, esse estudo ganha sentido a partir do reconhecimento do potencial de construção de conhecimentos nesse campo. No nível internacional, é unânime a afirmação da necessidade de avaliar (e definir novos critérios de avaliação para) os programas de promoção da saúde na escola. Nos países periféricos no sistema econômico e político mundial, argumenta-se pela necessidade de repensar os referenciais e gerar modelos para a sua concretização com uma visão “desde o sul”. No Brasil, é possível contar com um acúmulo teórico/prático sobre a educação em saúde que se constitui em referência mundial, a começar pelo legado do mestre Paulo Freire. A análise documental realizada como parte desse estudo revela grande fecundidade de idéias que podem constituir novos pilares para a construção de uma visão da promoção da saúde na escola centrada na emancipação. O deslocamento dos enfoques preventivos no sentido da busca de estratégias de enfrentamento da vulnerabilidade aos agravos à saúde e a concepção de educação popular em saúde são caminhos que oferecem pistas importantes para desenhar projetos emancipatórios e agir com vistas à sua concretização.

A publicação denominada *FRESH – Focusing Resources on Effective School Health* (WHO/UNESCO/UNICEF/WORD BANK 2000) é emblemática da defesa da criação e implantação de políticas nacionais de promoção da saúde na escola pois traz uma síntese dos argumentos essenciais na defesa da escola promotora de saúde e oferece indicações valiosas para o estabelecimento de nexos com os processos técnicos e políticos que lhe dão sustentabilidade. A escolha desse documento para a análise de conteúdo deu-se em função dos seguintes critérios: a comunicação apresenta, sinteticamente, uma defesa da implantação de políticas nacionais para a promoção da saúde na escola, inspiradas no modelo da “Escola Promotora de Saúde”. O texto busca ser objetivo e convincente na apresentação dos fundamentos e estratégias dessa proposição, representativa do estado do campo das políticas de saúde na escola. Finalmente, não foram localizadas publicações em português que preenchessem critérios similares ou equivalentes.

Cabe argumentar, ainda, que os esforços no sentido de construir visibilidade política e institucional para o campo da saúde na escola são importantes para permitir que as experiências e os conhecimentos acumulados encontrem espaços de difusão, diálogo e confronto. A universidade tem potencial e responsabilidade na construção

desse espaço político e na participação desse debate, no qual, a despeito de tantos acúmulos localizados, a negação do antigo modelo é ainda o principal – senão único – consenso entre os múltiplos discursos que têm visibilidade no país.

É nesse cenário, cujas dimensões não se esgotam nos elementos apresentados, que ganha sentido a análise de conteúdo de um documento de caráter internacional em defesa da promoção da saúde na escola. São explorados os sentidos em que a análise das categorias essenciais nessa comunicação podem subsidiar a busca por uma nova práxis para a saúde na escola brasileira.

5. OBJETIVOS

O objetivo geral do estudo é identificar os componentes centrais da promoção da saúde na escola, expressos na concepção de Escola Promotora de Saúde, examinando sua potencialidade em contribuir na construção de um conhecimento-emancipação, no contexto de educação fundamental no Brasil.

5.1. Objetivos específicos

Descrever e analisar criticamente o movimento da nova promoção da saúde, concepção da qual a Escola Promotora de Saúde é parte integrante;

Explorar relações de natureza ideológica entre os métodos e objetivos da promoção da saúde na escola e as concepções políticas que lhes são subjacentes;

Apresentar elementos para a composição de uma agenda intersetorial em prol da construção de uma política nacional de promoção da saúde na escola brasileira.

6. PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

A tese apresentada é produto de um estudo teórico, apoiado em um amplo levantamento de fontes bibliográficas sobre a promoção da saúde, a educação em saúde e a saúde na escola. A metodologia utilizada foi a análise de conteúdo de uma comunicação conjunta de diversos organismos internacionais denominada *FRESH – Focusing Resources of Effective School Health* (WHO/UNICEF/UNESCO/WORD BANK 2000) em defesa da adesão dos governos nacionais à “Escola Promotora de Saúde” como modelo de política pública.

Os conhecimentos acumulados na experiência profissional e na consulta à literatura concorreram para a realização de todas as fases da análise de conteúdo, trazendo contribuições essenciais para subsidiar a discussão e o confronto de idéias com aquelas expressas no documento analisado, e permitindo produzir inferências úteis para perseguir os objetivos do estudo, conforme se descreve a seguir.

Segundo a classificação proposta por Bulmer (1978) e citada por MINAYO (1989, p.30), trata-se de uma pesquisa estratégica, por basear-se em uma teoria das ciências sociais mas orientar-se para um problema que emerge na sociedade. “Seus instrumentos são os da pesquisa básica, tanto em termos teóricos como metodológicos, mas sua finalidade é a ação”. Essa modalidade de pesquisa é considerada por esta autora a mais apropriada para o conhecimento e a avaliação de políticas, particularmente para as investigações sobre saúde.

O método utilizado é descrito por BARDIN (2000, p.42) como “um conjunto de técnicas de análise das comunicações visando obter, por procedimentos sistemáticos e objetivos de descrição do conteúdo das mensagens, indicadores (quantitativos ou não) que permitam a inferência de conhecimentos relativos às condições de produção/recepção (variáveis inferidas) destas mensagens”.

Essa metodologia desenvolveu-se nos Estados Unidos no início do século XX, tendo sua origem marcada pela análise quantitativa de material jornalístico, traduzida na frequência de aparecimento de conteúdos específicos como palavras, mensagens ou temas. Na década de 1950, a metodologia adquiriu novos contornos a partir de questionamentos provenientes de diferentes áreas, entre elas as ciências

sociais e a psicanálise, enriquecendo-se com o debate sobre as representações e a valorização de dimensões qualitativas, não necessariamente expressas em números ou frequências.

O florescimento subsequente de disciplinas como a semiologia e a lingüística interferem, também, na concepção da análise de conteúdo, que atualmente é compreendida como um conjunto de técnicas para a investigação laboriosa de documentos, em uma atitude de vigilância crítica diante da “ilusão da transparência”, que pode ser tanto mais útil quanto maior a impressão de familiaridade face ao objeto de análise. O desejo de rigor e a necessidade de descobrir, de adivinhar, de ir além das aparências, expressam as linhas de força do desenvolvimento histórico do método. Metodologicamente, confrontam-se ou completam-se a verificação e a interpretação. (BARDIN 2000, p.28-9)

6.1. A etapa preparatória

A primeira etapa da análise de conteúdo envolve os seguintes passos: uma “leitura flutuante” de comunicações relativas ao tema do estudo, a escolha do(s) documento(s) para análise, a formulação das hipóteses e dos objetivos, e a elaboração de indicadores que permitam a interpretação final. Essa é uma etapa preparatória, na medida em que o interesse não reside propriamente na descrição dos conteúdos mas em sua re-organização com vistas a descobrir o que eles poderão ensinar sobre outras coisas.

Nesse estudo, a primeira etapa foi realizada a partir da busca de publicações nos campos da promoção da saúde, educação em saúde e saúde na escola. Dois marcos históricos contemporâneos foram utilizados para a delimitação cronológica do início do período pesquisado, que abrangeu de 1986 a 2003: a Primeira Conferência Internacional de Promoção da Saúde e a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que estabeleceram, respectivamente, marcos essenciais para o movimento de promoção da saúde e para a definição do SUS, na forma como está previsto na Constituição Brasileira de 1988. Esses eventos são significativos no campo do estudo pois delimitam o início de uma nova etapa de formulações teóricas e práticas em saúde pública, tanto no nível internacional como no Brasil.

O levantamento teve início com a busca sistemática nas bases de dados acessíveis e relevantes na área do estudo, a partir dos seguintes descritores: escola promotora de saúde/health promoting school, escola saudável/healthy school, saúde escolar/school health, promoção da saúde/health promotion, educação em saúde / health education. Essa busca abrangeu livros, periódicos, anais de eventos e trabalhos acadêmicos indexados no Sistema Integrado de Bibliotecas da Universidade de São Paulo – DEDALUS, e nas seguintes bases de dados: MEDLINE – National Library of Medicine's, LILACS – Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde, BIREME – Sistema Latino-Americano e do Caribe de Informação em Ciências da Saúde e ERIC – Educational Resources and Information Center.

Foram utilizados também os termos livres “escola promotora de saúde” e “escola saudável”, que não são considerados descritores nas bases de dados consultadas. Cabe destacar que na base ERIC, dedicada à educação, a expressão *comprehensive school health education* aparece como descritor. Verificou-se que a maioria dos trabalhos era composta por resenhas, reafirmações ou exemplos de aplicação da concepção apresentada nos textos da Organização Mundial de Saúde, constituindo, de alguma forma, sub-produtos das comunicações originais sobre a Escola Promotora de Saúde. Os autores que traziam contribuições diferenciadas foram valorizados como guias para novas buscas de textos de sua autoria e de publicações incluídas em suas referências bibliográficas.

Procedeu-se, em um momento posterior, uma busca assistemática e irrestrita quanto aos termos de indexação e à data das publicações, realizada a partir de referências encontradas nas leituras iniciais consideradas mais significativas. Essa fase revelou-se mais aprimorada e fecunda do que a realizada a partir dos termos indicativos de temas gerais em saúde na escola, particularmente para as publicações nacionais. Evidentemente, a avaliação positiva dessa etapa está parcialmente associada à seleção de publicações com base no conhecimento prévio de autores e usos da terminologia. Cabe ponderar que o jargão em voga no meio científico internacional não têm sido muito valorizado na escolha de palavras-chaves para a indexação das publicações nacionais que abordam temas relacionados à saúde na

escola, ao passo que, nas publicações em língua inglesa, *health promotion*, *health promoting school* e *healthy school* são palavras-chaves privilegiadas.

Foram colhidos relatos e análises de experiências, assim como textos de natureza teórica e conceitual. Documentos oficiais, produzidos no âmbito das diferentes instâncias do governo federal, foram obtidos mediante consulta à internet e participação profissional em diferentes projetos e eventos nos campos da saúde coletiva e, especificamente, da saúde escolar.

Após a leitura do material encontrado na pesquisa preliminar, foi feita a seleção da comunicação para análise - *FRESH- Focusing Resources on Effective School Health* (WHO/UNESCO/UNICEF/WORD BANK 2000), em função de seu caráter sintético e representativo da defesa de políticas nacionais de promoção da saúde na escola.

Fez-se uma preparação ou recorte do material por meio da busca de unidades de sentido. No emprego do método, o texto pode ser recortado em idéias constituintes ou outros enunciados portadores de significação isolável. Para fazer uma análise temática, como a realizada neste estudo, toma-se em consideração a totalidade de um texto, analisando-o segundo a frequência de presença (ou de ausência) de unidades de sentido, que indicam temas eixo em redor dos quais o discurso se organiza. (BARDIN 2000) No documento analisado, esses temas emergiram do próprio texto, a partir do emprego do seguinte indicador: argumento(s) em defesa da adoção da Escola Promotora de Saúde como modelo para a definição de políticas nacionais para o campo da saúde na escola. As unidades de contexto escolhidas foram os parágrafos (eventualmente na forma de itens), por serem considerados os segmentos da mensagem com dimensões mais apropriadas para a compreensão do significado das unidades de sentido.

Não houve, portanto, uma definição prévia das rubricas de classificação. Ao contrário, a definição das categorias da análise foi realizada a partir de um agrupamento, por aproximação, dos temas que emergiram do texto. As categorias resultantes do agrupamento dos temas, balizas para o conhecimento do objeto, foram definidas em função de seu potencial para fazer emergir as dimensões emancipatórias ou reguladoras da proposição estudada.

De fato, não foi possível realizar esses procedimentos que compõem a pré-análise de forma linear. Foram muitas as idas e vindas e as dificuldades em tornar claro o desejo de aprendizagem ao qual se pretendia atender. Esse processo não é um imprevisto na aplicação do método. O rigor da análise está vinculado à identificação clara do percurso realizado, na medida em que essa primeira etapa de uso do método organiza o caminho do pensamento. Nesse sentido, a exposição dos resultados finais, mesmo que rigorosa do ponto de vista metodológico, não substitui essa descrição das “hesitações dos cozinhados que os precederam”, valorizada por BARDIN (2000, p. 32) como referência para a realização de estudos futuros.

6.2. A produção de inferências

O exercício de inferir conhecimentos relativos às condições de produção/recepção da comunicação analisada corresponde à segunda etapa de aplicação do método. É a partir das variáveis inferidas que se dá o trabalho de interpretação, que não visa atravessar significantes para atingir significados mas sim atingir outros significados, relativos a uma outra realidade que não a da mensagem. (BARDIN 2000, p.41) Ao final, espera-se obter um elo consistente entre os dados do texto e a teoria prévia do analista.

Inicialmente, os resultados obtidos na etapa preparatória foram cotejados com as idéias apresentadas nos textos encontrados na literatura. Por esse caminho, as categorias da análise que emergiram da comunicação foram exploradas com o apoio de conceitos e reflexões sobre os diferentes significados que podem assumir nas políticas e práticas de promoção da saúde na escola.

Um segundo momento foi dedicado à transposição da discussão para a “outra realidade” que se pretendeu estudar, a realidade brasileira, visando explorar pontos de encontro ou desencontro entre a concepção da Escola Promotora de Saúde e a potencialidade de construção de uma política nacional de promoção da saúde na escola, na perspectiva da emancipação.

A valorização da descoberta e da função heurística do método mostraram-se mais ricas e relevantes para o cumprimento dos objetivos do estudo do que a função, complementar, de busca de comprovação das hipóteses previamente concebidas.

7. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A forma de apresentação dos resultados do estudo respeita os dois momentos distintos da discussão, visando dar maior visibilidade ao caminho percorrido. As categorias da análise – construídas a partir da identificação e agrupamento dos argumentos em favor da implantação de políticas de promoção da saúde na escola, foram organizadas em quadros-síntese, que são apresentados ao longo da exploração dos significados que podem ser a elas associados. A transposição da discussão para a realidade brasileira é apresentada a partir de sua contextualização nos três componentes apontados como essenciais à concepção da Escola Promotora de Saúde: o ambiente da escola, a educação em saúde e a assistência em saúde.

As referências textuais ao documento analisado correspondem a uma tradução livre do inglês para o português, motivo pelo qual optou-se por remeter, em todos os casos, a notas de rodapé com o texto original.

7.1. O contexto de produção da mensagem

A comunicação analisada é marcada pela afirmação de valores, princípios e denominadores comuns para orientar a prática. Diante do desafio de traduzi-los em diretrizes, estratégias e guias de ação, corre-se o risco de uniformizar, nivelar e simplificar dimensões complexas. Nesse sentido, cabem algumas notas sobre o contexto de produção da comunicação analisada, produzida a partir de um esforço da Organização Mundial de Saúde no cumprimento de seu papel de advogar pela saúde. Definir conjuntamente a saúde na escola como um campo no qual os organismos internacionais propõem-se a concentrar recursos e esforços, representa uma aliança significativa. Trata-se, portanto, de um empreendimento de sucesso, na medida em que representa um compromisso público e de caráter mundial.

Ao mesmo tempo, é possível observar que o contexto gera a valorização de algumas questões, possivelmente negociadas em função de sua relevância no debate internacional travado naquele momento. A nutrição e a garantia da oferta de alimentos na escola, embora seja uma questão embutida na concepção de Escola Promotora de Saúde, habitualmente não é nomeada em separado e tão enfaticamente como acontece na comunicação analisada. A questão das relações de gênero, por sua

vez, é citada em 8 dos 21 parágrafos e sinalizada como a dimensão essencial da noção de equidade, um destaque que perpassou todo o fórum de Dakar, constituído para afirmar o compromisso do direito universal à educação.

Essas questões não estão apontadas por suposição de que possam ter gerado desvios em relação à concepção de Escola Promotora de Saúde. Apenas que a comunicação estudada tem um colorido particular e, nesse sentido, reconhecer o seu contexto de produção visa esclarecer os motivos pelos quais algumas expressões e conteúdos frequentes não geraram temas ou categorias nessa análise. Os temas identificados, conforme se verifica pelo conjunto da literatura sobre a promoção da saúde na escola, são perfeitamente expressivos do esquema conceitual que fundamenta a concepção da Escola Promotora de Saúde, em sua aplicação à realidade dos países periféricos.

Assinaladas algumas indicações sobre o contexto de produção da mensagem, o atendimento dos objetivos desse estudo envolve a tentativa de produzir inferências, a partir das categorias que emergiram do texto analisado.

7.2. As categorias da análise

As categorias da análise foram construídas a posteriori, e por aproximação, tomando-se em conta os temas que emergiram da comunicação na forma de argumentos em defesa da implantação de políticas públicas fundamentadas na concepção da Escola Promotora de Saúde. São: (1) a efetividade da promoção da saúde na escola; (2) reciprocidade e sinergismo entre saúde e educação; (3) a relevância dos riscos em saúde para crianças e adolescentes; e (4) saúde na escola como estratégia para a promoção da equidade.

7.2.1. A efetividade da promoção da saúde na escola

Os benefícios e os impactos potenciais da promoção da saúde na escola são afirmados ao longo de todo o documento, constituindo a principal linha de força da argumentação.

Efetividade, juntamente com outras palavras de mesma raiz, expressa uma idéia recorrente no texto, estando presente em mais de 50% dos parágrafos. Eficácia e eficiência são também dimensões sugeridas, mas a possível diferenciação técnica e semântica dá lugar à ênfase em uma expressão única, reiterada como mensagem central. A efetividade é apresentada como pré-requisito para a obtenção de bons resultados, como característica e produto da promoção da saúde na escola.

QUADRO SÍNTESE

CATEGORIA : a efetividade da promoção da saúde na escola	
TEMAS	PARÁGRAFOS
o uso dos recursos da escola gera uma boa relação custo-benefício / baixo custo /sustentabilidade dos programas de saúde na escola	4, 13, 14
eficácia comprovada da realização de ações básicas de saúde	14
garantia da saúde é parte de um sistema de educação efetivo	4
as experiências acumuladas por países, agências e ONGs sugerem uma oportunidade para a ação integrada/ ampliação do alcance e da efetividade dos programas de saúde na escola	5,6,7
investir em saúde na escola é investir em vidas produtivas e satisfatórias, no futuro do país, no bem estar econômico e da sociedade	8
a efetividade dos programas de saúde na escola é uma consequência da sinergia entre benefícios à saúde e benefícios educacionais	12
a efetividade dos programas de saúde na escola é mensurável por meio da melhoria da saúde e da nutrição/ dos resultados da educação, (diminuição do desperdício, menor taxa de repetição e melhoria geral do retorno nos investimentos na educação)	12
uso direto da(s) palavra(s) efetivo(a)/efetividade/efetivamente	1,4,5,6,9,13,14, 16,17,18,19,20,21

Na abordagem teórica sobre a saúde na escola, os seus impactos positivos na saúde e/ou na educação são usualmente pressupostos. Os argumentos que emergem na comunicação analisada são bastante frequentes em outros discursos e a promoção da saúde na escola vem sendo apresentada como estratégia para diminuir custos, prevenir a evasão escolar, melhorar a relação professor/aluno, fazer com que ocorram menos problemas na escola, melhorar a performance acadêmica dos alunos, diminuir a necessidade de referência a outros profissionais, melhorar as relações entre as crianças e seus pais, entre outros incontáveis benefícios. Além de produzir esses impactos, a efetividade da promoção da saúde na escola se expressaria na avaliação da atenção à saúde, assim como na prevenção de riscos específicos, como a contaminação pelo HIV e os agravos associados à violência. No texto analisado, esses argumentos são expressos de forma contundente.

A efetividade [dos programas de saúde na escola] é mensurável não apenas em termos da melhoria da saúde e da nutrição, como também da melhoria dos resultados educacionais, na redução do desperdício e da reprovação e na potencialização geral dos retornos dos investimentos em educação⁴

A afirmação da efetividade das ações assistenciais realizadas na escola sustenta-se no reconhecimento da falta de outras oportunidades para usufruto da tecnologia básica em saúde por parte da população escolarizada. A maioria das publicações sobre o assunto toma este fato como um dado de realidade.

Mas quando uma população não tem acesso às tecnologias e cuidados relacionados à atenção básica, torna-se difícil afirmar a validade ética e o impacto de ações pontuais, de forma independente da criação e qualificação de serviços de saúde.

No documento analisado, além da valorização das necessidades de saúde da população em idade escolar, a questão ganha caráter de política compensatória.

⁴ *The effectiveness is measurable in terms not only of improved health and nutrition, but also of improved educational outcomes, reduced wastage, less repetition and generally enhanced returns on educational investments.*

Programas de saúde na escola podem contribuir para assegurar, às crianças que entram na escola sem beneficiar-se de programas voltados para a infância, a atenção que podem necessitar para beneficiar-se plenamente da oportunidade educativa⁵

Ainda que se tome a falta de outras oportunidades de acesso à tecnologia de saúde como um fato, valorizando-se a prestação de assistência na escola como caminho para romper um círculo vicioso de exclusão social e reconhecendo que é possível, nessas circunstâncias, oferecer serviços de saúde a muitas crianças que não teriam acesso a eles por outros caminhos, isso não significa que a opção pela organização de alternativas de assistência no âmbito do próprio sistema de saúde seja necessariamente mais cara, mais complexa ou menos efetiva. O argumento da boa relação custo-benefício apresentado no texto é, entretanto, recorrente nas publicações sobre esse tema.

Programas de saúde na escola efetivos, desenvolvidos como parte de parcerias com a comunidade, constituem um dos meios com melhor relação custo-benefício para atingir adolescentes e a comunidade mais ampla, sendo um caminho sustentável para a promoção de práticas saudáveis⁶

É importante salientar a inexistência de informação comparada com qualquer outra estratégia de acesso da população escolarizada aos recursos do setor saúde. O levantamento de fontes bibliográficas mostra que são raros os registros de mensuração do alcance, do impacto ou do custo das ações voltadas para a saúde de crianças e adolescentes. Não foram encontrados estudos baseados em critérios comparativos, nem mesmo entre alternativas de prestação de atenção mínima. Assim, quanto ao componente assistencial – embora não exclusivamente no que diz respeito a esse componente, é necessário concordar com LEGER (1999) quando ele afirma

⁵ *school health programmes can help ensure that the children who enter school without benefit of early development programmes receive the attention they may need to take full advantage of their educational opportunity*

⁶ *Effective school health programmes that are developed as part of community partnerships provide one of the most cost-effective ways to reach adolescents and the broader community and are a sustainable means of promoting healthy practices.*

que a literatura sobre a promoção da saúde na escola apóia-se em benefícios potenciais mais do que em evidências.

A busca de critérios de avaliação mais generosos leva à necessidade de questionar, também, as estratégias de verificação da efetividade da educação em saúde. Há relatos que apóiam a avaliação positiva na valoração da oportunidade única de acesso. Entretanto, no que diz respeito à educação em saúde na escola, a concepção de atenção mínima é mais rara, e as experiências e argumentos são bastante fartos e diversificados.

Recuperada neste estudo por ter sido citada em diversas publicações posteriores, uma ampla revisão realizada por BARTLETT (1981) é orientada pela seguinte pergunta: *quais seriam expectativas razoáveis, em relação às contribuições da educação em saúde na escola, para a promoção da saúde da comunidade?* O autor conclui que programas focalizados em temas variados como drogas, álcool, tabaco, nutrição ou trânsito, são muito eficientes em aumentar conhecimentos, têm alguma eficiência em mudar atitudes e, com raras exceções, são ineficazes na mudança das práticas relacionadas à saúde. Em alguns casos, também bastante localizados, os impactos são considerados negativos. As exceções à regra, no universo dessa análise, ficaram por conta da área de saúde bucal e de um programa voltado para a prevenção de risco cardiovascular. No primeiro caso, os resultados positivos nas práticas de higiene bucal são atribuídos à percepção das crianças sobre o problema, considerando a alta prevalência de cáries e a natureza dolorosa dos tratamentos; no segundo, o impacto sobre comportamentos foi atribuído ao grande envolvimento conjunto das crianças e seus familiares. Haveria, portanto, uma evidência limitada de que as chances de promover mudanças de comportamentos estão associadas à percepção de suscetibilidade e severidade dos agravos e/ou ao envolvimento significativo da comunidade escolar. A comunicação analisada também destaca essa questão.

Promover uma interação positiva entre a escola e a comunidade é fundamental para o sucesso e a sustentabilidade de todo e qualquer processo de melhoria da escola⁷

⁷ *Promoting a positive interaction between the school and the community is fundamental to the success and sustainability of any school improvement process.*

Publicações ainda mais antigas, como a de KREUTER e GREEN (1978) já ressaltavam que um número infinito de variáveis que interagem nos ambientes em que a criança vive. Isso faz com que seja virtualmente impossível vincular diretamente as atividades escolares aos comportamentos de saúde que emergem no tempo. Considera-se, desde então, que os programas de educação em saúde na escola precisam ter seu papel reavaliado, já que podem ser muito efetivos, de fato, em prover informações básicas sobre diversos tópicos relacionados à saúde para largos segmentos da população. Este resultado, embora limitado, é consistente com o direito a tomar decisões informadas, de modo que experiências de aprendizagem posteriores podem ser beneficiadas a partir desses conhecimentos.

Essas considerações, apresentadas há mais de duas décadas, mostram-se ainda relevantes na avaliação da efetividade dos programas de saúde voltados para a escola. A promoção da saúde, pautada em marcos políticos e de saúde abrangentes, traz como premissas a ampliação do foco dos programas e ações e o caráter participativo das experiências educativas. Em outras palavras, assume, em sua própria concepção, a necessidade de superação dos limites identificados nas ações pontuais e nos modelos cognitivos de educação, procurando mobilizar os educadores em saúde para a revisão de suas práticas pedagógicas.

O empenho em construir evidências quanto à efetividade da promoção da saúde impulsionou uma onda de estudos avaliativos, inclusive das políticas e programas de saúde na escola. Mas, até o momento, eles não revelam um salto de qualidade consistente em relação às experiências anteriores, apresentando resultados essencialmente vinculados aos ganhos com a experimentação de novos processos de trabalho. ((LAVIN e col. 1992; LEGER 1999; LEGER e NUTBEAM 2000; EUROPEAN COMMISSION / COUNCIL OF EUROPE 2000)

No que diz respeito à mensuração de impactos sobre comportamentos relacionados à saúde, as experiências de avaliação encontradas na literatura apontam para a necessidade urgente de reavaliação de expectativas. É possível citar alguns exemplos esclarecedores. DiCENSO e GRIFFITH fizeram, em 2002, uma revisão

sistemática de estudos de avaliação do impacto de programas de educação sexual voltados para adolescentes, realizados em diferentes cenários. Tomando como fonte 26 levantamentos realizados na Europa, Austrália, Nova Zelândia e América do Norte, selecionados em função da precisão em informação e metodologia, concluíram que as estratégias de prevenção primária avaliadas até aquele momento não retardam a iniciação sexual, não aumentam o uso de métodos contraceptivos entre homens ou mulheres jovens, nem reduzem a gravidez na adolescência, objetivos apontados para os programas implantados.

Em outra investigação, realizada por SCHOFIELD e col. (2003), verifica-se a efetividade de um programa para reduzir o tabagismo, desenvolvido em 22 escolas públicas secundárias da Austrália, no contexto de um projeto amplo de promoção da saúde na escola. Conclui-se que o programa ampliou conhecimentos mas falhou em melhorar atitudes e comportamentos associados ao tabagismo. O resultado, medido após dois anos, mostrou um aumento de 10% no tabagismo tanto entre os participantes do programa como no grupo controle.

O fato é que as experiências de educação em saúde e promoção da saúde na escola, registradas em alguns trabalhos brasileiros e amplamente documentadas na bibliografia internacional, continuam trazendo resultados bastante polêmicos e, freqüentemente, limitados. Nos países que adotaram o referencial das Escolas Promotoras de Saúde, as pesquisas recentes continuam mostrando a necessidade de revisão dos critérios de avaliação. Em sua maioria, afirmam que a efetividade e a sustentabilidade das intervenções nesse campo estão diretamente relacionadas com a extensão com que elas são articuladas aos projetos globais de promoção da saúde e de educação escolar, numa relação direta com as escolhas curriculares e com o ambiente de convivência, mais do que com objetivos comportamentais específicos.

Torna-se cada vez mais claro que a incorporação do referencial definido para uma Escola Promotora de Saúde tem dimensões tão amplas e reciprocamente condicionadas que implica uma transformação global dos padrões de qualidade da experiência escolar. Assim, a verificação de sua efetividade não é possível por meio do emprego de métodos de avaliação construídos e validados no âmbito do modelo

biomédico, nas tradições da pesquisa epidemiológica ou em modelos educativos cognitivo-comportamentais.

Um estudo realizado por WIGHT e col. (2002) traz novos elementos para a discussão, tanto por suas características como por suas conclusões. Ao verificar que as evidências sobre o impacto de programas voltados para reduzir práticas sexuais desprotegidas eram provenientes basicamente de estudos “quase-experimentais”, realizaram um ensaio randomizado envolvendo 8.430 estudantes de 25 escolas secundárias na Escócia. Não encontraram diferenças na atividade sexual e na incidência de comportamentos de risco após a implantação de um programa não convencional, baseado em estratégias participativas e na aplicação das 10 características identificadas por KIRBY e col. (1994) como necessárias para a efetividade dos programas baseados em habilidades para a vida (*life skills*). Os alunos mostraram ter mais conhecimento sobre saúde sexual, mas não ocorreram diferenças de comportamentos em comparação com os alunos que participaram de um programa tradicional. No conjunto, o programa recebeu avaliação positiva e, segundo os próprios alunos, contribuiu para a melhoria na qualidade de suas relações sexuais. Os autores atribuem a falta de impacto do programa sobre os comportamentos de risco ao fato do uso de preservativos já estar bastante disseminado naquela população, situação na qual, hipoteticamente, o limite da influência da escola sobre esse comportamento poderia estar esgotado.

Mostra-se cada vez mais necessário reconhecer os limites da educação e da atuação da escola, não apenas no sentido da necessária revisão do “otimismo” com o potencial da educação, dos critérios de avaliação dos programas e ações, como também de um questionamento ético quanto aos seus objetivos.

DUNLEY (1999) coloca em discussão se é possível educar o sexual, quando se entende a sexualidade como campo de força de nossos desejos e não mera expressão de comportamentos sociais. Os autores que tomam parte na publicação mostram que a sexualidade não tem como se inscrever em sua totalidade no universo educacional, aprofundando a discussão sobre os limites da escola no desempenho de sua tarefa. Note-se que a liberalidade com que se usa a expressão “sexualidade saudável” (pressupondo uma forma certa de vivê-la, em oposição a sexualidades

doentias) é um dos inúmeros indícios de que o discurso da saúde integral também pode levar às armadilhas da medicalização da vida e da padronização de condutas.

Pode-se evocar, também, a discussão feita por ALMEIDA (1998), que aponta os limites da escola na educação e prevenção em saúde mental, considerando a própria natureza da instituição escolar e da proposta preventiva. Para essa autora, não se previne ingenuamente pois “prevenir, em última instância, significa o exercício de uma forma refinada e muito bem elaborada de controle social”. Ao considerar a natureza e os objetivos das funções educativas, o caráter multideterminado do conceito de saúde mental e as implicações ideológico-sociais da ação preventiva, conclui que não é possível à escola se assegurar da tarefa de prevenir a doença mental. Ela pode produzir experiências mais ou menos patogênicas, mais ou menos promotoras de bem-estar e o que se pode esperar, nesse sentido, está associado principalmente às relações intersubjetivas e afetivas que se estabelecem no ambiente escolar.

Na realidade, o que se observa na maior parte das avaliações documentadas, com exceção daquelas voltadas para a análise de novos processos de trabalho, é menos uma ruptura nos critérios de avaliação a partir da visão da promoção da saúde e mais uma re-elaboração do enfoque centrado no risco. A ampliação da abrangência dos programas dá-se no sentido da incorporação de estratégias participativas, menos centradas na informação e mais na oportunidade de intervir no desenvolvimento de habilidades e condições que influem na formação dos comportamentos. A lógica que se persegue, na maioria dos estudos, é a busca de meios inovadores e mais eficazes de dar conta de objetivos ainda circunscritos ao universo da higienização e normatização dos comportamentos, como se uma consideração ampliada de sua determinação pudesse gerar uma forma, também ampliada, de prevenção de riscos e adesão a comportamentos saudáveis pré-estabelecidos.

Indícios de uma revisão mais ampla das concepções que alicerçam a avaliação da promoção da saúde na escola começam a emergir, principalmente nas experiências realizadas no âmbito das redes australiana e européia. Em diversos estudos, questões que poderiam estar incorporadas a diferentes rubricas agregadoras de políticas passam a ser interpretadas como promoção da saúde na escola, dada a

valorização desse projeto político. Em um estudo de caso apresentado por ROWE (2001), por exemplo, novas dimensões começam a ser evidenciadas como preditoras e possivelmente condicionantes da situação de saúde, entre elas o estabelecimento de vínculos entre os membros da comunidade escolar e o sentimento de pertencimento dos alunos à escola.

TONES (1996) trouxe uma contribuição importante ao salientar que a idéia de promover a saúde nos cenários onde transcorre a vida cotidiana deve re-orientar o foco da avaliação, dos comportamentos individuais, para o potencial inerente a cada cenário. Estratégias de avaliação mais voltadas para o projeto pedagógico começaram a ser utilizadas no âmbito da rede australiana. Um exemplo é relatado por BARNETT e col. (2002), que realizaram um levantamento nos documentos escolares, tais como planejamentos, em nove escolas. Esses autores mostraram que, após um ano de desenvolvimento de um programa de promoção da saúde, as menções aos princípios da Carta de Ottawa aumentaram tanto em termos do número de escolas quando do número de princípios citados nesses documentos.

GORDON e TURNER (2003), partindo de escolas nas quais havia uma diferença significativa na taxa de alunos fumantes, procuraram identificar outras diferenças que pudessem estar associadas a esse fato ou que permitissem explicá-lo. A análise revelou que a escola com baixo tabagismo pautava o trabalho educativo em valores holísticos e operava de acordo com uma filosofia centrada na criança e em seus interesses, oferecendo um programa diferenciado para suporte às necessidades dos alunos. Em contraste, a escola com alta taxa de alunos fumantes mantinha o foco de seu trabalho nos resultados educacionais e suas maiores expectativas tinham sentido contrário às dos alunos entrevistados. Concluíram, por esse caminho, que possivelmente as filosofias escolares contrastantes trazem diferentes conseqüências, não necessariamente intencionais. Expectativas educacionais mais compartilhadas e foco nas necessidades específicas dos alunos, vivendo majoritariamente em situação de desvantagem social, poderiam estar ajudando a fazer frente aos impactos negativos do currículo tradicional sobre os alunos menos mobilizados para o atendimento de objetivos estritos da educação formal.

Novas tendências começam a manifestar-se também nas publicações brasileiras sobre educação em saúde, a partir da década de 1990, ainda que não se pressuponham necessariamente contextualizadas nos marcos da Escola Promotora de Saúde. Os critérios de avaliação tradicionais vêm sendo substituídos por expectativas mais compartilhadas entre educadores e educandos, que emergem das experiências apoiadas na perspectiva da educação popular em saúde (VALLA 1999) e da aplicação dos conceitos de vulnerabilidade (FELICIANO e AYRES 2002; AYRES 2003) e de redes sociais. (CASTIEL 1996)

Nas experiências focadas em objetivos comportamentais e limitados, as dificuldades encontradas ainda ocupam posição central na avaliação. As limitações comuns aos programas de educação em saúde na escola apontadas por BARTLETT, em 1981, continuam sendo evocadas no discurso cotidiano dos profissionais de saúde e de educação: orientação para aprendizagem cognitiva, métodos pouco participativos, identificação inadequada dos interesses e necessidades dos alunos, competição por espaço no currículo, o fato de se trabalhar com uma audiência cativa, falta de suporte administrativo, outras influências que competem na formação do comportamento dos estudantes. Argumenta-se, ainda, que as mudanças de comportamento propostas são contrárias aos hábitos pessoais incorporados pelos alunos e seus grupos de referência, sem que haja uma coordenação adequada entre os programas e os esforços de promoção da saúde na comunidade.

A partir do final da década de 1990, começam a ser avaliadas algumas experiências autodenominadas como promoção da saúde na escola, por meio de diferentes modalidades de pesquisa-ação. Seus resultados são sistematicamente avaliados como positivos, na medida que revelam algum caminhar, incorporação de novas percepções, revisão de valores, progressos na aprendizagem do trabalho intersetorial. SILVEIRA (2000, p.12) apresenta como qualidade central desses projetos o seu potencial de “envolver efetivamente a escola na promoção da saúde, sem cair, mais uma vez, no engodo de considerá-la como a redentora das condições sócio-econômico-culturais que determinam o nível de qualidade de vida de uma comunidade”.

Tudo indica que a construção de instrumentos para avaliar a efetividade da promoção da saúde na escola é uma tarefa ainda por ser realizada. Se muitas afirmações sobre o potencial da escola em promover a saúde são baseadas em expectativas mais do que em fatos, mostra-se indispensável rever os modelos teóricos de investigação, com vistas à produção de indicadores que mostrem coerência com os processos que se deseja desencadear. O rigor científico da avaliação precisa dar lugar para as qualidades intrínsecas dos objetos de avaliação, sem reduzir a sua complexidade às quantidades em que eventualmente podem ser traduzidas. (SANTOS 2001)

Além de superar as tendências que se afirmaram no tempo, de excesso ou simplificação, é preciso reconhecer que as expectativas no campo da saúde na escola permaneceram circunscritas a um universo educativo domesticador e constituíram-se em elementos de reforço para a sua consolidação mais do que em oportunidades para transformar os contextos geradores dos comportamentos relacionados à saúde. AKERMAN e col. (2002) sugerem que a avaliação em promoção da saúde deve estar menos centrada em constatar “o que é efetivo” e mais em procurar identificar “porque tal projeto é efetivo” em um contexto determinado.

Para tornar-se capaz de contribuir na busca de alternativas emancipatórias, a promoção da saúde na escola precisa superar os limites das ciências da saúde para legitimar-se como prática dialógica, aceitando a participação de novos atores, especialmente (mas não exclusivamente) entre os membros da comunidade escolar, na definição da efetividade desejada.

7.2.2. Reciprocidade e sinergismo entre saúde e educação

As idéias relacionadas à reciprocidade e ao sinergismo entre saúde e educação têm a segunda maior frequência entre os núcleos de sentido da comunicação analisada. Elas emergem como forte argumento em favor da promoção da saúde na escola, considerada uma estratégia de mútua potencialização.

É possível constatar que essas idéias estão presentes na maioria das publicações sobre a saúde na escola, de diferentes concepções, atuais e antigas, fato observado por OLIVEIRA (1991, p.25) quando aponta que "em uma circularidade de análise, acredita-se geralmente que educação e saúde instrumentalizam-se reciprocamente".

Assim, considera-se que a saúde é condição para a aprendizagem e, reciprocamente, finalidade e produto da educação.

Boa saúde e nutrição são não apenas contribuições essenciais como também importantes resultados da educação básica de boa qualidade⁸

Os temas que levaram à emergência dessa categoria incluem, também, a assunção de que a retro-alimentação positiva entre saúde e educação se concretiza de forma privilegiada - ou exclusiva - na experiência escolar. O setor e os serviços de saúde recebem apenas três menções ao longo de todo o texto. Afirma-se, em uma delas, a importância da parceria intersetorial. Os outros dois trechos, entretanto, destacam aspectos que dificultam a atuação direta do setor saúde na prestação de serviços para crianças e adolescentes, afirmando o acesso a essa população através da escola como melhor opção.

Isso pode ser apenas parcialmente atribuído ao contexto de produção da mensagem, elaborada e divulgada, em sua primeira versão, no encontro de Dakar, cujo tema central era a educação. Mas a concepção de que a saúde gera aptidão para aprender e que o aprendizado é gerador de saúde, ou de que o estado nutricional de

⁸ *Good health and nutrition are not only essential inputs but also important outcomes of basic education of good quality*

crianças em idade escolar é um preditor de aprendizado satisfatório, é sistematicamente evocada nos programas de saúde na escola e incorporada ao discurso dos próprios professores, historicamente influenciados pela medicalização das competências para a aprendizagem.

QUADRO SÍNTESE

CATEGORIA: reciprocidade e sinergismo entre saúde e educação	
TEMAS	PARÁGRAFOS
saúde é componente da escola de qualidade/ assegurar a saúde é um componente essencial de um sistema de educação efetivo / saúde é condição para a educação e produto da educação básica de qualidade	1,3,4
saúde é condição essencial para: acesso/permanência na escola/acesso à educação básica/aproveitamento da experiência educativa (agravos à saúde da criança têm efeito negativo sobre esses fatores/melhorar a saúde aumenta o ingresso, a permanência e o desempenho na escola)	2, 10, 11,18
há um efeito sinérgico entre boa saúde/boa nutrição/educação apropriada	8
a eficácia dos programas de saúde na escola é mensurável em termos de saúde e de educação	13
ambiente físico e boas práticas de saúde na escola repercutem na saúde e na educação em saúde e podem promover a saúde reprodutiva e ajudar a prevenir a difusão de HIV/AIDS	11,16
atenção básica/tratamentos simplificados podem ser providos pela escola de forma efetiva, contribuindo para a valorização da escola e dos professores e melhorando a performance dos alunos na escola	14,18
o sucesso dos programas de saúde escolar demanda parcerias efetivas saúde-educação	19

Mais uma vez, o aprofundamento da questão exige que se vá mais além do inegável, quando a situação envolve condições precárias de vida, nas quais todo e qualquer acesso aos direitos de cidadania tendem a produzir impactos relevantes na educação e na saúde da população. Possivelmente, situações extremas de crianças e adolescentes que têm sua possibilidade de frequentar a escola limitada em função de

problemas de saúde conhecidos e passíveis de enfrentamento mediante uso de tecnologia simplificada vivem em condições que também limitam gravemente seu crescimento e desenvolvimento e seu potencial de vida cidadã.

Apenas em um contexto de disparidade e exclusão social, no qual a escolarização pode ser um critério de acesso à atenção básica, ganha sentido a idéia de que a educação formal é uma oportunidade única para a melhoria dos níveis de saúde, oportunidade esta que é traduzida nas idéias de efetividade, reciprocidade e promoção da equidade. De fato, nas sociedades em que a universalização do acesso à educação fundamental e à atenção básica em saúde é concretizada, os argumentos apresentados perdem relevância, posto que as crianças encontram outros cenários de acesso à cidadania. Estudos recentes, como o desenvolvido por GORDON e TURNER (2003) junto a populações caracterizadas como em desvantagem social, sugerem, inclusive, que a disputa de prioridades entre a promoção da saúde e os valores e objetivos acadêmicos constitui um dos principais desafios para a negociação de agendas no campo da saúde na escola.

A própria idéia da aliança “natural” entre saúde-educação não é menos polêmica do que a sua valorização em contextos de desvantagem social. Embora ela tenha sido incorporada ao senso comum como imagem positiva, diversos estudiosos argumentam que essa associação é simbólica da complementaridade de projetos políticos domesticadores e não se traduz, necessariamente, na melhoria da educação ou da saúde, especialmente se o projeto educativo não favorece essa oportunidade ou, por outro lado, quando os níveis de saúde são mais elevados, tornando difícil produzir impactos por meio da experiência escolar. A comunicação analisada traz a seguinte afirmação:

Programas voltados para a infância e escolas primárias que melhoram a saúde das crianças e sua nutrição podem potencializar os resultados da aprendizagem e da educação dos escolares⁹

⁹ *Early childhood care programmes and primary schools which improve children's health and nutrition can enhance the learning and educational outcomes of school children.*

LIMA (1985) constatou que, na realidade brasileira, a prática mostrou que a assistência de saúde na escola não teve impacto sobre a evasão nem sobre a repetência dos estudantes. Estudos realizados por COLLARES e MOYSÉS (1985), VALLA e HOLANDA (1989) e SUCUPIRA (2003) trazem também contribuições essenciais para desmistificar a visão de que o fracasso escolar está associado às deficiências em saúde das crianças pobres. Fazem ver que perseguir a lógica dessa associação é mais uma forma de reproduzir a exclusão social dos alunos provenientes das classes subalternas e menos uma estratégia de superação dos seus processos geradores .

Ao construir o conceito de campo da saúde, tomando como premissa a multiplicidade de determinantes da situação de saúde de pessoas e coletividades, a promoção da saúde elege a intersetorialidade como uma estratégia central. Nesse sentido, a reciprocidade e o sinergismo na atuação das instituições são informados por uma determinada concepção de parceria intersetorial, a ser melhor explorada na análise de políticas e programas no campo da promoção da saúde na escola.

No mundo da especialização, traço marcante da modernidade, cada profissional, setor, instituição tende a buscar explicações e atuar nos limites de um recorte do mundo que valoriza e amplifica sua perspectiva e foco de trabalho. Ao longo dos anos 80 e início dos 90, a seletividade de clientela e a focalização de programas apresentaram-se como estratégias para economizar recursos na prestação da atenção médica. Neste caminho, que expressa a especialização mais do que a integralidade, a valorização das parcerias foi incorporada à ação dos serviços públicos como um meio necessário para a negociação de tarefas e custos. Essa visão teve repercussões importantes nos programas de saúde escolar apoiados nas triagens para encaminhamento das crianças para a atenção médica ou psicológica.

Na definição apresentada pela OPAS (MINISTÉRIO DA SAÚDE 2002), a intersetorialidade é o “processo no qual os objetivos, as estratégias, as atividades e os recursos de cada setor são considerados segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores”. Essa concepção ganha terreno na medida em que a ineficácia das políticas informadas exclusivamente em disciplinas e recortes cada vez mais restritos torna-se

incontestável, e superar a fragmentação da ação social e política passa a ser um desafio central. Significa, por um lado, adotar uma perspectiva integral para a explicação dos problemas, incorporando saberes produzidos em diferentes áreas e amalgamando-os no processo de construção de um novo conhecimento. Por outro lado, implica reforçar a competência de cada um dos setores para valorizar a sua contribuição e sua responsabilidade de tomar em conta os impactos (antes inadvertidos ou desconsiderados) de suas políticas e ações.

No caso brasileiro, a descentralização foi entendida por muitos como um caminho que levaria, em linha direta, a uma integração das políticas no nível local, por força da proximidade física dos atores envolvidos e, principalmente, em função do controle social. JUNQUEIRA (1997) re-visita o conceito de intersetorialidade a partir da análise de uma experiência realizada em nível municipal, definindo-a como “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social”. (Junqueira e Inojosa 1997, citados por JUNQUEIRA 1997, p. 37) Conclui-se que a proposta de descentralização abre uma possibilidade de alterar a gestão das políticas setoriais mas não garante a sua eficácia pois requer, também, a integração dessas políticas para responder com eficácia aos problemas da população de um determinado território.

Há uma tendência para atribuir-se a explicação do fracasso das políticas à fragilidade das instituições dos países periféricos. Essa avaliação corresponde “à crença, bastante difundida entre cientistas, políticos e administradores, de que mediante políticas estruturadoras de sistemas, seria possível por ordem no caos que, costuma-se alegar, caracteriza os sistemas político-administrativos nos países em desenvolvimento”. (PRITTWITZ 1994, p. 239)

Concretizar essa visão, inclusive no campo da saúde na escola, não se apresenta como um desafio menor posto que "forjar um Estado que opere na lógica da ação pública intersetorial supõe implementar uma nova institucionalidade social" (CEPAL 1998, p.175). Trata-se de um processo que envolve rupturas importantes nas concepções e práticas cristalizadas dentro de cada setor que permitem, no máximo, o reconhecimento de territórios de intersecção com outros atores sociais,

um reducionismo insuficiente para re-estruturar o eixo das políticas a partir das pessoas e coletividades para as quais elas se destinam. Até mesmo o diálogo entre os setores saúde e educação – e interno a esses setores, em função de sua fragmentação em programas e áreas – seja para a formulação, implantação, acompanhamento ou avaliação conjunta de políticas e programas de ação em vigor, ainda se apresenta como um desafio para a construção integrada de políticas e projetos de promoção da saúde no cenário da escola. Sobre essa questão, a comunicação analisada apresenta uma visão otimista.

Os programas de saúde na escola contribuem para a vinculação dos recursos de setores como saúde, da educação, da nutrição e do saneamento em uma infraestrutura - a escola, já estabelecida, duradoura e capaz de produzir repercussões¹⁰

A fertilidade na produção de expressões e discursos indicativos de conexão de conhecimentos, setores e políticas valem-se de conceitos pouco experimentados e raramente incorporados à prática cotidiana. As queixas mútuas quanto à responsabilidade por ações e seus resultados apenas começam a ser enfrentadas em tentativas de atuação conjunta e comunicação. (CYRINO e PEREIRA 1999; MORAIS e SOUZA 2000) Nesse sentido, prevalece a constatação de LIMA, datada de 1985, de que as falhas da saúde escolar ainda tendem a ser “analisadas como infrações cometidas pelos agentes de sua prática à normatividade de seu discurso, o que equivale a erigir o discurso à condição de verdade, negando a possibilidade de se questionar sua validade frente às condições concretas que se impõem à sua existência como prática real”.(p.25)

Sem dúvida, do ponto de vista operacional, a gestão compartilhada permite identificar programas existentes, sobrepostos, paralelos e as interfaces podem tornar-se campos de oportunidade para a correção das duplicidades ou omissões, com vistas a aumentar a eficácia no uso de recursos e a otimização dos resultados das ações.

Entretanto, o instituído tende a circunscrever as parcerias intersetoriais aos limites da negociação de responsabilidades e tarefas e a defesa da Escola Promotora

¹⁰ *School health programmes help link the resources of the health, education, nutrition, and sanitation sectors in an infrastructure — the school — that is already in place, is pervasive and is sustained.*

de Saúde analisada aceita essa redução ao assumir a ausência de serviços de atenção à saúde e de educação em saúde como fatos da realidade. Assume, também, que uma agenda comum deve ser concretizada na escola, a partir do uso otimizado dos recursos existentes (a escola e o professor!), assinalados como de baixo custo e supostamente sustentáveis.

As escolas podem efetivamente oferecer alguns serviços de saúde nutrição, desde que sejam simples, seguros, familiares aos prestadores e voltados para problemas prevalentes e reconhecidos como importantes na comunidade. Quando esses critérios são atendidos, a comunidade vê o professor e a escola mais positivamente e os professores sentem-se desempenhando papéis importantes¹¹

Outras publicações no campo da saúde na escola perseguem essa lógica e assumem explicitamente “o uso dos professores já que em muitos países em desenvolvimento seu número supera o dos trabalhadores da saúde”.(THE PARTNERSHIP FOR CHILD DEVELOPMENT, 1997)

Em uma relação assimétrica, o setor saúde atribui-se liderança na formulação dos objetivos e ações, valorizando o impacto que a escola pode ter sobre a saúde, ao mesmo tempo em que abre mão de seu papel na execução de ações específicas de sua competência profissional. Os relatos incluídos na literatura, de educadores ou de profissionais de diferentes áreas que buscam parcerias com a escola, freqüentemente definem a população escolarizada como seu “público alvo” ou a instituição escolar como “campo de intervenção” e tendem, ainda hoje, a justificar os desacertos dos projetos nas carências, no despreparo e no descompromisso dos professores com relação aos ideais da instituição ou na falta de compromisso da própria instituição escolar em relação às necessidades de professores e/ou alunos. (BUENO 1997; TUPYNAMBÁ e BORRASCA 1990) Muito mais raramente, as avaliações atribuem as dificuldades aos modelos de organização da ação institucional, que molda a estrutura e a lógica de funcionamento de ambos os setores.

¹¹ *Schools can effectively deliver some health and nutritional services provided that the services are simple, safe and familiar and address problems that are prevalent and recognized as important within the community. If these criteria are met then the community sees the teacher and school more positively, and teachers perceive themselves as playing important roles.*

CARVALHO (1998, p. 35) faz ver que a promoção da saúde, além de reestabelecer a centralidade do caráter público do estado e de sua responsabilidade social, requer um esforço de superar não apenas os déficits de eficiência e efetividade mas, também, déficits de representatividade e sensibilidade aos interesses e necessidades da sociedade. Torna-se necessário optar por uma concepção mais ampla de política pública, na qual a “participação não deve ser entendida como concessão ou normatividade burocrática, mas como pré-requisito institucional e político para a definição ‘da saúde que queremos’”. Partindo desta visão, as políticas públicas democráticas não podem estar atreladas apenas ao Estado, às suas instituições e, menos ainda, a uma gestão específica ou projeto político partidário, sob pena de terem sua sustentabilidade comprometida no nascimento.

Em nosso campo de estudo, portanto, a articulação precisa incluir, além dos sujeitos para os quais as políticas são destinadas, um conjunto de atores envolvidos na produção da saúde da população escolarizada, indo além dos setores saúde e educação, na busca de maior coerência com o próprio conceito de campo da saúde. ROCHA e col. (2002) argumentam que as práticas de interdisciplinaridade e a intersetorialidade são requisitos da Escola Promotora de Saúde e podem favorecer a sua viabilização, servindo de base para a construção de novos tipos de relações entre os diversos setores. Permanece atual o desafio de romper uma certa imobilidade justificada nesse pré-condicionamento mútuo para avançar, dos desempenhos idealizados, em direção a modalidades novas e concretas de ação social.

Na perspectiva das políticas sociais, essa lógica favorece, como na expressão utilizada por CAMPOS (2000), um certo “borramento de limites” entre os setores, mas não envolve a livre permuta de objetivos e tarefas. A intersetorialidade possível e necessária para a concretização da promoção da saúde na escola implica a escolha de uma agenda comum, cujos componentes precisam ser claramente reconhecidos na identidade da instituição educativa, pois a valorização da identidade de cada um dos parceiros determina a sua potencial contribuição e a sua importância na parceira. Na concepção da Escola Promotora de Saúde, a questão é reconhecida como interna a cada um dos setores envolvidos mas não chega a ocupar um lugar diferente, não permutável, em cada uma das agendas.

Algumas pistas para a superação desses dilemas são indicadas por RAIZER* (2002) em seu esforço de sintetizar pressupostos da construção de parcerias, incluindo a necessária divisão de poder e a manutenção do foco comum nas pessoas, ao mesmo tempo em que se assume o desafio de viver a descoberta do novo, daquilo que não conhecemos. Agir nessa direção pressupõe o questionamento das relações de poder, para que elas possam ser exercidas simultaneamente e convergentemente no modo abertura-de-novos caminhos. (SANTOS 2001)

Um percurso alternativo precisa ser trilhado para que o sinergismo entre saúde e educação não se faça sentir na forma de mútuo reforço para a manutenção ou recorrência de modelos antigos, apoiados, inclusive, na fragmentação da saúde em doenças que marcou a estruturação do sistema de saúde e entrou, por seu intermédio, em uma escola cujo projeto hegemônico foi pautado por dimensões acadêmicas e cognitivas da aprendizagem.

Para que se constitua em um espaço de construção do novo, a parceria entre educação e saúde precisa representar um espaço de negociação e solidariedade no enfrentamento de contradições e dos conflitos internos a cada um dos setores, estruturados em modelos de atenção e paradigmas já esgotados. Somar, com vistas à amplificação do impacto na qualidade de vida, na educação e na saúde das crianças e adolescentes escolarizados, requer um sinergismo transformador e o apoio recíproco nas tentativas de mudança.

7.2.3. A relevância dos riscos para a saúde das crianças e adolescentes

A afirmação dos riscos que afetam a saúde dos escolares constitui um tema freqüentemente evocado no conjunto da bibliografia pesquisada e recebe destaque, na comunicação estudada, como justificativa para a promoção da saúde na escola.

QUADRO SÍNTESE

CATEGORIA: a relevância dos riscos em saúde para crianças e adolescentes	
TEMAS	PARÁGRAFOS
apesar da baixa mortalidade, a alta prevalência de condições mórbidas entre escolares prejudica o ingresso na escola e a aprendizagem	11,12,17,18
programas de saúde na idade escolar são continuidade essencial da atenção à infância e do enfrentamento de riscos à saúde	9
ambiente escolar pode ser um fator de proteção contra os riscos à saúde, abuso e exclusão	3
evitar comportamentos de risco pode reduzir a evasão escolar (devida à gravidez, por exemplo)	11
boas práticas de saúde na escola podem prevenir a difusão de HIV/AIDS	10
políticas de saúde na escola devem ser amplas, incluindo, além da promoção geral da saúde, higiene e nutrição, questões como violência, punição corporal, abuso sexual	15

Um argumento recorrente é que, ao contrário das crenças difundidas no meio científico e incorporadas ao senso comum, é possível constatar que a população escolar sofre, majoritariamente, de diferentes agravos à saúde.

Deficiências de micronutrientes, infecções parasitárias comuns, déficits de visão e audição podem ter um efeito prejudicial no ingresso e freqüência à escola, assim como nas conquistas cognitivas e educacionais¹²

¹² *Micronutrient deficiencies, common parasitic infections, poor vision and hearing, and disability can have a detrimental effect on school enrolment and attendance, and on cognition and educational achievement.*

O diagnóstico prévio de doenças torna-se uma estratégia do planejamento e um elemento central na justificativa dos programas, assim como na orientação das atividades para os grupos e fatores de maior risco. (SAPAG-M e YEVENES-B 1990)

Esse modo de olhar vem sendo associado à qualificação da assistência no ambiente da escola – tecnicamente informada pelas “necessidades de saúde” reconhecidas no âmbito das ciências médicas, assim como à delimitação do foco da educação em saúde na epidemiologia do comportamento, pautada em fatores de risco reduzidos ao nível individual e supostamente passíveis de correção a partir de ações racionais, de responsabilidade de cada pessoa.

Assegurar a boa saúde na idade escolar pode ampliar o ingresso e a frequência, diminuir a necessidade de reprovação e aumentar a permanência na escola, ao mesmo tempo em que as boas práticas de saúde podem promover a saúde reprodutiva e contribuir para limitar a difusão do HIV/AIDS¹³

É possível identificar, no universo da própria epidemiologia, tentativas de romper com esses limites definidos a partir do enfoque no indivíduo. CHOR e FAERSTEIN (2000) recuperam as idéias de Geoffrey Rose para afirmar que as operações de resgate dos indivíduos mais vulneráveis têm resultados potenciais limitados sobre a ocorrência global dos problemas de saúde. Consideram que a presença de um risco baixo atinge grande parte da população no caso dos agravos mais frequentes nas sociedades contemporâneas. Essa constatação justificaria a adoção de estratégias de âmbito populacional para a promoção da saúde, no entendimento de que as ações generalizadas são cruciais para alterar substancialmente a ocorrência de um grande universo de doenças e agravos. Estes autores tomam como base quatro idéias centrais. A primeira, é que os pontos de corte para distinguir doentes e não doentes em uma população são geralmente arbitrários, já que grande parte dos parâmetros biológicos ocorre num *continuum*. Em segundo lugar, muitas vezes não existe um limiar de exposição abaixo do qual o risco de adoecer é nulo, o que leva à terceira idéia, de que a maior parte dos casos de muitos

¹³ *Ensuring good health at school-age can boost school enrolment and attendance, reduce the need for repetition and increase educational attainment, while good health practices can promote reproductive health and help limit the spread of HIV/AIDS.*

agravos têm origem entre pessoas em situação de baixo risco. Finalmente, o impacto de alterações modestas dos níveis de exposição no conjunto da população pode ser maior do que o tratamento dos indivíduos expostos aos maiores níveis, na medida em que leva a um deslocamento geral de toda a distribuição de doenças.

A amplitude e a complexidade das relações entre condições de vida e níveis de saúde vêm sendo sistematicamente reafirmadas e fenômenos relacionados a componentes não necessariamente objetivos mostrariam a mesma tendência. O documento analisado afirma a necessidade de ampliação do foco das políticas tomando em conta alguns problemas sociais relevantes.

(...) boas políticas de saúde deveriam ir além disto [ações básicas] para assegurar um ambiente físico seguro e protetor, e deveriam lidar com questões como abuso de estudantes, preconceito sexual, violência na escola, punição corporal e maltratos¹⁴

A necessidade de ampliar horizontes é consensual. Mas as formas de explicá-la ou buscar novos caminhos para a ação estão assentadas em vertentes técnicas e políticas bastante diversas.

EVANS e ESTODDART (1990) afirmam que há um desconforto crescente sobre a autoridade exclusiva dos métodos científicos positivistas clássicos, tanto para definir o passível de ser conhecido, quanto para definir como deve realizar-se o conhecimento. Na realidade, a aplicação ortodoxa desses mesmos métodos no estudo de determinantes da saúde está gerando cada vez mais evidência quanto ao papel dos componentes externos ao sistema de atenção à saúde. Além disso, a avaliação mais rigorosa do sistema de atenção à saúde em si mesmo demonstra que suas práticas estão conectadas de forma muito mais frágil do que se pensava, e do que a retórica oficial sugere, com o conhecimento científico. Situações da vida como aposentadoria ou morte do cônjuge mostram ser fatores de risco importantes para a mortalidade

¹⁴ *But good health policies should go beyond this to ensure a safe and secure physical environment and a positive psycho-social environment, and should address issues such as abuse of students, sexual harassment, school violence, corporal punishment and bullying.*

embora estas relações não sejam consideradas na formulação das políticas de saúde, altamente sensíveis à possibilidade de descoberta de uma nova droga, equipamento, diagnóstico ou terapia, independente de evidências quanto à sua efetividade, pois prevalece a ilusão de que as conexões causais com fatores externos ao setor saúde têm dimensões misteriosas, em contraste com a aparente transparência das ciências da saúde.

Vale destacar que, na perspectiva de uma educação em saúde emancipadora, talvez não seja possível, ou desejável, contar com os domínios científicos para tudo esquadriñar, de forma a produzir leis gerais sobre o comportamento humano e suas relações com os modos de adoecer, prevenir e curar.

Quanto a isso, SANTOS (2001) alerta que a apresentação de afirmações normativas como afirmações científicas e de afirmações científicas como normativas é um fato endêmico no paradigma da modernidade, correspondendo à promessa de criar uma ordem social assente na ciência.

Eticamente, o resgate das pessoas e grupos mais vulneráveis - na medida em que se disponha de recursos para diminuir essa vulnerabilidade ou fazer frente a ela, parece tão relevante quanto complementar às intervenções socialmente legitimadas na dimensão coletiva da produção da saúde, da doença e da qualidade de vida do conjunto da população. A saída estaria em identificar ações diferenciadas e complementares, para indivíduos, grupos e populações, tomando em conta diferenciais de vulnerabilidade. Isso implica a negociação social de custos e benefícios e, nesse sentido, o debate sobre o conceito de vulnerabilidade e as tentativas de torná-lo operacional vêm assumindo a necessidade e o desafio de integrar essas múltiplas dimensões na realização da experiência educativa e na atenção à saúde.

No plano pessoal, a vulnerabilidade está associada aos comportamentos e experiências de vida que criam a oportunidade de exposição a riscos. Se a convivência com os riscos é parte da vida, a proteção das pessoas depende, em parte, exatamente das oportunidades que elas têm para desenvolver e utilizar recursos para enfrentar os desafios e conflitos. Estas oportunidades são construídas socialmente, coletivamente e não apenas no plano individual. A vulnerabilidade está associada,

também, à ação institucional para o enfrentamento dos problemas que afetam a sociedade, o que inclui um papel ativo na construção de políticas públicas e a implementação de programas específicos de atenção à educação saúde. No plano social, depende de aspectos como grau de escolaridade, disponibilidade de recursos materiais, acesso a meios de comunicação e poder de influenciar decisões políticas. (AYRES 1998) A vulnerabilidade aos problemas de saúde está associada a componentes amplos e inter-relacionados - cujas dimensões podem ser expressas em pessoas, grupos, contextos sociais e institucionais, que não podem ser avaliados e tratados de forma isolada, sob pena de não se produzir, de fato, recursos para a proteção.

Como ferramenta para explicar a realidade e planejar intervenções, a noção de vulnerabilidade abre brechas para enxergar as questões de saúde para além dos critérios epidemiológicos clássicos, na medida em que permite escapar à pretensão de que essas questões governam (ou que deveriam governar) a vida humana. Permite, também, superar os sentidos associados à idéia de risco, com a ajuda dos conhecimentos acumulados em outros campos. CARDONA (2002), ao analisar as estratégias de enfrentamento de desastres, alerta que o risco, por definição, é algo que não aconteceu, uma possibilidade, entre outras, representando algo que parece irreal, tanto que é sempre relacionado ao azar. Seu sentido tem que ver com algo imaginário, que nunca pode existir no presente, pois se há certeza não há risco, ainda que se tente dar-lhe, com frequência, um sentido de objetividade.

Pode-se ilustrar a discussão dos sentidos complexos do risco recorrendo, também, a Rabinow (1984, citado por EAKIN e col. 1996). Esse autor alerta que fumar, por exemplo, pode ser visto como parte de uma atitude mais ampla de resistência. Nesse caso, a tentativa de cooptar a cultura adolescente para alcançar objetivos definidos pelos profissionais de saúde poderia apenas ampliar a necessidade de resistência. Símbolos de resistência, como hábitos alimentares e roupas, podem forjar a identidade grupal e a solidariedade, uma situação na qual a resistência pode ser protetora e, simultaneamente, aumentar a vulnerabilidade a determinados problemas de saúde. Mais ainda, “é preciso cogitar na intuição de tanto o adoecer como a exposição a determinados riscos se constituírem em modos

possíveis de permanecer vivo e, por extensão, de levar a vida.” (CASTIEL 1996, p.95, com referência em Vaz 1994)

Uma crítica colocada por PILON (1992, p. 122) aos programas preventivos que se sobrepõem à realidade é que “deixam muitas vezes de promover o desejável, para trabalhar com o indesejável. Tentam prevenir eventos não desejáveis sem propiciar as condições para que os eventos desejáveis ocorram, não alterando substancialmente o mundo onde são gerados”. Nesse sentido “prevenir não é pois sobrepor um programa a uma situação dada, mas modificar a situação original, a fim de que passe a gerar eventos favoráveis à qualidade de vida”.

Em sua busca de alternativas para a prevenção da infecção pelo HIV entre adolescentes, FELICIANO e AYRES (2002, p.297) avaliam que os resultados das ações educativas dependem da “aceitação intersubjetiva de pretensões de validade. Isto é, do reconhecimento de que as práticas preventivas propostas são: corretas (implementam ações legítimas para determinados contextos); verdadeiras (expressam certezas compartilháveis); e autênticas (comunicam-se legitimamente com diferentes experiências, interesses, afetos).” Ao investigar sintonias e tensões entre os discursos técnicos e práticos, concluem pela necessidade de assumir uma postura construtivista e interativa na formulação de estratégias preventivas.

Além da intencionalidade em construir estratégias educativas emancipadoras e que permitam integrar dimensões como individual-coletivo, é preciso tomar em conta a multiplicidade de determinações dos hábitos e comportamentos e a necessidade de transformar as condições de vida nas quais os comportamentos ganham sentido. Mas cabe ainda questionar o foco da ação educativa na mudança de comportamentos. Sem dúvida, a educação em saúde e a promoção da saúde têm uma dimensão comportamental e imediata. Assumir isso claramente, compartilhando e submetendo à legitimação social os conhecimentos construídos no setor saúde e informados pela ciência, pode ser mais ético e eficaz do que camuflar intenções educativas na forma de atividades culturalmente adaptadas e/ou participativas.

No caso das doenças sexualmente transmissíveis e da infecção pelo HIV, por exemplo, programas educativos quanto ao “sexo seguro”, voltados para a informação quanto à eficácia do uso do preservativo, ganham sentido em um projeto educativo

que se proponha dar acesso aos demais recursos preventivos acumulados na área da saúde. Ao mesmo tempo, o emprego de estratégias significativas de ensino e aprendizagem envolve o reconhecimento das dimensões contraditórias (e transitórias) dos conhecimentos sobre comportamentos “saudáveis”. Requer o esforço de dissociar elementos que costumam ser colocados no mesmo plano, voltados para a regulação da vida sexual com base em valores e gostos tomados como universais.

O fortalecimento dos laços de apoio social vem se mostrando como um caminho para repensar essas questões de forma holística. Um possível resultado do apoio social é sua contribuição geral para a sensação de coerência da vida e controle sobre ela, afetando de forma benéfica o estado de saúde. (CASSEL 1976) Uma de suas premissas é a de que o apoio social exerce efeitos diretos sobre o sistema de imunidade do corpo, ou faz aumentar a capacidade de lidar com o stress, cumprindo uma função mediadora. Oferece a possibilidade de realizar a prevenção através da solidariedade e do apoio mútuo e abre um novo universo para a discussão sobre o controle do próprio destino e a autonomia das pessoas perante a hegemonia médica. (VALLA e STOTZ 1997)

A valorização do apoio social, cabe ressaltar, não corresponde a expectativas de supressão do conflito. Um conhecimento emancipatório, necessariamente multicultural, apóia-se na valorização (mais do que na mera aceitação) da diversidade. Construir estratégias de apoio social, nesse sentido, envolve a comunicação entre diferentes, que não buscam saída na homogeneização das formas de pensar e levar a vida, mas no fortalecimento de cumplicidades na busca de proteção.

Finalmente, cabe recuperar as palavras de CARVALHO (1996, p.107), quando mostra que as categorias estilo de vida e ambiente agrupam os chamados efeitos mórbidos da civilização, que não podem ser reduzidos a agentes ou fatores causais ou mesmo a redes de causalidade claramente delimitadas. Os “fatores de risco” constituem, na realidade, ingredientes indissociáveis dos marcos culturais e sociais onde se inscrevem e compõem “situações complexas onde correr risco não é mais externo ao indivíduo, mas se inscreve, com ele, num complexo único de

múltiplas dimensões – biológica, social e cultural”. Nas palavras de SANTOS (2001, p. 58), “(...) a ciência moderna, em vez de erradicar os riscos, as opacidades, as violências e as ignorâncias, que dantes eram associados à pré-modernidade, está de fato a recriá-los numa forma hipermoderna”.

Trata-se de estabelecer metas compartilhadas para a ação política e não para o comportamento individual, caso em que o risco deixa de ser o eixo da organização dos conteúdos e estratégias das ações educativas. A prevenção pode apoiar-se na geração de oportunidades para a construção de inter-relações e contextos alternativos, o que requer autonomia, liberdade e apropriação dos meios para cuidar e cuidar-se.

Estruturar a promoção da saúde na escola sobre pilares positivos e pautados na solidariedade, com vistas a favorecer um bem-estar subjetivo e objetivo que tenha significados para a vida da comunidade escolar, constitui tarefa bastante ambiciosa. Mas, inegavelmente, trata-se de tarefa pertinente à experiência de aprender a ser, conviver e aprender e agrega valor ao projeto político pedagógico. As abordagens mais centradas nas pessoas em suas situações de vida parecem ter mais repercussões nas condições geradoras de novos (e antigos) agravos, sem reduzir a tarefa educativa a metas sempre descumpridas, que somam para a desvalorização dos professores e do sistema de educação formal.

Essa categoria da análise traz ricos ingredientes para uma inovação radical do foco e das expectativas da promoção da saúde na escola, que poderão ser menos pautados em determinações consolidadas do processo saúde-doença-cuidado. O empenho em desestabilizar determinações, proposto por SANTOS (2001), envolve a não aceitação dos limites assumidos como naturais e inultrapassáveis, dando lugar à valorização da diferença e da solidariedade como recursos para a proteção de pessoas e grupos mais vulneráveis.

7.2.4. Saúde na escola como estratégia para a promoção da equidade

Na comunicação analisada, a equidade é apontada como um produto desejável e possível da promoção da saúde na escola. Grande ênfase é colocada no seu potencial de modificar os efeitos das iniquidades, especialmente da assimetria nas relações de gênero, por meio de cuidados com a estrutura física da escola e com o desenvolvimento curricular com foco em habilidades específicas.

QUADRO SÍNTESE

CATEGORIA: saúde na escola como estratégia para a promoção da equidade	
TEMAS	PARÁGRAFOS
políticas amplas de saúde escolar / ambiente físico escolar saudável favorecem e podem promover a inclusão e a equidade de gênero	15,16
saúde na escola é componente essencial de um sistema de educação efetivo, especialmente para populações em desvantagem	4, 12
programas de saúde escolar podem ajudar a modificar os efeitos das iniquidades sócio-econômicas e de gênero	12
a expansão da educação básica fez da escola um cenário chave para promover a saúde e a educação de crianças às quais não se tinha acesso	9
programas de saúde na escola efetivos e com participação dos alunos contribuem para a promoção de educação e saúde para todos	5, 21
ênfase nas relações de gênero	1,3,4,9,12,15,16,17

Estão presentes, ao longo de todo o documento, dimensões éticas e políticas essenciais para a transformação social no sentido da igualdade de direitos. Interpretá-las como saúde tem sido um caminho de grande valor em sociedades nas quais a universalidade de direitos e a ética não são suficientemente mobilizadores para a luta por transformação nas relações de gênero. Argumenta-se que a ampliação do acesso à escola atinge principalmente as populações em situação de desvantagem social.

*O aumento do ingresso e a redução do absenteísmo e da evasão levam um número maior de crianças mais pobres e em situação de desvantagem à escola, sendo muitas delas meninas*¹⁵

Cabe apontar, entretanto, que a ênfase neste componente da desigualdade social não se aplica ao Brasil, especificamente no que diz respeito ao acesso e permanência na escola. Os censos escolares mostram, sistematicamente, que a iniquidade no acesso à educação formal e à atenção em saúde não se expressa, em nosso país, a partir do recorte de gênero, embora a assimetria nas relações de gênero se manifeste de forma contundente em muitos aspectos da vida social, inclusive na experiência escolar.

Mas este não é um padrão comum à maioria das sociedades marcadas pela iniquidade social. Analisando padrões etários e de gênero de ingresso e evasão escolar, verifica-se que para a maioria das crianças de várias regiões do mundo, especialmente em países africanos, a escola de educação fundamental oferece a única oportunidade razoavelmente universalizada para a educação e, sendo assim, por meio da saúde na escola busca-se promover a equidade no acesso à educação e à atenção à saúde. (Pollitt 1990 e Sternberg e col. 1997, citados por THE PARTNERSHIP FOR CHILD DEVELOPMENT 1998). Argumentos nesse sentido são claramente apontados no documento analisado.

*Assim, os programas de saúde na escola podem ajudar a modificar os efeitos das iniquidades socioeconômicas e de gênero*¹⁶

Para ilustrar esse ponto, é possível checar uma experiência realizada no Peru, que demonstra os impactos de um programa de curta duração, voltado para incrementar rapidamente as atitudes de adolescentes diante da sexualidade e do uso de contraceptivos e o seu comportamento preventivo. (CÁCERES 1994) Conclui-se

¹⁵ *Increased enrollment and reduced absenteeism and dropout bring more of the poorest and most disadvantaged children to school, many of whom are girls.*

¹⁶ *School health programmes can thus help modify the effects of socio-economic and gender-related inequities.*

que as mudanças de comportamento são mais difíceis de alcançar e que deveriam ser feitas experiências em outras situações sociais; mas que é possível alcançar progressos rápidos em conhecimentos, atitudes e habilidades. Os autores ponderam que os participantes podem ter dado “respostas desejáveis” no pós-teste e que o programa envolveu um suporte estrutural (oferta de serviços, métodos contraceptivos e treinamento de professores) inexistente na situação do grupo controle. Os possíveis impactos desse curso curto, portanto, representam um diferencial em um cenário caracterizado pela ausência de todos os tipos de recursos para a efetivação da atenção à saúde e para o atendimento das próprias necessidades dos professores e do sistema educativo.

Sobre a questão do papel da escola na promoção da equidade em educação e saúde, cabe mais uma referência ao documento analisado.

Assegurar que as crianças estejam saudáveis e capazes de aprender é um componente essencial de um sistema de educação efetivo. Isto é especialmente relevante para os esforços de alcançar a educação para todos nas áreas mais carentes¹⁷

Do ponto de vista mundial, ampliam-se, cada vez mais, o acesso e o tempo de permanência na escola, de forma que a instituição escolar passa a desempenhar um papel cada vez mais relevante na socialização do conjunto das crianças e adolescentes. Isso contribui para uma aparente homogeneidade no papel que a escola desempenha na vida dos alunos.

MAGALHÃES (2001, p.575-576) aponta que, para alguns autores, a generalização e mesmo a banalização do uso da noção de exclusão leva a um tratamento inadequado das múltiplas dimensões da chamada “nova questão social”. Segundo essa autora, a “tendência a omitir tanto a dinâmica como a heterogeneidade das situações vividas pelos grupos desfavorecidos, acaba perdendo de vista universos específicos e singulares”.

¹⁷ *Ensuring that children are healthy and able to learn is an essential component of an effective education system. This is especially relevant to efforts to achieve education for all in the most deprived areas*

No que diz respeito à multiculturalidade, a mundialização em curso dá relevância ainda maior o desafio ético de afirmar as novas (e antigas) diferenças identitárias, sem perder de vista o horizonte de uma igualdade universal. Com isso, tornam-se também mais complexas as exigências de uma educação capaz de promover a distinção entre diversidade e desigualdade. Em que pese o papel fundamental da escola nesse processo, é evidente que se trata de uma tarefa que excede as competências do espaço institucional da educação formal.

BARRETO e col. (1979) são citados por MARIN (1998, p.10), pois demonstram a seletividade entre fracasso escolar e pobreza, sublinhando que a escola não tira proveito de sua relativa autonomia face às diferenças sócio-econômicas produzidas nas demais relações sociais. Assim, a escola não promove a superação das diferenças trazidas pelas crianças, representando um mau exemplo de autonomia pois, se possui condição para promover a seletividade por meio de materiais e atuação docente, poderia reverter a situação ao “repensar os currículos e os programas, bem como os demais aspectos técnicos e pedagógicos do funcionamento da escola, para evitar essa mesma seletividade.”

LOPES (2000) acrescenta, ainda, que a distribuição de conhecimento na escola não é igualitária: meninos e meninas, crianças negras e brancas, pobres, de classe média ou ricas, ainda que estudem em uma mesma sala de aula e com os mesmos professores, não adquirem o mesmo conhecimento, não se formam com os mesmos valores, as mesmas crenças ou as mesmas habilidades. Essa expectativa corresponde a uma concepção na qual concebe-se o conhecimento como pronto, acabado, neutro, sem caráter histórico, sem marcas de classe e de interesses.

De fato, a história da escola está associada à identificação de “inúmeras faltas nas crianças das camadas populares: falta de inteligência, falta de um ambiente familiar adequado, falta de conhecimentos anteriores, falta de maturidade para serem alfabetizadas, falta de condições nutricionais, falta de saúde, etc. E assim, como seres de carência absoluta, o destino dessas crianças já está traçado pela profecia auto-realizável do professor, dos especialistas e da sociedade que antecipam, anunciam e acabam contribuindo para a produção do fracasso dessa população. (PATTO 1991).

Colocando esse debate em contexto mais amplo e na perspectiva assistencial, Titmuss (1968, citado por ROBERTSON, 1998, p.163) pondera que os benefícios do bem-estar social tendem freqüentemente a obscurecer o fato fundamental de que, para muitos, os serviços não são essencialmente benefícios nem, em absoluto, incrementos ao bem-estar. Representam, em muitos casos, uma compensação parcial por desserviços, custos sociais e falta de segurança social, como parte do preço pago a algumas pessoas por arcarem com uma parcela dos custos do progresso de outras.

Afirma-se, no documento analisado, que a cobertura das redes de educação é freqüentemente superior à das redes de saúde e, com a expansão dos sistemas de ensino, a escola torna-se um cenário privilegiado para a atuação conjunta.

A escola é agora um cenário fundamental, no qual os setores saúde e educação podem atuar conjuntamente para promover e manter a saúde, a nutrição e a educação de crianças antes inacessíveis¹⁸

VALLA (1999) traz a questão para a realidade latino-americana, mencionando a avaliação de que há uma tendência dos governos federais dos países latino-americanos a aplicar políticas compensatórias que não revelam intencionalidade de inclusão dos pobres na sociedade formal. Esse autor lembra que a exclusão como dado de realidade pode ser geradora de políticas que, mesmo que compensatórias, podem ser reprodutoras de exclusão, especialmente na medida em que ela seja entendida como inevitável.

A denúncia e a necessidade de enfrentar o desafio da equidade vêm sendo sistematicamente incorporadas ao discurso da Organização Mundial de Saúde, desde Alma Ata. Por um lado, isso demonstra um compromisso quase heróico desse organismo internacional, no contexto das políticas macroeconômicas e da globalização. Por outro, mostra que a saúde não tem se comprovado como bandeira que possa ser alçada mais alta do que a defesa dos interesses econômicos hegemônicos. Até esse momento, a estratégia de questionamento de grandes poderes

¹⁸ *the school is now a key setting where the health and education sectors can jointly take action to improve and sustain the health, nutrition and education of children previously beyond reach*

econômicos mais claramente formulada e implantada foi o enfrentamento com a indústria tabageira e mostra-se necessário pactuar, com urgência, novos temas catalisadores de ações de alcance mundial.

Como afirma PINHEIRO (2003, p. 29), o princípio da equidade em saúde tem dimensão ética e moral e se refere às diferenças evitáveis e desnecessárias e que também podem ser consideradas injustas. A noção de iniquidade diz respeito a determinados critérios de comparação entre os diversos grupos sociais e requer o estabelecimento de uma relação comparativa entre grupos sociais e suas condições de vida, assim como a vinculação destas variáveis com o estado de saúde. Este autor assume a definição de Whitehead (1990), segundo a qual "equidade em saúde implica que idealmente todo mundo deveria ter oportunidade de atingir seu completo o potencial de saúde e, mais pragmaticamente, que ninguém deveria estar em desvantagem para atingir esse potencial, se isso pode ser evitado. Equidade desta maneira concerne em criar e iguais oportunidades para saúde e, reduzindo os diferenciais de saúde aos mais baixos possíveis". (PINHEIRO 2003, p. 45)

Na realidade, a exploração dessa categoria da análise está ainda por ser valorizada nas práticas dos sistemas educativos, com exceção de experiências localizadas que buscam romper um padrão de prover escolas (e serviços de saúde) pobres para os pobres. Nesse sentido, embora a defesa da equidade permeie o conjunto dos discursos e projetos de promoção da saúde na escola, essa tendência se manifesta, basicamente, na afirmação de princípios e valores mais do que em propostas concretas de rupturas nos modelos de organização da prática. O direito de estudar, apesar da expansão quantitativa dos sistemas de educação formal, continua sendo uma experiência em disputa com estratégias de sobrevivência.

É preciso, portanto, discernir os sentidos em que se emprega a noção de equidade, eventualmente representada pelo acesso a cestas básicas de cidadania ou, por outros princípios, pela ampliação de oportunidades para que todos e cada ser humano possam usufruir a vida segundo suas próprias características, potencialidades e desejos, pessoal e culturalmente construídos. Esta última visão só ganha sentido na medida da valorização da diversidade como qualidade e da desigualdade como situação a ser combatida e superada, não apenas compensada.

A equidade não se resume nem pode ser reduzida à afirmação da universalidade de direitos mínimos, sob pena de assumir um significado de inclusão desigual. Na comunicação estudada, essa categoria emerge quase que exclusivamente em sua expressão nas relações de gênero que, embora relevante, não dá conta da iniquidade como categoria central para re-pensar a educação escolar *nessa* sociedade, produtora e reprodutora de desigualdades.

Nortear a promoção da saúde pelo direito universal às melhores condições de vida e saúde alcançáveis requer um enfoque na sua produção social e remete, necessariamente, para a necessidade de enfrentamento da assimetria nas relações econômicas e políticas, em níveis nacional e internacional, como fonte de injustiça e insalubridade.

O conceito de promoção da saúde está fundado na constatação de que a disparidade é o principal fator negativo na equação da qualidade de vida e da situação de saúde. Essa categoria, portanto, precisa ocupar um lugar menos adjetivado por expressões de iniquidades, ainda que fundamentais como é o caso das relações de gênero, e mais pela noção mais ampla, completa e essencial, da iniquidade como ponto de sustentação do modelo de desenvolvimento econômico e produtivo, e de organização da vida social. WILKINSON (1994) mostrou claramente que, nos países onde a discrepância entre ricos e pobres é menor, ocorreram os maiores melhoramentos na expectativa de vida, de modo que não é o nível absoluto de riqueza de um país que melhora os níveis de saúde, mas o grau de equidade em sua população.

O aprofundamento da disparidade econômica e social nos países dependentes, acentuada em décadas recentes, faz com que essa questão ganhe centralidade. Como afirma CAVALIERE (2002, p. 12), “à realidade de profunda disparidade sócio-cultural não se pode impor um acervo cultural fechado. Frente a ela, somente será democrática a escola que permita contatos politicamente produtivos entre as diferentes culturas e classes”, gerando oportunidades para a expressão de conflitos num contexto privilegiado, no qual torna-se possível a reconstrução de experiências sociais como parte de uma busca maior, de re-composição da identidade sócio-política e pedagógica da escola.

7.3. TRANÇANDO NEXOS ENTRE AS CATEGORIAS DA ANÁLISE

O que me faz esperançoso não é a certeza do achado, mas mover-me na busca.

Paulo Freire, 1993

Tomando-se como ponto de partida a comunicação analisada e as categorias da análise que dela emergiram como mais representativas da defesa das políticas de promoção da saúde na escola, as dimensões da questão serão agora re-organizadas, visando explorar pontos de encontro ou desencontro entre a concepção da Escola Promotora de Saúde e a potencialidade de construção de uma política nacional de promoção da saúde na escola, na perspectiva da emancipação.

A noção de cenário envolve três componentes, expressos na concepção de Escola Promotora de Saúde, cujo tratamento em separado é utilizado como recurso para proceder à busca de novos nexos entre as categorias emergentes da análise e as possibilidades e sentidos de sua aplicação à realidade brasileira. Assim, para melhor situar a discussão no contexto das políticas para a promoção da saúde na escola, cabe pensar a escola:

- como cenário propriamente dito: ambiente de vivência e convivência, lugar onde a saúde acontece, é determinada e se expressa;
- como espaço educativo, no qual a saúde é componente do currículo;
- como prestadora de assistência e, nesse sentido, instituição concebida como extensão do sistema de saúde.

A desagregação desses três componentes da promoção da saúde na escola envolve o pressuposto que, embora interligados, guardam autonomia enquanto idéias e práticas.

7.3.1. O cenário da escola

Resulta daí que a nossa necessidade radical seja dupla: por um lado, a necessidade de reinventar um mapa emancipatório (...) que não se converta gradual e insidiosamente em mais um mapa de regulação; por outro lado, a necessidade de reinventar uma subjetividade individual e coletiva capaz de usar e de querer usar esse mapa

Boaventura de Sousa Santos 2001

Assumir uma noção ampliada de ambiente conduz a análise dos determinantes da saúde para o potencial de saúde dos cenários sociais e institucionais da vida diária. Assim, retomando a questão colocada por KICKBUSCH e O'BYRNE (1997), um ambiente favorável à saúde, na perspectiva da promoção da saúde, permite deslocar o foco dos objetivos e da avaliação para o potencial inerente ao próprio cenário, colocando-se a questão: *o que gera saúde em nosso cenário?* Esses autores afirmaram que os projetos com foco em cenários (setting projects) apresentam algumas características comuns:

- uma perspectiva de política ou estratégia
- ações nos níveis técnico e político
- foco no desenvolvimento organizacional e na mudança institucional
- construção de alianças e colaboração entre setores, disciplinas e tomadores de decisão política ou executiva;
- envolvimento e empoderamento da comunidade.

A importância das condições de vida na produção da saúde vem sendo incorporada às explicações e como critério na definição das ações de saúde desde longa data. A associação entre pobreza e doenças foi validada desde o século XIX, embora essa concepção tenha perdido espaço para um enfoque mais restrito ao universo da microbiologia e da ação da tecnociência.

A aplicação de um conceito ampliado de ambiente exige hoje a busca de formas produtivas de intervir nessa tensão, na medida em que agrega dimensões políticas, econômicas e psico-sociais anteriormente não consideradas como um

complexo integrado. A própria dimensão física ganha novos contornos a partir do desenvolvimento da ecologia e da noção de sustentabilidade, gerando-se um questionamento radical na mentalidade intervencionista e de dominação da natureza como estratégia para a “solução” dos problemas de saúde e a melhoria da qualidade de vida. A necessidade premente de recompor as relações dos seres humanos com seu ambiente favorece a emergência de novas visões, como a apresentada por VAZ (1999), que se propõe a rever o ambiente como ameaça ao organismo vendo-o, alternativamente, como o que suporta a sua existência.

Na virada para o século XXI, a questão ambiental extrapola os estados nacionais. A crescente interdependência mundial torna-se um elemento central na construção de ambientes que favorecem a saúde - ou geradores de velhas e novas doenças, especialmente nos países periféricos no sistema econômico mundial. A integração da economia global não levou à superação das iniquidades mas, ao contrário, gerou uma ampliação da marginalização das populações empobrecidas, cujos níveis de saúde já eram baixos. Essa re-organização da assimetria econômica passa, também, por um deslocamento dos processos produtivos mais consumidores de recursos naturais, mais geradores de poluentes e que se caracterizam por processos de trabalho mais insalubres e perigosos, para os países do hemisfério sul e, no caso brasileiro, para as regiões menos desenvolvidas dentro do país. (RIGOTTO 2002).

Torna-se cada vez mais evidente que os esforços para colocar a saúde na agenda de todas as políticas e tomadores de decisões, inclusive dos responsáveis por iniciativas privadas, precisam apontar para o enfrentamento das questões da saúde usando abordagens integradas. Da mesma forma que no movimento ambiental, o sentido desse alerta é convocar todos aqueles que controlam ou distribuem recursos a responder pelas conseqüências de suas políticas (ou falta de políticas) para a saúde. Apesar dessas idéias estarem sendo incorporadas como bandeiras, principalmente pela força da sociedade civil organizada, ainda trazem repercussões muito tímidas nos processos mais amplos de tomada de decisão econômica e política e as tentativas de soma das partes ainda estão longe de produzir uma “noção ecossistêmica de saúde”. (OLE NIELSEN 2001)

“Traz benefícios muito limitados, por exemplo, se professores, alunos e familiares trabalham juntos para criar um ambiente saudável na escola, mas constata-se que a poluição industrial é causada pelos meios de transporte está piorando, em consequência de decisões tomadas no nível nacional, que não leva em conta os efeitos das emissões [de poluentes] para a saúde.” (PROMOTING 1998)

O fato de meio ambiente e saúde representarem temas relevantes no mundo contemporâneo faz com que, em diversos projetos educativos locais, ações que poderiam estar incorporadas a diferentes rubricas políticas ou temas agregadores sejam apresentadas no âmbito da educação ambiental e/ou como resultados positivos da promoção da saúde na escola. Inúmeros projetos realizados no âmbito dos sistemas de ensino brasileiros dos três níveis de governo, assim como em muitas escolas, vêm sendo organizados em torno da questão ambiental. Em levantamento realizado junto aos secretários de educação de todo o Brasil (VALADÃO e col., no prelo) verificou-se que a maioria dos sistemas estaduais de ensino conta com programas de educação continuada de professores e/ou projetos relacionados à questão ambiental em desenvolvimento nas redes de ensino, experiências que foram citadas na pesquisa como ações de saúde na escola, resultado coerente com o fato da promoção da saúde constituir o tema central da investigação.

A re-significação da noção de ambiente para além do saneamento básico ou da arquitetura do espaço educativo é um entre tantos elementos relevantes para ampliar os horizontes da promoção da saúde na escola. Favorece a indagação sobre o que seria, em cada momento e lugar, uma cultura ecossistêmica de saúde e incentivam exercícios de olhar o cenário da escola e suas condições de convivência e aprendizagem a partir de novos prismas.

As dimensões psico-sociais e inter-subjetivas também ganham espaço nas experiências e modelos de avaliação adotados em diferentes escolas e países, com ênfase na comunicação entre alunos e professores, no serviço de saúde na escola como espaço de apoio ou na avaliação do sentimento de pertinência dos alunos enquanto critério de efetividade da promoção da saúde na escola. (FUKATSU e SAKURADA 2001; ROWE 2001; TORSHEIM e col. 2001). Nessa perspectiva, o cenário da escola adquire dimensões necessariamente integradas e abrangentes,

passando a compreender as relações sócio-culturais e afetivas, não como estratégia de aliciamento a um modelo que permanece cognitivo-racional ou como recurso para uma aprendizagem satisfatória, mas como eixo orientador das escolhas político-pedagógicas.

Sendo assim, a estratégia de inserção dos temas de relevância social no currículo, entre eles a saúde, não é uma escolha de menor importância. A transversalidade é uma concepção segundo a qual esses temas, reconhecidamente, permeiam a vivência escolar e integram as matérias convencionais do currículo - de forma que seus objetivos e estratégias devem ser considerados no estudo de todas as áreas do conhecimento. Esse modo de pensar favorece a percepção das interconexões da saúde com os conteúdos e a metodologia de cada disciplina e ilumina essa dimensão das relações inter-pessoais no cotidiano escolar. Os temas também podem ser valorizados como eixo vertebrador da organização curricular, radicalizando-se a busca de prioridades na ética e na cidadania. (BUSQUETS e col. 1998) Entende-se, nessas diferentes proposições, que todas as áreas do conhecimento educam em relação a questões sociais, por meio de suas concepções e dos valores que veiculam nos conteúdos, quando elegem critérios de avaliação, na metodologia de trabalho que adotam, nas situações didáticas que propõem aos alunos.

Por outro lado, a complexidade de temas como saúde faz com que nenhuma das áreas, isoladamente, seja suficiente para explicá-los ou abordá-los, já que sua problemática atravessa diferentes campos do conhecimento, alguns deles pouco conhecidos. Nesse sentido, a organização de projetos interdisciplinares ou transdisciplinares é uma estratégia pedagógica complementar à transversalidade quando se deseja superar recortes convencionais e favorecer as aprendizagens mais significativas. Considera-se, portanto, que a transversalidade é um recurso mais coerente com a concepção de promoção da saúde na escola, na medida em que reconhece a necessidade de integrar a vivência escolar e a construção de conhecimentos por uma vertente não restrita à informação, às ciências ou ao universo disciplinar.

Mas permear a promoção da saúde ao cotidiano da experiência escolar é um grande desafio. A intencionalidade e o trabalho contínuo, sistemático e integrado são

indispensáveis para dar consistência a um projeto dessa natureza, que diz respeito a relações objetivas e subjetivas que as pessoas estabelecem ao longo do tempo com a própria vida e a vida em sociedade.

Questiona-se frequentemente a falta de abertura da escola para o trabalho com as questões importantes para a sociedade, com o argumento de que a escola deveria destinar mais espaço para os temas considerados extracurriculares. Essa visão corresponde, paradoxalmente, a expectativas bastante limitadas quanto à experiência escolar e seus objetivos. É preciso desmistificar a idéia, tão difundida, de que a educação é resistente. Os professores incorporam novas dimensões à suas tarefas de forma cada vez mais ampla, embora com caráter voluntário ou “extracurricular”, reproduzindo visões dos setores que ganham espaço político na escola. (VALADÃO 2003, p. 213)

CAVALIERE (2002, p.248) pondera que, embora prevaleça a recusa formal em assumir papéis não considerados típicos da identidade profissional, as questões sociais contemporâneas e as dimensões afetivas e culturais invadem a escola, apenas que na forma de uma incorporação desorganizada ao currículo, sem um correspondente projeto cultural-pedagógico.

Para superar a situação atual, na qual a escola tende a ser vista como "depositária" privilegiada das demandas sociais emergentes - como se fosse capaz de substituir as mudanças sociais necessárias para a promoção da qualidade de vida dos cidadãos, é necessário redefinir os problemas colocados, em cada caso, na perspectiva da própria educação. Note-se, em favor dessa perspectiva, que muitos dos elementos da Escola Promotora de Saúde podem ser considerados simplesmente da Escola, sem quaisquer qualificativos. Em contextos como o brasileiro, nos quais a desigualdade é um elemento central na construção da emancipação, a valorização da saúde na experiência escolar aparece como dimensão altamente mobilizadora na construção de conhecimentos na Escola Cidadã, que reconhece a importância da experiência escolar na produção social da saúde. (GENTILI 2000) O fato é que muitos professores, ao tomarem contato com a concepção de Escola Promotora de Saúde, mostram-se surpresos com essa forma de olhar, pois consideram que, em

última análise, a proposição nada mais é do que uma caracterização possível da escola de qualidade.

Nesse sentido, a primeira condição para compor um referencial de escola que promove a saúde é reconhecer na escola uma potencialidade intrínseca de promover a saúde: no espaço físico, nas formas de organização da experiência educativa, na convivência cotidiana. Não se trata de uma pequena inversão retórica: a escola pode promover a saúde sendo escola e cuidando da educação de forma crítica, mesmo quando não toma em conta, de forma explícita, dimensões interpretadas como saúde. Por um lado, devido ao fato da escola ter-se consolidado, em nossas sociedades, como instância essencial para o acesso aos códigos importantes na socialização e no mundo do trabalho, assim como aos meios de exercício da cidadania. Por outro, porque as contribuições mais essenciais da educação na construção de recursos para a vida, em um contexto no qual os conhecimentos transformam-se aceleradamente, é necessariamente articulada aos repertórios mais específicos dos demais setores, inclusive da saúde, embora não se constitua em seu sub-produto cultural.

Assim, é preciso dar à escola os méritos e responsabilidades da escola, que não poderão ser gerados em uma visão construída no setor saúde, nem são por ele delineados. Ela não se torna promotora de saúde a partir de uma delegação ou da instrumentalização para assumir tarefas específicas. Compreender a escola como cenário não pode implicar despojá-la de seu próprio caráter ou torná-lo secundário em relação à saúde, subordinando o projeto educativo a prioridades e demandas que competem por atenção em um único espaço institucional de acolhimento de crianças e adolescentes.

De fato, se a saúde é construída na vida cotidiana, é necessariamente uma dimensão inerente ao dia-a-dia da experiência escolar. Nesse sentido, a escola é um cenário importante para a promoção da saúde na medida em que nela alunos, pais, professores e demais profissionais da educação permanecem e convivem, na medida em que se torna uma instituição presente e relevante num determinado território. A escola ganha espaço na produção de saúde na medida em que as pessoas que nela se inter-relacionam são reconhecidas em sua identidade social e competência para produzir transformações e, por isso, interferir sobre os processos de determinação da

saúde a partir de critérios de efetividade legítimos. Em um cenário concebido nessa perspectiva política, a reciprocidade e o sinergismo entre saúde e educação envolvem a negociação do lugar da saúde no projeto político pedagógico e o reconhecimento da escola não apenas como cenário privilegiado para a promoção da saúde, mas, também, como cenário de disputa de um ideário para a sociedade, expresso em um projeto de educação formal de seus cidadãos.

Construir projetos emancipadores nos cenários da vida cotidiana envolve saberes em diálogo e disputa. No campo da saúde na escola, diz respeito à deslegitimação da concepção tradicional de liderança setorial, expressa na busca de hegemonia, assim como ao questionamento dos projetos políticos centralizados. Mas diz respeito, igualmente, à responsabilização do Estado nesse traçar novos mapas para o diálogo entre a promoção da saúde e a educação escolar, na forma de redes de comunicação entre as experiências locais. A promoção da saúde na escola precisa representar um campo de alianças para romper a invisibilidade das políticas de saúde na escola, na medida em que se reconhece que esse silêncio não é possível no nível local.

A manifestação consensual quanto à necessidade urgente de promover a inovação, em saúde pública como em educação formal, poderá constituir-se em inovação regulatória ou técnica, “visando à introdução acrítica do novo no velho” (VEIGA 2003) ou em inovação emancipatória, apoiada em concepções emergentes e alternativas da realidade.

7.3.2. Educação em saúde

O cientista virou um mito. E todo mito é perigoso, porque ele induz o comportamento e inibe o pensamento. Este é um dos resultados engraçados (e trágicos) da ciência. Se existe uma classe especializada em pensar de maneira correta (os cientistas), os outros indivíduos são liberados da obrigação de pensar e podem simplesmente fazer o que os cientistas mandam. (...) Não precisamos pensar, porque acreditamos que há indivíduos especializados e competentes em pensar.

Rubem Alves, 1996

Valorizada como um dos componentes essenciais da promoção da saúde, a educação em saúde ganhou interesse e prioridade renovados. Ao mesmo tempo em que foi colocada grande ênfase na determinação ampla da saúde, os esforços dos projetos educativos passaram a concentrar-se, de forma ainda mais acentuada, na mudança de comportamentos individuais considerados de risco e na conformação de estilos de vida mais saudáveis. Frequentemente, atribui-se tanto poder à educação, que o conhecimento das regras para a boa saúde e a utilização desses conhecimentos são tomados como sinônimos do nível de saúde dos indivíduos.

Em 1989, MINKLER constatou que os educadores em saúde estavam diante de duas proposições contraditórias, ambas sob a rubrica da promoção da saúde. Segundo esse autor, o *Informe Lalonde* e o *Surgeon General's Report* elevaram a biologia, o ambiente e o estilo de vida ao mesmo nível de importância do cuidado médico para a determinação dos níveis de saúde. Mas, ao mesmo tempo, estes informes colocaram tanta importância no conceito do risco auto-imposto e na transferência da responsabilidade do governo para o público em geral, que foram usados “não como um ponto de partida para uma revolução mas como um renascimento de estratégias de mudança de comportamento centradas no indivíduo.” (Wallack 1984, citado por MINKLER 1989, p.19)

A adoção do conceito de determinantes da saúde transformou-se, de uma idéia inovadora, em apenas mais uma estratégia para mudar comportamentos de saúde individuais. (CASTIEL 1996) Ao discutir as relações entre epidemiologia e promoção da saúde, MCQUEEN (2003) alerta, ainda, que trabalhar com o estilo de vida de uma perspectiva individual implica entender a saúde como virtude moral. No

discurso sobre o incentivo à busca de estilos de vida saudáveis, de fato, observa-se uma busca de superação da idéia do indivíduo como objeto da ação do setor saúde, conferindo-lhe o papel de protagonista. Entretanto, a herança sócio-cultural e a individualidade emergem basicamente como componentes a serem trabalhados com vistas ao exercício de uma autonomia pautada na aplicação dos preceitos científicos da saúde. Quanto a isso, SANTOS (2001) nos remete a Foucault, que mostra não haver qualquer saída emancipatória dentro deste “regime de verdade” pois a própria resistência se transforma num poder disciplinar, numa opressão consentida porque interiorizada.

A colonização das concepções educativas que emergem no movimento sanitário se expressa na sua conformação ao modelo biomédico. A fecundidade do caminho centrado na perspectiva da mudança de comportamentos individuais a partir de decisões informadas sobre a saúde, tem sustentação em raízes antigas, fortes e múltiplas. BECKER (1986, p.19) buscou explicações na ideologia ocidental, com sua forte ênfase no indivíduo e na responsabilidade pessoal por sucesso ou fracasso. Isso explicaria a tendência que a promoção da saúde assumiu nos EUA, de "colocar a responsabilidade pela causa e pela cura dos problemas de saúde no indivíduo". Mas é possível aprofundar essa busca por caminhos diferentes, possivelmente complementares e mutuamente sustentados já que, desde a sua institucionalização, a “educação no campo da saúde pública se faz através dos preceitos das ciências da conduta, caracterizando ações educativas como práticas prescritivas e autoritárias.” (PEDROSA 2001, p.156)

As práticas sanitárias que ganharam hegemonia no século XX fundaram-se na afirmação da objetividade do saber científico e nos modelos clássicos de explicação do processo saúde-doença, noções que sustentam a prescrição de comportamentos tecnicamente justificados ou politicamente explicados como únicas escolhas possíveis para o alcance do bem estar.

A medicalização da vida, expressão importante do paradigma da modernidade, é tão entranhada em nossa cultura que exerce papel regulador, ditando normas morais e de conduta e utilizando-se de um discurso cujo valor social tornou-se independente dos impactos produzidos na saúde individual ou coletiva.

Assim, se a origem dos projetos educativos em saúde apoiou-se na perspectiva de transmissão de um saber especializado para uma população leiga - ou mesmo na pretensa substituição do saber popular pelo saber técnico, as práticas que sucederam o modelo original e ganharam espaço a partir da década de 1970, baseadas na indução de comportamentos preventivos, não chegaram a romper com este padrão hegemônico, interiorizado.

Pesquisas como a realizada por BORUCHOVITCH e MEDNICK (2000) mostram que, segundo os conceitos de doença e preservação da saúde de alunos e professores da educação fundamental, a ocorrência de doenças é atribuída predominantemente ao descuido, com predominância de uma noção fortemente marcada pelos aspectos biológicos e orgânicos. A escola e principalmente o professor de ciências encarregam-se de reproduzir esta concepção, sustentada na informação e na racionalidade. A saúde adquire o caráter de medida de integração funcional e psico-social, que conta com as intervenções da ciência para prevenir ou corrigir os “desarranjos” a partir de “um conhecimento quantitativo parcial e fragmentador que busca previsibilidade e controle”.(CASTIEL 1996, p. 96) Frequentemente, a interação com o repertório sócio-cultural e o seu resgate visam somente sua análise crítica e superação ou constituem um recurso de acomodação dos conteúdos ao universo cultural de quem se deseja ensinar.

Foi incorporada à cultura dos setores saúde e educação a suposição de que o comportamento “não educado” é errado e incompetente e que a educação em saúde visa, por definição, a mudança de comportamento. Mas quais seriam as justificativas para manter a centralidade da mudança de comportamento nos objetivos da educação em saúde, considerando, inclusive, que ela não aparece como um resultado frequentemente observável nos programas implantados? A julgar pela revisão bibliográfica realizada como parte desta pesquisa, a mudança de comportamento é um produto muito raro dos projetos educativos. É difícil, inclusive, avaliar a contribuição da educação em saúde para mudar comportamentos na medida em que eles estão associados a determinações múltiplas e inter-relacionadas. Podemos questionar apenas a eficácia das estratégias educativas, sem questionar os objetivos mesmos da educação?

Um dos aspectos a rever criticamente é que a informação não é suficiente para a mudança de comportamentos. Para começar, seria necessário refletir sobre como essa informação é comunicada, o que não envolve simplesmente transmitir mensagens ou persuadir, como ocorre no marketing comercial. (ROCHA e col. 2000) Além disso, mostra-se ingênuo acreditar que a existência de elementos de informação científica nas mensagens recebidas aumente a competência e/ou a liberdade de decisão das pessoas. (PILON, 2000) Entretanto, o que se verifica nas comunicações voltadas para a educação em saúde, é a permanência da idéia que a falta de saúde "é um problema possível de ser solucionado individualmente, desde que se disponha das informações adequadas." (OLIVEIRA 1991, p. 27)

SILVEIRA (1994) mostra que, no Brasil, desde a instituição das palestras de instrução de saúde, por meio da Portaria nº 153, de 1939, é possível reconhecer, na legislação relativa à saúde na escola, a visão de que os hábitos sadios desenvolvem-se a partir de conhecimentos científicos e a boa saúde decorre de atitudes e comportamentos individuais adequados. Ela cita Bizzo (SILVEIRA 1994, p.148), que atribui a permanência dessas práticas a uma cristalização de figuras e práticas folclóricas no ensino tradicional de biologia, entre elas a da contribuição do conhecimento científico na formação do aluno para superar a falta de informações e assim reverter maus hábitos de higiene.

Quando se visa o entendimento público de conteúdos científicos, o padrão predominante baseia-se no modelo deficitário de educação e a comunicação é basicamente de caráter cognitivo/racional. Paulo Freire fez ver que a ciência apresentada dessa forma só pode contribuir para a manutenção da exclusão de grandes parcelas das classes populares, cujos conhecimentos e competências provêm da relação com o mundo, da experiência vivida. SANTOS (2001, p. 107) mostra que a distinção entre ciência e senso comum pode ser feita tanto a partir da primeira como do segundo, mas o sentido resulta diferente em cada um dos casos. "Quando é feita pela ciência, significa distinguir entre conhecimento objetivo e mera opinião e preconceito. Quando é feita pelo senso comum, significa distinguir entre um conhecimento incompreensível e prodigioso e um conhecimento óbvio e obviamente útil".

Segundo VALLA (1997), o que se vê no dia-a-dia do trabalho com a população é que o conhecimento científico é um elemento que passa pela vida das pessoas através de uma espécie de filtro de seus próprios saberes, gerando um conhecimento diferente, misto do científico e do popular. As pessoas realizam uma reconstrução desses saberes amalgamando-os à sua visão de mundo e conforme suas vivências. "As ações de educação em saúde podem ser vistas como um mecanismo de integração entre o saber científico e o popular, como o objetivo de socialização do primeiro e de reconhecimento social do segundo" (Wadman 1996, citado por SILVA 2001, p. 41). Caminhando nessa direção, alguns educadores em saúde fazem uma tentativa de articular conhecimentos científicos às dimensões sócio-culturais e éticas da promoção da saúde. CASTIEL (1996, p.98) recorre a Wagner e col. (1984) e Jeffery e col. (1993) para afirmar que as descobertas científicas podem ser traduzidas e suas propostas implementadas por meio de grupos populacionais que compartilham experiências de vida onde há "relações que influenciam idéias, normas e condutas".

A partir da década de 1990, emerge de forma importante a perspectiva de desenvolvimento de habilidades para a vida (*life skills*), que correspondem à capacidade de lidar efetivamente com as demandas e desafios da vida cotidiana, manter um estado de bem estar mental e demonstrá-lo através de comportamentos individuais adaptativos e positivos. Inclui as seguintes habilidades e competências: tomar decisões, resolver problemas, pensamento criativo/pensamento crítico/comunicação efetiva/habilidades para relacionamentos interpessoais/autoconhecimento / empatia / lidar com emoções/ lidar com o stress. Lançando mão desses recursos, os indivíduos poderiam traduzir conhecimentos, atitudes e valores em habilidades concretas, isto é: o que fazer e como fazê-lo. Em resumo, são habilidades que permitem aos indivíduos comportarem-se de formas saudáveis, dado o desejo de fazê-lo, havendo liberdade e oportunidades. Não são compreendidas como uma panacéia porque estão relacionadas a outros fatores que afetam o comportamento, como suporte social, cultural e ambiental. (WHO 1997b). Entretanto, o foco permanece no indivíduo e o comportamento adaptativo tende a ganhar maior relevância.

KICKBUSCH (1996) re-visita o conceito de autocuidado e afirma que para compreendê-lo no marco da promoção da saúde é preciso perguntar quais políticas de saúde pública permitem que o autocuidado torne-se uma possibilidade real, e quais ambientes de apoio reforçam a independência. Retoma a origem contra-hegemônica desse conceito, que, apesar de levar à suspeita de aceitação do desmonte do estado de bem-estar social, representava uma proposta de autonomia em relação ao poder médico por meio do autoconhecimento, da solidariedade e do apoio social. Aponta a possibilidade do autocuidado deixar de ser uma tarefa individual para converter-se em um padrão cultural, passando "a ser considerado como uma adição importante à competência e habilidade do ser humano (volto referir-me à noção de Giddens, da pessoa como ator competente) e não como a delegação do trabalho de saúde que ninguém mais quer fazer ou para o qual a sociedade já não pode permitir-se profissionais que o façam". (KICKBUSCH 1996, p.243)

No caminho da crítica aos modelos educativos centrados na prescrição de comportamentos, aprofunda-se, também, uma vertente baseada na valorização da determinação social da saúde e na idéia que cabe ao setor saúde liderar a construção de estratégias que tornem as alternativas de comportamentos considerados mais saudáveis exequíveis e, preferencialmente, as mais fáceis. LABONTE (1986) argumenta que o desafio central para os educadores em saúde é favorecer a criação de condições sociais e de saúde que são tomadas como premissas da promoção da saúde. Não se trata de orientar os indivíduos a uma conduta saudável prescritiva e muitas vezes ideologizada e aculturada. Trata-se de fortalecer estratégias que devem ser continuamente analisadas e submetidas ao controle social, na medida em que as escolhas técnicas são necessariamente éticas e políticas.

Finalmente, ampliando a dimensão social e coletiva da educação em saúde, o caminho da educação popular em saúde, fundado nas idéias de Paulo Freire, tem como eixo central a conscientização da cidadania, tomando em conta que a potencialidade maior de intervenção da escola na saúde da população estaria precisamente no trabalho de conscientização dos indivíduos quanto aos seus direitos e deveres enquanto cidadãos, possibilitando a ruptura do papel histórico da educação como legitimadora das injustiças e desigualdades sociais. A participação da luta pelo direito à saúde é compreendida como tarefa política articulada ao cotidiano

pedagógico da escola. FREUDENBERG (1984/5) apresentou princípios de sustentação de uma educação em saúde para a mudança social que colocam ênfase no reconhecimento dos determinantes sociais e econômicos da saúde e doença, na necessidade de ação coletiva e suporte mútuo, na importância de combinar educação, serviço e ação política e na prioridade das pessoas e de suas necessidades imediatas.

Um caminho que busca articular dimensões complementares na perspectiva da construção da autonomia torna-se possível quando se entende que a educação não trata de definir comportamentos corretos para os alunos, mas de criar oportunidades de interação entre sujeitos sociais. BALEEIRO (1999) expressa esta concepção ao afirmar que “a pedagogia da problematização é baseada no pressuposto de que, em um mundo em rápida e contínua transformação, o conhecimento, as idéias e o comportamento correto esperado são menos importantes do que uma crescente capacidade de identificar os problemas reais e buscar respostas originais e criativas”. Essa visão alternativa é construída nas propostas educativas que valorizam a identidade social e compreendem sentidos como solidariedade, pertinência, respeito, prestígio, coerência da vida e controle sobre ela e, finalmente, apoio social. A composição da auto-estima (ou da estima) deixa de ser uma questão íntima, supostamente redutível ao nível individual, refletindo experiências dinâmicas que acontecem ao longo da vida e nas relações interpessoais que nela se estabelecem.

Desenvolvido a partir do repertório da saúde, esse estudo não se atribui a prerrogativa de alinhar a promoção da saúde na escola a uma determinada tendência na educação. Independente de entrarmos na discussão sobre a educação escolar em geral, o que não corresponde ao objeto e ao alcance desse estudo, cabe-nos explorar possíveis correspondências entre as alternativas em construção no âmbito da educação e as visões que se expressam no universo da educação.

As tendências pedagógicas que têm se afirmado nos escolas brasileiras pela prática dos professores não aparecem de forma pura e nem sempre são mutuamente exclusivas. Utilizando como critério a posição que adotam em relação aos condicionantes sócio políticos da escola, LIBÂNEO (1985) classifica essas tendências em liberais ou progressistas, alertando para as dificuldades em captar, no esforço de classificação, toda a riqueza da prática concreta. Esse autor apresenta

como elemento descritivo central da pedagogia liberal “a idéia de que a escola tem por função preparar os indivíduos para o desempenho de papéis sociais, de acordo com as aptidões individuais. Para isso, os indivíduos precisam aprender a adaptar-se aos valores e às normas vigentes na sociedade de classes, através do desenvolvimento da cultura individual.” (pg. 21-22) A pedagogia progressista apóia-se em diferentes pressupostos políticos e inclui as tendências que partem de “uma análise crítica das realidades sociais e sustentam implicitamente as finalidades sociopolíticas da educação” (pg. 32), representando um instrumento de luta dos professores, ao lado de outras práticas sociais.

A Declaração de Dakar, assinada no Fórum Global da Educação (UNESCO 2000), afirma uma concepção abrangente da educação, que envolve "o saber, o fazer, o viver junto e o ser" e favorece o desenvolvimento dos talentos e potencialidades individuais e coletivos para a melhoria da qualidade de vida e a transformação social. CARVALHO (1996, P.116) mostra claramente que para realizar uma educação transformadora não é possível contar com a "eficácia sanitária de uma pedagogia bancária, por onde fluem em uma só direção, normas técnicas a serem seguidas pelas pessoas", nem tampouco com a modelagem de uma consciência sanitária que, apossando-se da lógica estrutural do processo sanitário, automaticamente autorize e desencadeie ações corretivas de abrangência individual ou coletiva.

Para fugir às armadilhas, é necessário questionar se a perspectiva da adoção, individual ou coletiva, de comportamentos e hábitos pré-concebidos como saudáveis (ainda que a saúde se expresse na consciência crítica, na reivindicação de direitos e na participação política) pode ser reduzida ao engajamento como finalidade, tema e produto esperado da educação em saúde, ou mesmo como sinônimo de saúde. O desenvolvimento de uma consciência sanitária com vistas à transformação social, quando essencialmente concebido como uma forma de apropriação do conhecimento técnico e social como requisito para a constituição de sujeitos sociais e políticos, também reflete uma concepção positivista, ainda que crítica.

Para SANTOS (1994, p. 113) a crise da modernidade decorre também "da revolta da subjetividade contra a cidadania, da subjetividade pessoal e solidária contra a cidadania atomizante e estatizante" pois "os ganhos em cidadania

converteram-se a (por excesso de regulação) em perdas de subjetividade". Assim, a superação da tensão entre subjetividade e cidadania só poderá ocorrer no marco do princípio da emancipação, em lugar do marco, até aqui vigente, da regulação. Na perspectiva da educação, seria possível formar para o exercício da cidadania mantendo um repertório autoritário de prescrições para cuidar e cuidar-se e de formas de ensinar e aprender? Ou mesmo utilizar a pedagogia da problematização numa perspectiva pré-concebida das formas de conduzir a vida pessoal ou das formas de exercer cidadania?

O potencial de aprofundamento e possível articulação entre algumas dessas vertentes passa pela reflexão acerca dos pressupostos envolvidos na idéia de racionalidade com que se processam as alterações comportamentais, cabendo “uma discussão acerca da pertinência da concepção de indivíduo ‘racional’, isto é, aquele que se pauta nas leis da lógica formal e, portanto, não contraria (abusivamente, pelo menos...) a teoria das probabilidades nem os cânones fundamentais da estatística.” (Levy 1993, citado por CASTIEL 1996, p.95)

ALMEIDA (1998, p.115) reafirma que a participação ativa das pessoas constitui apenas um dos elementos que compõem a plurideterminação da saúde e que, além disso, “o sujeito participa do seu processo de saúde, não somente de forma ativa e consciente, mas também de forma *inconsciente*”. Assim, reconhecer e explicitar as dimensões aparentemente contraditórias da experiência em saúde, permite evitar não só a dicotomia mas a disputa de relevância ou prioridade.

Diante das questões colocadas, a idéia de buscar um “equilíbrio” entre componentes pessoais e coletivos, torna-se uma simplificação de pouca utilidade. Os caminhos que vem sendo trilhados apontam para a necessidade de revisão dos objetivos da educação em saúde na perspectiva da interação de sujeitos em situação. A educação em saúde na escola não acontece de forma independente do projeto educativo em sua totalidade, ao mesmo tempo em que a escola não pode ser concebida como uma ilha. Os saberes que nela se configuram são uma, entre tantas, expressões dessas buscas e disputas de concepção. Além disso, a ampliação das oportunidades de comunicação e acesso (ou invasão da vida) pelos meios de comunicação de massa não permite mais a repetição automática do discurso sobre a

importância do caráter produtor e/ou reprodutor de conhecimentos, habilidades e atitudes da experiência escolar. Essa idéia dá ao cenário da escola uma relevância desproporcional ou, por outro lado, uma capacidade hercúlea de desgarrar-se do contexto com vistas à produção de mudanças sociais e de comportamento.

A problematização da realidade revela-se como um valioso recurso metodológico na educação em saúde, permitindo integrar individual e coletivo nas inter-relações de pessoas em situação. Uma perspectiva construtivista abrangente e posicionada permite que a saúde ganhe sentido como dimensão intrínseca às experiências de ensinar e aprender, compreendidas como oportunidades de convivência que favorecem o confronto de conhecimentos, motivações e desejos, abrindo caminhos para a construção de novas possibilidades.

Paulo Freire reafirmou, inúmeras vezes, que um currículo não deve ser constituído apenas por parcelas pré-existentes de conhecimento, mas também pelos conhecimentos que são produzidos na interação educacional. Nas experiências que se concretizam hoje, em cada uma das escolas brasileiras, está a possibilidade de criar e re-criar conhecimentos, propostas pedagógicas e materiais didáticos, pois o seu descolamento da realidade não nos parece ser uma característica inevitável, da mesma forma que a escola não corresponde, necessariamente, a um contraponto idealizado (nos moldes da cultura dominante) à cultura popular. Materiais didáticos e experiências educativas podem estar voltados para gerar comunicação entre pessoas e saberes. Em uma política nacional de fomento à realização de experiências locais e ao diálogo entre essas experiências, está o potencial de construir visibilidade e valor social para o saber construído localmente e para sua permanente re-criação.

7.3.3. A escola como extensão do sistema de saúde

Unidades básicas de saúde: uma extensão da escola pública?

Maria Lúcia Boarini, 1993

Ao proceder a análise desse componente, cabe retomar a questão da terminologia assinalada na apresentação desta tese. “Saúde escolar” e “saúde do escolar” são expressões moldadas à luz da cultura original dos programas de saúde na escola, por meio da qual o espaço da escola de educação fundamental foi naturalizado como o lugar apropriado para a destinação da atenção à saúde das crianças e adolescentes. É bom lembrar que a categorização dos grupos populacionais dessas faixas etárias como escolares, inclusive pelo sistema de saúde, é muito anterior à perspectiva de universalização do acesso à escola de educação fundamental. Na configuração das redes de saúde, o cuidado da população “em idade escolar” (e, em muitos casos, o seu financiamento) permaneceu cristalizado como um encargo dos sistemas de educação formal, sem que os serviços de saúde tenham construído qualquer forma de acolhimento para pessoas nessas faixas etárias, exceto para atendimentos de emergência.

Segundo a lógica da medicalização, mesmo entre os que buscam construir argumentos em favor da atenção à saúde das crianças e adolescentes, considera-se que o primeiro passo é pesquisar as condições de saúde de alunos e professores, o que geralmente se traduz na identificação dos agravos prevalentes nessa população. O enfoque curativo foi tão amalgamado à cultura dos profissionais de saúde que, para provar a importância da “saúde escolar”, inúmeros documentos procuram reafirmar a necessidade de reavaliação da crença de que os escolares são predominantemente sadios. Por algum motivo que geralmente não se deixa claro, a constatação de que a população dessas faixas etárias é majoritariamente doente leva a comprovar não apenas a sua necessidade de atendimento mas, também, que a escola é, por natureza e excelência, o local onde a atenção à sua saúde deve acontecer.

A detecção inicial de problemas visuais ou auditivos importantes para o desempenho escolar permanece como tarefa da Escola Promotora de Saúde, e “não

precisa ser realizada obrigatoriamente por médicos ou mesmo por profissionais de saúde, podendo realizá-la professores e, mesmo, estudantes treinados para tal fim”. A realização periódica desses *screenings*, com a participação da escola e com a colaboração da unidade de saúde, seriam “uma forma de poupar tempo, diminuir as filas nos ambulatórios e envolver a escola no crescimento e desenvolvimento da criança.” (UNGERER 1998, p.94)

A delegação de ações “simples” aos professores, sejam tratamento de verminoses ou screenings, contribuiriam de fato para produzir melhorias na situação de saúde da população escolarizada em nosso país? LIMA apresentou, em 1985, uma avaliação abrangente da concepção e das práticas de saúde escolar na realidade brasileira. Mostrou que, somado à difusão de regras de viver, o diagnóstico precoce tem como principal produto uma re- elaboração da "normatividade biológica" do corpo. Com a realização da assistência na escola, não é o cuidado médico que se generaliza "e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo da normatividade da medicina".(LIMA 1985, p.47) Faz-se necessário questionar, portanto, em que medida a potencial ampliação do acesso a um sistema que simplifica a medicalização através da ação da escola traz os benefícios almejados, cabendo ainda identificar mais claramente os objetivos que se pretende alcançar.

Na realidade, a ampliação do leque de procedimentos complexos de detecção sistemática fez com que as atividades da saúde pública se tornassem mais diagnósticas do que preventivas. (KICKBUSCH 1996) As atividades educativas realizadas sob a rubrica da promoção da saúde acompanharam essa tendência e, freqüentemente, têm como finalidade ampliar a busca de acompanhamento médico sistemático e de diagnóstico precoce. Porque então a escola deve continuar sendo compreendida como um cenário privilegiado para a prestação de assistência, se as ações que se realizam com os alunos são majoritariamente individuais? O fato é que a escola permite que essas práticas se apoiem na institucionalização como estratégia de atendimento, de forma que as ações tornam-se passíveis de realização em série e de forma independente de iniciativas dos estudantes e de seus familiares.

A atenção à saúde torna-se, de fato, “independente” da família, legitimando-se o estado com agente público com liberdade e direito de definir as formas e métodos de cuidar. Analisando a promoção da saúde na escola na sua dimensão de política pública, não se trata de questionar se o Estado deve prover ou não, mas de dar à população a possibilidade de querer - ou não, o que está sendo provido. Segundo VALLA (1999), a medicalização do fracasso escolar é um exemplo desse tipo de política. Esse autor chama atenção para a necessidade de superar a mera defesa do papel do Estado em prover diretamente ou em regular a oferta privada de serviços. Para que contemplem de fato as necessidades sociais das populações, tais serviços precisam levar em conta, obrigatoriamente, o que as pessoas pensam sobre seus próprios problemas e sobre as formas de enfrentá-los. (VALLA 1999, p. 10) Na medida em que se trabalha com a premissa de uma escassez relativa de recursos, uma relação interativa entre serviços e populações significa um novo ponto de partida para construir uma nova equação para a eficiência, que inclua fatores como equidade e universalidade.

Não se trata, em absoluto, de promover um retrocesso no questionamento do valor relativo do setor saúde ou da assistência médica, do ponto de vista de seu impacto positivo sobre a saúde da população. Caminha-se para um consenso quanto ao papel relativo da tecnologia em saúde na determinação dos níveis de saúde da população. Se esta deixa de ser uma questão em debate, trata-se de dar atenção ao fato de que os serviços perdem importância como diferencial na determinação da saúde exatamente na medida em existem e que o acesso a eles é universal.

Concordar que mudanças estruturais, fora da assistência sanitária clássica, podem produzir impactos mais relevantes sobre os principais problemas de saúde na atualidade, não implica diminuir, especialmente nos países em que já é escasso, o recurso destinado à assistência. ROBERTSON (1998) lembra que a construção das redes de atenção à saúde não ocorreu espontaneamente, resultando de esforços de coalizão e lutas políticas que estão nas raízes do movimento atual da promoção da saúde. Mas considera paradoxal que os defensores desse movimento se encontrem na situação de defender a importância da manutenção desses serviços. É preciso cuidado para que a promoção da saúde não seja apropriada como argumento para o desmonte

dos serviços ou para encobrir a falta de investimento em sua estruturação, como seria o caso no âmbito da atenção à saúde de crianças e adolescentes.

O percurso desse estudo não levou à validação de justificativas técnicas, éticas, ou mesmo estritamente econômicas, para a concepção de que o direito à saúde na infância e na adolescência - na esfera em que ela depende do acesso a serviços, seja agregado à escolarização. Mais do que isso, levou a uma reflexão crítica sobre as idéias subjacentes a essa visão. Tratar a escola como extensão do sistema de saúde envolve, entre outras coisas, a incorporação do professor e demais profissionais da educação a equipe de saúde. São amplamente reconhecidos, na prática e em toda a literatura, os enormes desafios que se colocam para a formação e a educação continuada do professor, no contexto do mesmo sistema de ensino que se pretende transformar. De fato, a educação do professor requer grandes investimentos para que ele possa atender os requisitos de nosso tempo para o desempenho da sua função, e certamente, não permite envolver a sua qualificação como profissional de saúde.

Entretanto, ainda hoje, as expectativas em relação aos professores atingem níveis surpreendentes. As propostas de treinar o professor não resolvem os problemas gerados a partir dessa possível delegação de tarefas. Ao contrário, isso tende a tornar-se uma fonte importante de conflito entre os profissionais da educação e da saúde, na medida em que as expectativas de desempenho do professor estão fundadas em suas supostas competências para construir hipóteses diagnósticas. O professor termina por ser alvo de críticas ao gerar demanda “indevida” para o sistema de saúde, com a justificativa que ele medicaliza sua incompetência para cumprir a tarefa educativa. O resultado mais visível dessa polêmica é um descrédito mútuo, justificado na incapacidade resolutiva da saúde e na incompetência da educação. Assim, no caso do encaminhamento de crianças com problemas de aprendizagem, prevalece a certeza de que o problema é da criança. (BOARINI 1993) Nessa crise de referência, somente o reconhecimento das potenciais contribuições de cada um dos setores poderia levar à configuração de uma parceria mutuamente qualificada.

A educação em saúde, a garantia de entrada nutricional, a informação, a aquisição de conhecimentos, a formação de hábitos e atitudes, a observação competente para identificar um potencial diagnóstico precoce, o acompanhamento e,

finalmente, o emprego da assistência simplificada, permanecem sendo tarefas da escola que deseja promover a saúde. Inversamente, a participação dos profissionais de saúde na escola ainda é valorizada por meio da realização de palestras, isto é, cumprindo, na escola exatamente a função relacionada à saúde que se aproxima, mais que todas as outras, nas atribuições do professor e do sistema de educação formal.

Assim, embora à primeira vista apenas quatro áreas de ação prioritárias para a promoção da saúde se apliquem diretamente ao cenário da escola, a reorientação dos serviços de saúde termina por revelar-se central na busca de novos caminhos no campo da saúde na escola pois o projeto de atenção à saúde da população “em idade escolar” não se revela re-equacionado nem mesmo na perspectiva da atenção primária.

Apesar dos esforços realizados principalmente no âmbito dos programas de integração docente-assistencial, verifica-se que está ainda por ser validado, como parte do corpo de conhecimentos do setor saúde, um conhecimento específico sobre a promoção do crescimento e do desenvolvimento saudáveis da criança, na infância média e na puberdade. A hebiatria vem suprir essa lacuna com relação à adolescência, embora não se deva deixar de observar que a sua emergência é contemporânea ao aumento significativo no potencial de medicalização da adolescência, dada a crescente importância, inclusive, da mortalidade nesse grupo etário. Por outro lado, o fato de ser uma disciplina em construção, que vem incorporando desde sua origem um enfoque participativo e de aliança com a população adolescente, é potencialmente favorável para a busca de alternativas menos centradas na prescrição de comportamentos como fundamentação de seus princípios e práticas.

Conclui-se que a realização de práticas diagnósticas e assistenciais na escola pode ser avaliada, local e conjuntamente, como uma opção, entre outras, de organização das tarefas próprias do setor saúde. Nesse sentido, elas não são desenvolvidas no horário destinado ao desenvolvimento curricular, em substituição a ele e nem mesmo como sua parte integrante. Não pressupõem o professor e os demais membros da comunidade escolar como componentes da equipe de saúde, seja

na forma de observadores com capacidade de fazer triagens, hipóteses diagnósticas, ou enquanto responsáveis pela destinação de técnicas específicas do cuidado profissional em saúde.

A articulação dessas práticas com experiências educativas, das quais a escola participa no planejamento e na execução, pode ser uma estratégia valiosa para qualificar as políticas de promoção da saúde. Não se trata, portanto, de negar a priori, a validade em estabelecer acordos para usar o espaço físico ou até mesmo a estrutura organizacional da escola para a prestação da assistência preventiva, diagnóstica e/ou curativa. Mas isso não faz com que essa assistência deixe de ser atribuição, competência técnica e política do setor saúde. A coordenação intersetorial não envolve a livre permuta de responsabilidades técnicas ou objetivos. A aprendizagem em saúde, nas perspectivas cognitiva e experiencial, é inerente à vivência escolar; mas não há como afirmar que a assistência individual e a aplicação da tecnologia em saúde sejam parte do currículo. É possível e desejável articular a promoção da saúde na escola às demais dimensões da vida cidadã, a partir da soma e não de subtração de direitos, serviços e critérios de qualificação técnica. No Brasil, uma história de lutas políticas e de construção de um sistema de saúde ainda mais idealizado do que concretizado faz com que, independentemente das opções encontradas para a formulação e implantação de políticas tipicamente multisetoriais, o lugar político, técnico e financeiro da assistência seja o SUS, a menos que se deseje contribuir para esvaziar a luta por um sistema descentralizado e universal.

A oportunidade de buscar uma nova pactuação (para muito além dos setores educação e saúde) quanto às necessidades de saúde na infância média, na puberdade e na adolescência, constitui um excelente exercício de experimentação de alianças com vistas a construir novos conhecimentos e novas modalidades de atenção. Mesmo que na perspectiva da promoção da saúde, a escola pode buscar valor na re-afirmação do velho modelo, atuando como extensão do serviço de saúde e reproduzindo a sua visão medicalizada da vida. Ou pode, finalmente, fortalecer-se como um cenário em aliança com uma nova saúde pública, tomando em conta a distinção entre atenção mínima e inclusão social, participando do confronto com as velhas práticas de educação e de saúde e valorizando a dimensão contra-hegemônica da educação formal para participar na luta por um novo senso comum.

8. CONCLUSÕES

No fundo de cada utopia, não há somente um sonho; há também um protesto

Oswald de Andrade, 1966

Educação e saúde são construções sociais e históricas. Nesse sentido, passado um século tão marcado por transformações em diferentes dimensões da vida sócio-cultural e econômica, é surpreendente que o modelo hegemônico no campo da saúde na escola ainda contenha tantos traços remanescentes da sua formulação original. Mais surpreendente torna-se essa constatação quando se tomam em conta revisões importantes nas concepções técnicas e políticas que se expressam na saúde na escola: a saúde pública, a educação e a educação em saúde.

A comunicação denominada FRESH (WHO/UNESCO/UNICEF/WORD BANK 2000), que serve como documento central para a realização deste estudo sobre a promoção da saúde na escola, é nitidamente destinada aos países “do sul”. Não cabem argumentos críticos com base na relevância da iniquidade no sul como critério para a construção de políticas sociais. Ao contrário, na medida em que a defesa do modelo está fortemente apoiada na promessa de superação das iniquidades em saúde a partir do acesso à educação fundamental e à atenção mínima, ela reforça a assimetria entre as visões que vêm sendo construídas nos países desenvolvidos - informadas em expectativas mais integradas ao universo da educação escolar, e as que se propõe sejam construídas nos países periféricos, informadas pela exclusão social e subordinadas a essa realidade.

Faz-se necessária, portanto, a busca de uma identidade afirmativa, que não parta da suposição implícita de que o bem-estar conquista-se por etapas (atravessadas primeiro pelos países desenvolvidos?). Caso contrário, corre-se o risco de, uma vez mais, reproduzir o antigo modelo e "repetir o caminho da saúde escolar" (LIMA 1985).

Verifica-se, por outro lado, que os componentes que vem sendo agregados ao antigo modelo manifestam-se principalmente na afirmação de valores utópicos

emancipadores, que se expressam, talvez em parte por isso mesmo, em profusos argumentos circulares. Nesse sentido, é possível traçar um paralelo entre a concepção de Escola Promotora de Saúde e o conceito de saúde da OMS, com base na afirmação de EVANS (1990): por sua amplitude, esse conceito é valorizado como idéia, mas raramente serve como orientador da prática. Assim, a definição da OMS dificilmente ganha dimensão operacional como base para a formulação de políticas de saúde porque, implicitamente, inclui todas as políticas como políticas de saúde. A promoção da saúde aponta uma saída na perspectiva de construção de poder político para fazer incorporar, às políticas públicas, estratégias que repercutam sobre os processos cotidianos de produção da saúde, buscando maior correspondência entre a amplitude do conceito de saúde e a amplitude dos determinantes a serem considerados. Mas, na medida em que a saúde passa a relacionar-se com todas as atividades humanas, há pouca ênfase na explicitação das responsabilidades e atividades especificamente desenvolvidas pelo setor saúde.

A concepção de promoção da saúde e a definição de seus campos de ação oferecem um referencial consistente e concreto para a construção de uma nova perspectiva no campo da saúde na escola. Suas principais limitações talvez estejam associadas à permanência dessa visão totalizante que, nesse sentido, mantém viva a sua herança positivista. Quando assumida em toda a sua extensão e traduzida em referenciais pragmáticos para a ação, tende a estabelecer um caráter hegemônico da saúde na transformação da vida social, subordinando perspectivas geradas em outros campos do conhecimento e setores. Pode criar-se, mais uma vez, a ilusão de tudo corrigir...

Um dos caminhos para fazer florescer uma nova identidade para o campo da saúde na escola é buscar maior alinhamento com as correntes do movimento de promoção da saúde que valorizam o seu caráter contra hegemônico e instituinte. Uma identidade que certamente será também incompleta, contraditória e carregada de passado. Além de comportar a expressão de campos políticos divergentes, refletindo uma luta pela apropriação do discurso e por sua qualificação, a promoção da saúde envolve possíveis caminhos a serem construídos e a disponibilidade para desvelar, inclusive no próprio discurso, as marcas da colonização assim como o desejo de participar da construção de um conhecimento emancipação.

A instituição escolar vive uma crise em meio à qual é considerada, ao mesmo tempo, responsável por muitos males da vida social e panacéia para a superação de desafios de todas as ordens. A tendência à universalização do acesso à educação fundamental amplia as dimensões dessa questão na medida em que a escola continua sendo um espaço institucional quase exclusivo no acolhimento de crianças e adolescentes. Gera-se uma situação na qual a oportunidade para a valorização da organicidade das políticas públicas e dos programas sociais é facilmente reduzida a expectativas de transformação da escola em cenário de concretização de objetivos e práticas de outros setores, entre eles a saúde.

A promoção da saúde na escola oferece uma perspectiva exemplar para a análise dessa situação. Permite vislumbrar oportunidades para o estabelecimento de frentes solidárias e parcerias estratégicas para potencializar o impacto dos projetos políticos setoriais na qualidade de vida, ao mesmo tempo em que serve de nicho para a reorganização do discurso da atenção mínima. Os componentes essenciais da concepção representada na Escola Promotora de Saúde e expressa no documento analisado ainda envolvem, principalmente, práticas compensatórias da inexistência de serviços de saúde, da iniquidade e da falta de acesso à cidadania.

Espera-se que a escola, mais do que assumir a dimensão saúde inerente ao cenário, incorpore a especificidade da atenção à saúde, até mesmo na sua autodenominação. Isso tem reflexos, inclusive, na naturalidade com que a realização da assistência à saúde na escola é afirmada como caminho para o reconhecimento social e a valorização da escola e dos profissionais que nela atuam.

Uma importante qualidade da proposição denominada Escola Promotora de Saúde foi essencial para a realização do estudo aqui documentado. Trata-se de sua integralidade e sistematização. A formulação tem o grande mérito de permitir a crítica e, por meio da práxis, a sua superação, na medida em que oferece oportunidade para o exercício de desvelar seus sentidos subjacentes. Mas ela, em si mesma, não é necessariamente transformadora. Tende, ao contrário, a alinhar-se com as correntes reguladoras dentro do campo da promoção da saúde. O instituído, na tradição da saúde escolar, exerce grande pressão nesse sentido.

Permanecem, explícitas ou implícitas no discurso em defesa promoção da saúde na escola, algumas das características originais do projeto político de saúde escolar: os objetivos higienistas ganham caráter de bem-estar universal, em uma mescla de princípios mesclados e ações mínimas; não se pressupõe uma porta de entrada para a inclusão da criança no sistema de saúde; a proposição continua valendo-se dos argumentos de baixo custo e boa relação custo-benefício e prevendo ou acenando com a efetividade na educação em produzir comportamentos saudáveis pré-determinados. O conteúdo continua sendo moralizador e medicalizante, ao mesmo tempo em que se busca prescindir do médico - e mesmo de outros profissionais de saúde, para a concretização da atenção, organizada a partir da institucionalização dos sujeitos-alvo das ações de promoção da saúde.

Os resultados desse estudo levam a crer que a Escola Promotora de Saúde, em boa medida, reorganiza o projeto higiênico, abrindo-o para uma participação fundada na busca de eficiência e eficácia. Mas as experiências apoiadas na concepção mais ampla da promoção da saúde, que procuram romper, de fato, com o continuum que se manifesta no campo da saúde escolar, eventualmente apresentado com nova terminologia e roupagem, vêm buscando pistas nos próprios campos de ação da promoção da saúde para romper a hegemonia do antigo sobre o novo.

Uma dessas pistas é a incorporação do conceito de cenário, ambiente onde transcorre a vida e no qual a dimensão saúde se realiza como parte da experiência cotidiana de ser, aprender, viver e conviver. Nesse sentido, as questões da saúde começam a ser contextualizadas na perspectiva da escola e na busca de recursos e sentidos próprios à educação. A segunda pista é visível na proposta de construção de políticas públicas integradas. Para que a escola possa promover a saúde numa perspectiva emancipadora, talvez seja necessário que ela comece por deixar de ser entendida e responsabilizada como única instituição social talhada para acolher, promover a saúde, prevenir agravos e, inclusive, educar crianças e adolescentes. É indispensável reconhecer, no serviço de saúde, um cenário privilegiado para a educação e articular as políticas de saúde na escola às discussões sobre o papel a ser desempenhado pela mídia, pelos demais espaços – públicos e privados - de convivência de crianças e adolescentes. O caráter contra-hegemônico do discurso da promoção da saúde sustenta-se no reconhecimento desse conjunto necessariamente

integrado de campos de ação, que se interpenetram, complementam e produzem mútuas influências.

A escola exerce grande influência na produção social da saúde na medida em que concorre para preparar um senso comum hegemônico. Para valorizar o seu potencial transformador, é possível buscar elementos articuladores entre novos projetos políticos em educação e saúde e, nesse caso, a promoção da saúde na escola pode apresentar-se como oportunidade para o mútuo fortalecimento assim como esteira para uma nova aprendizagem compartilhada.

A defasagem entre o debate teórico e a prática social é um dos entraves mais importantes para viabilizar a redefinição, inclusive, dos problemas a serem enfrentados. Será preciso incluir, na tarefa cotidiana de pensar e fazer a promoção da saúde na escola, o desejo de redesenhar continuamente um projeto contra-hegemônico, alimentado por idéias e práticas que envolvam a predisposição para buscar saídas nos labirintos da regulação, e capaz de confrontar-se com a permanência do caráter colonizador dos projetos originais da educação, da saúde escolar e da saúde pública.

Ao final do percurso dessa análise, não restam dúvidas quanto à fertilidade do campo da saúde, especialmente na perspectiva ampla da promoção da saúde, para a articulação intersetorial em geral e, especificamente, entre os sistemas de saúde e os sistemas de ensino, sustentada em suas interfaces, na multideterminação da saúde e na relevância da experiência escolar. Apenas que os objetivos, sentidos e desafios específicos não são técnica ou socialmente permutáveis entre os setores e trabalhadores de cada uma das áreas em questão. É precisamente a valorização de suas especificidades que faz das instituições de educação e de saúde parceiras privilegiadas.

Conclui-se que a promoção da saúde na escola pode constituir-se em caminho para a construção de um conhecimento-emancipação, sob determinadas condições:

- ✓ Quando uma política para a promoção da saúde na escola tem caráter mais estratégico do que normativo, caracterizando-se como política pública na qual os projetos técnicos setoriais constituem elementos relevantes mas não exclusivos. A sua coerência interna e a sua lógica precisam sustentar-se

menos na inflexibilidade das normas e mais na exigência de conexão entre as normas e o compromisso, socialmente construído, com a transformação social. No Brasil, dadas a descentralização política e administrativa e a legislação que estabelece a autonomia dos sistemas de ensino e das escolas na definição curricular, o papel estratégico de uma política nacional de promoção da saúde na escola permitiria ampliar as competências da escola, superando a interpretação da descentralização como descompromisso, silenciamento ou idealização do nível local. Uma política dessa natureza pode favorecer a sustentabilidade e a articulação de projetos múltiplos na medida em que cumpra a função de fomentar e subsidiar a construção de estratégias significativas em cada território.

- ✓ Ao apresentar-se como uma estratégia (entre outras) para qualificar a escola na recomposição de sua identidade política e pedagógica, visando tornar mais saudáveis e solidárias as experiências de conviver e aprender cidadania. De forma complementar, é necessário que a promoção da saúde na escola seja compreendida como estratégia para a afirmação do direito de todos, inclusive crianças e adolescentes, à saúde e à atenção em saúde. No caso brasileiro, ela precisa ser fonte de uma nova aliança na luta política pela implantação do SUS. O estabelecimento de parcerias horizontais, nas quais os parceiros sejam reconhecidos como competentes, requer o empenho em superar, por um lado, a antiga visão da escola e da comunidade escolar como objetos e do professor como instrumento de prestação da atenção primária em saúde e, por outro lado, a igualmente antiga assunção de inviabilidade, de parte do setor saúde, no acolhimento dessa população. A afirmação de competências pode liberar ambos os setores de sobrecargas que lhes vêm sendo impostas pela perspectiva medicalizante da atenção à população escolarizada.
- ✓ Ao buscar sustentabilidade a partir de outros caminhos que não sejam estritamente as políticas governamentais, que em nossa cultura política ficam vinculadas aos projetos político-partidários e tendem a ser descontinuadas nas mudanças de gestão. Nesse sentido, fortalecer o campo da saúde na escola passa pela construção de políticas públicas fundadas em

alianças entre trabalhadores da saúde e da educação, gestores, atores plurais da sociedade civil organizada e da academia. Passa pela construção de ampla visibilidade junto à população, que permita sua legitimação e controle. Mais do que isso, a busca de interação e articulação com instâncias políticas comprometidas com as lutas por melhoria da qualidade de vida, justiça social, equidade e sustentabilidade ambiental, podem gerar alianças indispensáveis para alimentar os projetos de promoção da saúde no cenário de uma escola que se fortalece e ganha sentido por meio de sua conexão com a realidade.

- ✓ Ao incorporar, à sua formulação, a definição de objetivos e estratégias de caráter processual e compartilhado. Isso implica reajustar radicalmente as expectativas e negociar novos critérios de avaliação. Não apenas com base na crítica ao caráter regulador dos projetos políticos de adequação e/ou reforma de costumes e pessoas, mas, igualmente, com base no exercício cotidiano de produzir novas formas de convivência de sujeitos em situação. Trata-se de avançar para além: a) da perspectiva de difusão dos preceitos da Escola Promotora de Saúde e da Promoção da Saúde; b) da proposta de adesão a comportamentos pré-definidos como saudáveis; c) das metas estabelecidas dentro do setor saúde; d) das dicotomias historicamente reforçadas nos campos da educação e da saúde, buscando caminhos menos pautados pela escolha entre o individual e o coletivo e mais pela busca da construção cotidiana da solidariedade. Nesse caminhar, as experiências, estudos e propostas sobre a educação em saúde encontrados na literatura brasileira trazem uma riqueza a ser valorizada. A consolidação de estratégias de comunicação de âmbito nacional, que permitam sua difusão e debate, constitui parte do direito à educação continuada dos professores das redes de ensino.
- ✓ Ao estabelecer conexões entre as teorias e as práticas. O estabelecimento de mecanismos sustentáveis para a realização de pesquisas e sua divulgação, gerando maior articulação entre as instâncias de pesquisas teóricas e acadêmicas e os cenários de concretização da prática pedagógica, revela-se

como uma necessidade urgente, sob pena de se reforçar o distanciamento entre os universos de pensar e realizar a saúde na escola.

- ✓ Ao admitir que o conceito de saúde está também em transição, e que a promoção da saúde na escola ganha sentido emancipador na medida em que contribui nessa transformação. Ao admitir, portanto, que a promoção da saúde na escola constitui-se em oportunidade para a construção de um novo conhecimento compartilhado.
- ✓ Ao considerar que o direito ao futuro está associado, também, ao direito à mudança e, portanto, à indefinição. O conceito de ampla determinação da saúde deixa de ser traduzido em amplas receitas de vida saudável. Reconhecida a necessidade de construção social de uma rebeldia motivada pelo desejo de superação e mudança, faz-se ainda necessário diferenciá-la da pretensão em controlar os resultados da educação e a vida, caso em que a “saudização” pode reduzir-se a uma versão positivada da medicalização. Mesmo quando as atitudes e comportamentos saudáveis forem consensuais no presente, o que raramente acontece, será preciso duvidar sobre os significados que poderão assumir em um – breve – futuro.

9. REFERÊNCIAS

- Akerman M, Mendes R, Bógus CM, Westphal MF, Bichir A, Pedroso ML. Avaliação em promoção da saúde: foco no “município saudável”. **Rev. Saúde Públ.** 2002; 36:638-46.
- Almeida SFC. O papel da escola na educação e prevenção em saúde mental. Estilos da Clínica. **Rev. Instituto de Psicologia da USP** 1998; III:112-9.
- Armelin MG. Prevenção às drogas na escola. **Mundo da Saúde** 1999; 23:48-52.
- Ashton J. The Healthy Cities Project: A challenge for health education. **Health Educ. Q.** 1991; 18:39-48.
- Ayres JR. Vulnerabilidade do Adolescente ao HIV/Aids. In: **Seminário Gravidez na adolescência**. Rio de Janeiro: Associação Saúde da Família; 1998.
- _____. Adolescência e aids: avaliação de uma experiência de educação preventiva entre pares. **Interface – Comunic. Saúde Educ.** 2003; 7: 123-38.
- Baleeiro MC, Siqueira MJ, Cavalcante RC, Sousa V. **Sexualidade do adolescente: fundamentos para uma ação educativa**. Salvador: Fundação Odebrecht; Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Educação e Secretaria de Estado da Saúde de Minas Gerais; 1999.
- Bardin L. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Editora 70; 2000.
- Barnett L, Molyneux M, Zask A, Beurdan E, Dietrich U. Using school management plans to track engagement in a public health intervention. [letter]. **Australian and New Zealand Journal of Public Health** 2002; 26: 389.
- Bartlett EE. The contribution of school health education to community health promotion: what can we reasonably expect? **AJPH** 1981; 71:1384-91.
- Beker M. The tyranny of health promotion. **Public Health Review** 1986; 14:15-25.
- Boarini ML. **Unidades básicas de saúde: uma extensão da escola pública?** São Paulo; 1993. [Tese de doutorado - Instituto de Psicologia da USP].
- Boruchovitch E, Mednick BR. Atribuições de causalidade referentes à saúde e à doença de crianças brasileiras. **Rev. Saúde Públ.** 2000; 34: 484-90.

Brasil. **Constituição da República Federativa do Brasil**. São Paulo:IMESP; 1988.

_____. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Lei nº 9.394/96, 20/12/1996.

Bryant T. Role of knowledge in public health and health promotion policy change. **Health Prom. Int.** 2002; 17:89-99

Bueno SMV. Pesquisa-ação com delegados de ensino sobre sexualidade, DST, AIDS e drogas. **J. Bras. Doenças Sex. Trans.** 1997; 9: 16-28.

Busquets MD e col. **Temas transversais em educação. Bases para uma formação integral**. São Paulo: Ática,1998. (Série Fundamentos 138)

Buss PM, organizador. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública da América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998.

Buss PM. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva** 2000; 5: 163-77.

Cáceres C. Evaluating a school-based intervention for STD/AIDS prevention in Peru. **Journal of Adolescent Health** 1994; 15:582-91.

Campos GWS. Saúde Pública e Saúde Coletiva: campo e núcleo de saberes e práticas. **Ciência e Saúde Coletiva** 2000; 5:219-30.

Cardona OD. La necesidad de se repensar de manera holística los conceptos de vulnerabilidad y riesgo. Una critica y una revisión necesaria para la gestión. In: International Work-Conference on Vulnerability in Disaster. **Theory and Practice** 2001 June 29-30; Holanda. Disponível em <URL:<http://www.desenredando.org/public/articulos/index.html>> [2002 mar 27]

Carvalho AI. Da saúde pública às políticas saudáveis - Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. **Ciência e Saúde Coletiva** 1996; 1:104-121.

_____. Formulação e implementação de políticas públicas saudáveis. In: Buss PM, organizador. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública da América Latina**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. p. 31-7.

Carvalho MMB. **O professor – um profissional, sua saúde e a educação em saúde na escola**. São Paulo, 1995. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

Cassell EJ. The nature of suffering and the goals of medicine. **New England Journal of Medicine** 1976; 306:639-45.

_____. An epidemiological perspective of psychosocial factors in disease etiology. **Am. J. of Medicine** 1974; 11:1040-1043.

Castiel LD. Força e vontade: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção de HIV/AIDS. **Rev. Saúde Públ.** 1996; 30:91-100.

Cavaliere, AMV. Educação integral: uma nova identidade para a escola brasileira? **Educ. Soc.** 2002; 23: 247-70.

CEPAL. **Panorama Social da América Latina 1997: Agenda Social**. Santiago do Chile: CEPAL; 1998.

Chor D, Faerstein E. Um enfoque epidemiológico da promoção da saúde: as idéias de Geoffrey Rose. **Cad. Saúde Pública** 2000;16: 241-4.

Collares CAL, Moysés MMA, organizadores. Fracasso Escolar: Uma Questão Médica? **Cad. CEDES** 1985 15:7-16.

Conselho Nacional de Educação. **Diretrizes Curriculares Nacionais de Educação Básica. Resolução do Conselho de Educação Básica nº 2.**, de 7 de abril de 1996.

Cyrino EG, Pereira MLT. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu. **Cad. Saúde Pública** 1999; 15 (Supl. 2): 39-44.

DiCenso GG, Griffith AW. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. **BMJ** 2002; 324:1426-30.

Duarte LR. Consulta de enfermagem em saúde do escolar: proposta e avaliação de um modelo operacional. **Rev. Paul. Enf.** 1992; 11:85-91.

Dunley G, organizadora. **Sexualidade & educação: um diálogo possível?** Rio de Janeiro: Gryphus, 1999. (Série Educação em diálogo, v 2).

Eakin J, Robertson A, Blake P, Coburn D, Edwards R. Towards a critical social science perspective on health promotion research. **Health Prom. Int.** 1996; 11:157-65.

European Commission. Council of Europe. **The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a new Europe.** 2a edição. Bruxelas-Luxemburgo; 2000. (A Report for the European Commission by the International Union for Health promotion and Education)

European Comission. Council of Europe. Who Regional Office for Europe. **The European Newtwork of Health Promoting Schools.** Copenhagen: WHO; 1993. (Resource manual).

Evans RG, Estoddart G. Producing Health Consuming Health Care. **Soc. Sci. Med.** 1990; 31: 1347-63.

Feliciano KVO, Ayres CMJ. Prevenção da aids entre jovens: significados das práticas e os desafios à técnica. In: **Rev. Bras. Epidemiol** 2002; Supl. Esp.: 297. (Pôster 668).

Ferreira JR. A Promoção da saúde na Nova Política Mundial de Saúde da OMS. In: Buss PM e col. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública da América Latina.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998, p. 18-23.

Ferreira JR, Buss PM. Atenção Primária e Promoção da Saúde. In: Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Promoção da Saúde.** Brasília (DF): MS; 2002, p. 7-14.

Ferriani MGCE, Cano MAT. Assistência de enfermagem ao escolar. **Rev. Paul. Enf.** 1984; 4:138-40.

Fidler DP. The globalization of public health: the first 100 years of international health diplomacy. **Bulletin of the World Health Organization** 2001; 79:842-9.

Freudenberg N. Training health educators for social change. **International Quarterly of Community Health Education** 1984-5; 5:37-52.

Fukatsu Y, Sakurada J. Futoko (“non attendance at school”). In: **XVII World Conference of Health Promotion and Health Education**; 2001 July 15-20. Paris (França): 2001, p.156.

Gamba M e col. Atuação do enfermeiro na educação em saúde à pré-escolares da periferia de São Paulo. **Acta Paul. Enf.** 1990; 3: 11-16.

Gentile M. Promoção da Saúde. **Revista Promoção da Saúde** 1999; 1: 9-11.

Gentili P. Qual educação para qual cidadania. In: Azevedo JC, organizador. **Utopia e democracia na educação cidadã**. Porto Alegre: Ed. da UFRGS; 2000. p.143-156.

Gordon J, Turner KM. School differences in pupil smoking: a consequence of a trade-off between health and education agendas? **Health Educ. Research** 2003; 18: 580-91.

Green LW e col. **Health education planning: a diagnostic approach**. Palo Alto, Ca: Mayfield Publishing Co.; 1980.

Green LW, Johnson JL. Dissemination and Utilization of Health Promotion and Disease Prevention Knowledge: Theory, Research and Experience. **Can. J. of Public Health**. 1996; 87:11-17.(Supplement)

Gutierrez M e col. Perfil descritivo-situacional del sector de la promoción y educación en salud. In: Aroyo HV e Cerqueira MT, editores. **La promoción de la salud y la educación para la salud en América Latina: un análisis sectorial**. Editorial de la Universidad de Puerto Rico; 1997.

Höfling EM. Estado e políticas (públicas) sociais. **Cad. CEDES** 2001; 21 p. 30-41

Iervolino SA. **Escola promotora da saúde: um projeto de qualidade de vida**. São Paulo; 2000. [Monografia - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Illich I. **A expropriação da saúde**. Rio de Janeiro: Nova Fronteira; 1975.

Junqueira LAP. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersetorialidade. **Rev. Saúde Sociedade** 1997; 6:31-46.

Kickbusch I. Promoción de la Salud: Una Perspectiva Mundial / El Autocuidado en la Promoción de la Salud. In: OPS. **Promoción de la Salud: Una Antología**.

Washington (DC): OPS; 1996. p. 15-22 / 235-45. (OPAS - Publicación Científica, 557)

Kickbusch I, O'Byrne D. Promoting health where the people are. **World Health** 1997; 50: 4-5.

Kirby D, Short L, Collins J. School based programmes to reduce sexual risk behaviours: a review of effectiveness. **Public Health Reports** 1994; 109:339-360.

Kreuter MW, Green LW. Evaluation of school health education: identifying purpose, keeping perspective. **J School Health** 1978; 48:228-35.

Labonte R. Social Inequality and Health Public Policy. **Health Promotion** 1986; 1:341-351.

Labonte R. Population health and health promotion: what do they have to say for each other? **Canadian J. Public Health** 1995; 86:165-168.

Lalonde M. **A New Perspective on the Health of Canadians**. Ottawa: Government of Canada; 1974.

Lavin AT, Shapiro GR, Weill KS. Creating an agenda for school-based health promotion: a review of 25 selected reports. **Journal of School Health** 1992; 62: 212-29.

Leavell H, Clark EG. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill; 1976.

Leger LHS. The opportunities and effectiveness of the health promoting primary school in improving child health - a review of the claims and evidence. **Health Education Research - Theory and Practice** 1999; 14:51-69.

Leger LHS, Nutbeam D. Research into Health Promoting Schools. **Journal of School Health** 2000; 70: 257-9.

Lima GZ. **Saúde Escolar e educação**. São Paulo: Cortez; 1985.

Lopes ARC. **Conhecimento escolar: ciência e cotidiano**. Rio de Janeiro: Ed. UERJ; 2000.

Magalhães R. Integração, exclusão e solidariedade no debate contemporâneo sobre as políticas sociais. **Cad. Saúde Pública** 2001; 17:569-79.

Malo Serrano M, Lemos S. Promoção da saúde: um novo paradigma? **Boletim ABRASCO** 2002; XIX (85):10-11.

Marin AJ. Com o olhar nos professores: desafios para o enfrentamento das realidades escolares. **Cad. CEDES** 1998; 19:8-18.

Mascaretti LAS. O ensino de saúde escolar no Centro de Saúde Escola “Prof. Samuel B. Pessoa” da Faculdade de Medicina da U.S.P. – Departamento de Pediatria. **Pediatria** 1997; 19: 238-40.

Meyer DEE, organizadora. **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre: Mediação; 1998. (Cadernos Educação Básica; 4)

Minayo MCS. **O Desafio do Conhecimento. Metodologia de Pesquisa Social (Qualitativa) em Saúde**. Rio de Janeiro;1989. [Tese de Doutorado – Escola Nacional de Saúde Pública da FIOCRUZ]

Minayo MCS e col. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência e Saúde Coletiva** 2000; 5: 7-18.

Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais : primeiro e segundo ciclos**. Brasília (DF):MEC/SEF; 1997.

Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais : terceiro e quarto ciclos**. Brasília (DF):MEC/SEF; 2001. (2ª impressão)

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/Aids. **Sexualidade, prevenção das DST/Aids e uso indevido de drogas. Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes**. Brasília (DF): MS; 1998.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **Saúde na Escola**. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2002.

Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. [on line]. Brasília(DF); 2002. Disponível em <URL: http://www.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promoção.pdf> [2003 jul. 13]

Minkler M. Health education, health promotion and the open society: an historical perspective. **Health Educ. Q.** 1989; 16:17-30.

Miranda VLA, Carniel EF, Caraffa RC, Oliveira SP. Programa Integrado de Educação e Saúde Escola (PIESE). Relato de uma experiência. **Jornal de Pediatria** 1989; 65:259-263.

Mitjáns-Martínez A. La escuela: un espacio de promoción de salud. **Psicología Escolar e Educacional** 1996; 1: 19-24.

Monteiro SS. **A AIDS no contexto escolar: análise de um programa de prevenção.** Rio de Janeiro; 1995. [Tese de Mestrado - Instituto de Medicina Social da UERJ].

Moraes MLS e Souza BP (organizadoras). **Saúde e educação: muito prazer!: novos rumos no atendimento a queixa escolar.** São Paulo: Casa do psicólogo; 2000.

Moreira BHW, Oliveira SP. Programa de Integração docente-assistencial II, análise dos resultados de 1985 e 1986. **RBO** 1988; XLV:24-32.

Nutbean D. The health promoting school: closing the gap between theory and practice. **Health Prom. Int.** 1992; 7:151-3.

Ole Nielsen N. Ecosystem approaches to human health. **Cad. Saúde Pública.** 2001; 17 (suppl.): 69-75.

Oliveira ML. Concepções, dificuldades e desafios nas ações educativas em saúde para escolares no Brasil. **Divulg. Saúde Debate** 1997; 18: 43-50.

Oliveira MLCL. **Educação em Saúde na escola pública: limites e possibilidades – uma reflexão histórica sobre a formação do educador.** Rio de Janeiro; 1991. [Dissertação de Mestrado - Instituto de Estudos Avançados da FGV]

OPAS. Reunión y Asamblea Constitutiva - Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud. **Memoria Primera Reunión y Asamblea Constitutiva - Red Latinoamericana de Escuelas Promotoras de Salud.** San José: Organización Panamericana de la Salud, 11-13 nov. 1996.

_____. **Escuelas promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras.** Washington (DC): OPAS; 1998. (Comunicación para la Salud, 13).

OPAS/OMS. **Escuelas Promotoras de Salud: modelo y guía para la acción.** Washington (DC): OPS; 1996. (HSP/SILOS, 36)

Patto MHS. A produção do fracasso escolar. São Paulo: T. A. Queiroz; 1991.

Pedrosa JIS. Planejamento e monitoramento das ações de educação em saúde através dos indicadores de promoção da saúde: uma proposta. **Rev. bras. saúde matern. infant.** 2001; 1: 155-65.

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]

Pilon AF. Qualidade de vida e formas de relacionamento homem-mundo. **Revista bras. saúde esc.** 1992; 2:117-125.

_____. Educação Ambiental, uma nova forma de estar no mundo. **Jornal da USP,** São Paulo, 1995 25/9 a 1/10/1995, p 2.

_____. Os dilemas da saúde. **Jornal da USP,** São Paulo, 17 a 23/7; 2000, p. 2.

Pinheiro MC. **Equidade em saúde e as Conferências Nacionais de Saúde Pós Constituição Federal de 1998.** São Paulo, 2003. [Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

[PMSP] Prefeitura Municipal de São Paulo. Programa Intersecretarial de Educação e Saúde. **Escolas Saudáveis.** São Paulo: PMSP; 2000. (mimeogr.)

Pinheiro MC. **Equidade em Saúde e as Conferências Nacionais de Saúde Pós Constituição Federal de 1988.** São Paulo, 2003.[Dissertação de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

PROMOTING Health locally, nationally and globally. **World Health** 1998; 1:22-23.

Rezola JG, Santolaya J, Orduna J, Dehesa F. School health services and community nutrition: a historical perspective. **Public Health Nutrition** 2001; 4:1337-8.

Rigotto R.M. Produção e Consumo, Saúde e Ambiente: em busca de pontes e caminhos. In: Minayo MCS; Miranda AC., organizadores. **Saúde e Ambiente Sustentável: estreitando nós**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 2002, p.233-60.

Robertson A. Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health. **Health Promotion International** 1998;13:155-166.

Robertson A, Minkler M. New health promotion movement: a critical examination. **Health Education Quarterly** 1994; 21:295-312.

Rocha AA e col. Educação e Saúde. Construindo coletivamente a cidadania em Tobias Barreto. **Revista Promoção da Saúde** 2000; 1: 32-7.

Rocha DG. **O movimento da promoção da saúde na década de 1990: um estudo do seu desenvolvimento e difusão na saúde pública brasileira**. São Paulo: 2001 [Tese de doutorado – Faculdade de Saúde Pública da USP].

Rocha DG, Marcelo VC, Pereira IMTB. Escola promotora da saúde: uma construção interdisciplinar e intersetorial. **Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.** 2002; 12: 57-63.

Rowe FN. Health Promoting Schools and school connectedness: a case study evaluation. In: **XVII World Conference of Health Promotion and Health Education**; 2001 July 15-20. Paris (França): 2001, p.162.

Sancho-Martínez F. La medicina escolar en el mundo. **Rev. Española de Medicina e Higiene Escolar** 1981; 35:139-54.

Santos BS. **Introdução a uma ciência pós-moderna**. 4ª ed. Rio de Janeiro: Graal; 1995.

_____. **A crítica da razão indolente: contra o desperdício da experiência**. 3ª ed. São Paulo: Cortez; 2001.

Santos JVK. **Saúde e Educação Ambiental em Vargem Grande Paulista**. 2001. [Monografia de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Sapag-M R, Yevenes-B Y. Salud escolar. Un diagnostico de situación. **Enfoques en atención primaria** 1990; 5: 11-5.

Schofield MJ, Lynagh M, Mishra G. Evaluation of a Health Promoting Schools program to reduce smoking in Australian secondary schools. **Health Education Research** 2003; 18:678-92.

Schramm FR e Schramm JMA. Vigilância e qualidade em saúde: uma questão de bioética em epidemiologia. **Saúde em debate** 1995; 47:50-56.

Silva ALT. **A saúde bucal coletiva sob a ótica de professores da rede estadual de ensino de São Paulo**. São Paulo; 2002. [Monografia de Mestrado- Faculdade de Saúde Pública da USP].

Silva CS, Rocha CA, Soares MC. Nessa escola eu fico: uma experiência de promoção de saúde. **Promoção da Saúde** 1999; 1:41-43.

Silva JO. Educação e Saúde: Palavras e Atos. Porto Alegre: Dacasa Editora; 2001. (Série Pesquisa em Saúde, 14)

Silva TRN, Arelaro LRG. Orientações legais na área de currículo nas esferas federal e estadual a partir da lei 5.692/71. **Cad. CEDES** 1987; p. 13-21.

Silveira GT. **O ensino em saúde no sistema estadual de ensino: do discurso legal à prática**. São Paulo; 1994. [Monografia de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

_____. **Escola promotora de saúde: quem sabe faz a hora!** São Paulo; 2000. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].

Stephanou M. Currículo escolar e educação da saúde: um pouco de história do presente. In: Meyer DEE, organizadora. **Saúde e sexualidade na escola**. Porto Alegre: Mediação; 1998, p.19-35. (Cadernos Educação Básica; 4)

Souza C. “Estado do campo” da pesquisa em políticas públicas no Brasil. **Rev. Bras. Ci. Soc.** 2003; 18: p. 15-20.

Sousa ICF, Rozemberg B, Boruchovitch, Schall. A missing agenda in Brazilian schools: The debate on popular health practices. **Ciência e Cultura J. Braz. Ass. Adv. Sci** 1998; 50:328-36.

Sucupira ACSL. **Fracasso escolar e condições de vida em crianças de 7 a 10 anos de idade, Sobral, Ceará.** São Paulo; 2003. [Tese de Doutorado – Faculdade de Medicina da USP]

Sucupira ACSL. e col. Programa de ensino de saúde da criança em idade escolar na residência de pediatria do Instituto da Criança. **Rev. Pediat.** 1980; 2:3-12.

Temporini ER. Prevenção problemas visuais de escolares: conduta de professores do Sistema de Ensino do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev. bras. saúde esc.** 1990; 1:68-75.

Terris M. Concepts of Health Promotion: Dualities in Public Health Theory. **J. Public Health Pol.** 1992; 13:267-76.

The partnership for child development. Better health, nutrition and education for the school-aged child. **R. Soc. Trop. Med. Hyg.** 1997; 97:1-2.

_____. Implications for school-based health programmes of age and gender patterns in the Tanzanian primary school. **Tropical Medicine and International Health** 1998; 3:850-3.

Tones K. The health promoting school: some reflections on evaluation. **Health Promot. Int.** 1996; 11:I-vii.

Torsheim T, Wold B, Samdal O. Transforming pupils' priorities into planned interventions in schools: the interactive effects of pupil-teacher communication and collective efficacy. In: **XVII World Conference of Health Promotion and Health Education**; 2001 July 15-20. Paris (França): 2001, p.165.

Tupynambá LCTA e Borrasca R. Treinamento do agente de saúde em escola estadual de primeiro grau no Município de Embu – São Paulo. **Acta Paul.Enf.** 1990, 3(2) : 55-8.

UNESCO. **The Dakar Framework for Action.** Dakar (Senegal): 2000. (World Education Forum).

Ungerer R. In: Buss PM e col. **Promoção da Saúde e a Saúde Pública. Contribuição para o debate entre as escolas de Saúde Pública da América Latina.** Rio de Janeiro: FIOCRUZ; 1998. p. 88-100.

Valadão MM. A saúde nas políticas públicas: juventude em pauta! In: Freitas MV, Papa FC. organizadores. **Políticas públicas: juventude em pauta**. São Paulo: Cortez; 2003. p.203-18.

Valadão MM, Bydlowski CR, Pereira IMTB, Westphal MF. Promoção da Saúde na Escola: Repercussões nas Secretarias Estaduais de Educação do Brasil. In: **Escolas Promotoras de Saúde: experiências do Brasil**.(no prelo)

Valla VV. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública** 1999; 15 (Suppl 2): 7-14.

Valla VV, Hollanda E. Fracasso escolar, saúde e cidadania. In: Costa NR, Ramos CL, Minayo MCS, Stotz EN. **Demandas populares, políticas públicas e saúde. V II** Petrópolis: Vozes / ABRASCO; 1989. p. 103-43.

Valla VV, Stotz EN, organizadores. **Participação Popular, Educação e Saúde: Teoria e Prática**. 2ª edição. Rio de Janeiro: Relume-Dumará; 1997.

Vaz N. O Ensino e a Saúde: um olhar biológico. **Cad. Saúde Pública** 1999; 15 (Suppl. 2): 169-76.

Veiga IPA. Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? **Cad. CEDES** 2003; 23:267-281.

Vianna RA. **A educação em saúde na Secretaria da Educação o Estado de São Paulo, 1966-1986**. São Paulo; 1988. [Monografia de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP]

Vynckt SV. **Hygie** 1992/3; 11: 45-9.

Wilkinson RG. Income distribution and life expectancy. **BMJ** 1992; 304:165-168.

WHO - World Health Organization. **Comprehensive School Health Education. Suggested Guidelines for Action**. Genebra: WHO/UNESCO/UNICEF; 1991.

_____. **Comprehensive School Health Education**. 1992

_____. **Promoting health through schools. The World Health Organization's Global School Health Initiative**. Genebra: WHO; 1996a.

_____. **Improving School Health Programmes: barriers and strategies**. Genebra: WHO/HPR/HEP; 1996b.

_____. **Strategies to overcome barriers and to improve school health programmes: a background paper for the WHO Expert Committee on School Health Education and Promotion.** Geneva: WHO; 1996c.

WHO. **The Status of School Health.** Geneva: WHO/HPR/HEP; 1996d.

_____. **Strengthening interventions to reduce helminthes infections: as an entry point for the development of health-promoting schools.** Geneva: WHO; 1997. (WHO Information Series on School Health)

_____. **Programme on Mental Health. Life Skills Education in Schools.** Geneva:WHO; 1997b.

_____. **Healthy nutrition: an essential element of a health-promoting school.** Geneva: WHO; 1998. (WHO Information Series on School Health).

_____. **Tobacco use prevention: an important entry point for the development of health-promoting schools.** Geneva: WHO; 1999a. (WHO Information Series on School Health).

_____. **Violence prevention: an important element of a health-promoting school.** Geneva: WHO; 1999b. (WHO Information Series on School Health).

_____. **Preventing HIV/AIDS/STI and related discrimination: an important responsibility of health-promoting schools.** Geneva: WHO; 1999c. (WHO Information Series on School Health, document 6).

_____. **Local Action. Creating health promoting schools.** Atlanta: WHO/NMH/HPS; 2000.

WHO/UNESCO/UNICEF/WORD BANK. **Focusing Resources on Effective School Health: a FRESH Start to Enhancing the Quality and Equity of Education.** Dakar: WHO/UNICEF/UNESCO/ Word Bank; 2000.

Wight D e col. Limits of teacher delivered sex education: interim behavioral outcomes from randomized trial. **BMJ** 2002; 324:1430-3.

Wilkinson RG. The epidemiological transition: form material scarcity to social disadvantage. **Daedalus** 1994; 123: 61-77.

10. BIBLIOGRAFIA COMPLEMENTAR

Almeida C. Saúde e equidade nas reformas contemporâneas. **Saúde em debate** 2000; 54:6-21.

Apple M. A política do conhecimento oficial: faz sentido a idéia de um currículo nacional? In: Moreira AFB, Silva TT, organizadores. **Currículo, cultura e sociedade**. São Paulo: Cortez; 2000, p.59-91.

Ayres JRCM. Epidemiologia e Promoção da Saúde: o paradoxo do risco. **Rev. Bras. de Epid.** 2002. Suplemento Especial. V Congresso Brasileiro de Epidemiologia. Livro de Resumos, p. 21.

_____. Vulnerabilidade e aids: para uma resposta social à epidemia. **Boletim epidemiológico – C.R.T. – DST/AIDS – C.V.E.** – Ano XV – n 3. Dezembro, 1997. São Paulo, p. 2-4.

Bittencourt EA. **Educação e saúde no ensino básico: uma proposta holística na formação do professor**. Salvador; 1992. [Monografia de Mestrado - Faculdade de Educação da Universidade Federal da Bahia].

Boruchovitch E, Felix-Sousa IC, Schall VT. Conceito de doença e preservação da saúde de população de professores e escolares de Primeiro Grau. **Rev. Saúde públ.** 1991; 25:418-25.

Breslow L. From disease prevention to health promotion. **Jama** 1999; 281:1030-3.

Candeias NMF. Conceitos de educação e de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública** 1997; 31:209-13.

Canesqui AM, organizadora. Educação e Saúde. São Paulo: Cortez/CEDES, 1984.

Castiel R. As dinâmicas do processo de marginalização: da vulnerabilidade à desfiliação. **Cadernos CRH** 1997; n 26/27:19-40.

Chor D. Saúde Pública e mudanças de comportamento: uma questão contemporânea. **Cad. Saúde Pública** 1999; 15:423-5.

CNPd - Comissão Nacional de População e Desenvolvimento. **Jovens acontecendo na trilha das políticas públicas**. 2v. Brasília: CNPD; 1998.

Conceição JAN, coordenador. **Saúde Escolar. A criança, a vida e a escola.** São Paulo: Sarvier; 1994.

Cooper CLF. **Concepções de saúde no ensino fundamental brasileiro: análise crítica dos Pcn.** Rio de Janeiro; 2002. [Monografia de Mestrado – Instituto de Medicina Social da UERJ]

Déjourns C. Por um novo conceito de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional** 1986; 14:7-11.

DHEW/PHS. Health of People: the surgeon general's report on health promotion and disease prevention. Washington: DC, 1979.

Focesi E. Saúde Escolar: promoção e educação em saúde. In: **Insight psicoterapy** 1996; p.24-6.

Freire P. **Educação e mudança.** 5ª ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1982.

_____. **Pedagogia do oprimido.** 32ª. ed. Rio de Janeiro : Paz e Terra, 2002.

Freudenberg N e col. Strengthening individual and community capacity to prevent disease and promote health: In search of relevant theories and principles **Health Educ. Q.** 1995; 22:290-306.

Gadotti M. e col. **Perspectivas atuais da Educação.** Porto Alegre: Artmed; 2000.

Gonçalves FS. Interdisciplinaridade e construção coletiva do conhecimento: concepção pedagógica desafiadora. **Educação e Sociedade** 1994; 49: 468-84.

Guimarães MA. **As Conferências Internacionais da Promoção da Saúde e Contribuições para a Formação em Saúde Pública no Brasil: A Faculdade de Saúde Pública Como Locus de Estudo.** [Monografia de Mestrado – Faculdade de Saúde Pública da USP]

Hancock T. Lalonde and beyond: looking back at a New Perspective on the Health of Canadians. **Health Promotion** 1986; 1:93-100.

Kolbe L. What can we expect from school health education? **The Journal of School Health** 1982; s/n:145-50.

Labonte R, Robertson A. Delivering the goods, showing our stuff: the case for a constructivist paradigm for health promotion research. **Health Education Quarterly** 1986; 23:431-447.

Labonte R. Social inequality and health public policy. **Health Promotion** 1986; 1:341-351.

Lerer L, Lopes AD, Kjellstrom T, Yacht D. Health for all: analyzing health status and determinants. **World Health Stat. Q.** 1998; 51:7-20.

Loureiro CFB. A problemática de saúde da criança no Brasil: desafios para uma prática educativa. **Rev. bras. saúde esc** 1996; 4:17-20.

Maclean H, Eakin J. Health promotion research methods: expanding the repertoire. **Can. J. P. H.** 1992; 83:4-5.

McQuenn D. **Strengthening the evidence base for health promotion: a report on evidence for the fifth global conference on health promotion.** México: WHO; 2000.

Ministério da Saúde. Secretaria Nacional de Assistência à Saúde. **ABC do SUS: doutrinas e princípios.** Brasília : Imprensa Oficial, 1990.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Área de saúde do adolescente e do jovem. **Saúde e desenvolvimento da juventude brasileira: construindo uma agenda nacional.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 1999.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. A promoção da saúde no contexto escolar. **Rev. Saúde Públ.** 2002; vol 36 n 4: 533-5.

_____. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e Aids. **Sexualidade, prevenção das DST/Aids e uso indevido de drogas. Diretrizes para o trabalho com crianças e adolescentes.** Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2000.

OMS. **Ação Intersetorial para a saúde: um pilar para a saúde para todos no século XXI.** Genebra: OMS; 1997.

OPAS. **Promoción y educación de la salud escolar: una perspectiva integral; marco conceptual y operativo, taller de capacitación con metodología de**

diagnostico y análisis rápido. Washington: Organización Panamericana de la Salud; 1995.

Pacheco JA. Políticas curriculares descentralizadas: autonomia ou recentralização? **Educação e Sociedade** 2000; 73:139-161.

Pelicioni MCF, Torres AL. **A Escola Promotora de saúde.** Série Monográfica do Departamento de Prática de Saúde Pública , Eixo Promoção da Saúde, 12. São Paulo, USP/FSP/HSP, 1998.

Pereira IMTB e col. Promoção da Saúde e Educação em Saúde: uma parceria saudável. **O Mundo da Saúde** 2000; 24:39-44.

Pereira MCI, e col. A interdisciplinaridade no fazer pedagógico. **Educação e Sociedade** 1991; 39:286-296.

Pinheiro SA, Moreira MIBG, Freitas MA. Ensino médico e promoção à saúde em creche comunitária. **Rev. Assoc. Med. Bras.** 2001; 47:320-324.

Rossi VLS. Desafio à escola pública: tomar em suas mãos seu próprio destino. **Cad. CEDES** 2001; 21: 92-107.

Secretaria de Estado da Educação de Minas Gerais/ Fundação ODEBRECHT. **Afetividade e sexualidade na educação - um novo olhar. Projeto de Educação afetivo-sexual em escolas da rede pública estadual de Belo Horizonte.** Belo Horizonte: Secretaria de Estado da Educação/ Fundação ODEBRECHT; 1998.

Secretaria Estadual de Educação de São Paulo. **Cultura e saúde na escola.** São Paulo: FDE, 1994. (Idéias, 23)

Serrão M. **Aprendendo a ser e a conviver.** São Paulo: Fundação Odebrecht/ FTD; 1999.

Shahi G e col. **International perspectives in environment, development and health: toward a sustainable world.** New York: Springer Publishing Company; 1997.

Short R. Teaching safe sex in school. **International Journal of Gynecology & Obstetrics** 1998; 63 (Suppl 1):S147-50.

Sousa ICF. Reviewing research trends in health education and health promotion for children: The need to address issues related to social class, cultural background, policies and research methods. **Ciência e Cultura J. Braz. Ass. Adv. Sci.** 2000; 52:154-60.

Stewart DE, Parker E, Gillespie A. **An analysis of policy, planning and support documents related to health promoting school.** Sydney: Australian Health Promotion Schools Association; 1997.

Torres JF, Rodrigues MS, Cádiz LC, González RG. Bosquejo de la higiene escolar en Cuba. Sección Informativa. Ministerio de Salud Publica. Área de Higiene y Epidemiologia. **Rev. Cubana Hig. Epidemiol** 1998; 26:123-128.

Uemura AN, Carvalho LM. Os alunos de 6ª e 8ª séries do 1º grau frente aos conceitos básicos sobre parasitoses e suas implicações para a saúde . **Ciência e Cultura J Braz Ass Adv Sci** 1989; 41:702-8.

Vaccari VL. **Saúde Sexual, escolas promotoras de saúde e relações de gênero: representações de adolescentes sobre masculinidades e feminilidades.** São Paulo; 2002. [Monografia de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo]

Valadão MM. School Health in Brazil: National Strategies. In: WHO. **Improving Health Through Schools - National and International Strategies.** WHO Information Series on School Health. Genebra: WHO/NMH/HPS, 1999, p.62-6.

_____. Critérios para o credenciamento de Instituições de Educação Infantil. In: Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria de Educação Fundamental. Coordenação Geral de Educação Infantil. **Subsídios para elaboração de orientações nacionais para educação infantil. Vol II.** Brasília: MEC/SEF/DPE/COEDI; 1998, p. 77-86.

Valla VV, Stotz EN, organizadores. **Educação, Saúde e Cidadania.** Petrópolis: Editora Vozes; 1995.

Valla VV, organizador. **Saúde e Educação.** Rio de Janeiro: DP&A; 2000.

Veiga IPA. Inovações e projeto político-pedagógico: uma relação regulatória ou emancipatória? **Cad. CEDES** 2003; 23:267-81.

Wallerstein N Bernstein E. Empowerment Education: Freire's ideas adapted to health education. **Health Educ. Q.** 1998; 15:174-94.

Wallerstein N, Sanchez-Merki V. Freirian praxis in health education: research results from an adolescent prevention program. **Health Education Research** 1994; 9:105-118.

Westphal MF. **A promoção da saúde no Brasil.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1998a.

_____. **Recursos educativos e métodos de avaliação em promoção de saúde.** São Paulo: Faculdade de Saúde Pública/USP; 1998b.

WHO. **Life skills education for children and adolescents in schools: introduction and guidelines to facilitate the development and implementation of life skills programmes: parts 1 and 2.** Genebra: WHO; 1993.

_____. **"Child-friendly schools" initiative.** Genebra : WHO; 1997.

Winblad UE, Dudley E. **Primary school physical environment and health.** Genebra: WHO; 1997. (WHO Information Series on School Health)

ANEXO¹⁹

¹⁹ As páginas 5 a 8 do documento foram transcritas preservando-se, sempre que possível, a formatação original do texto. A numeração dos parágrafos foi introduzida para fins de ordenação da análise de conteúdo.

Focusing Resources on Effective School Health: a **FRESH** Start to Enhancing the Quality and Equity of Education.

"Education for All" means ensuring that all children have access to basic education of good quality. This implies creating an environment in schools and in basic education programmes in which children are both able and enabled to learn. Such an environment must be inclusive of children, effective with children, friendly and welcoming to children, healthy and protective for children and gender sensitive. The development of such child-friendly learning environments is an essential part of the overall efforts by countries around the world to increase access to, and improve the quality of their schools.

1

Poor health and malnutrition are important underlying factors for low school enrollment, absenteeism, poor classroom performance, and early school dropout, as reflected in the World Declaration on Education for All. Programmes to achieve good health, hygiene and nutrition at school age are therefore essential to the promotion of basic education for all children.

2

Good health and nutrition are not only essential inputs but also important outcomes of basic education of good quality. First, children must be healthy and well nourished in order to fully participate in education and gain its maximum benefits. Early childhood care programmes and primary schools which improve children's health and nutrition can enhance the learning and educational outcomes of school children. Second, education of good quality can lead to better health and nutrition outcomes for children, especially girls, and thus for the next generation of children as well. In addition, a healthy, safe and secure school environment can help protect children from health hazards, abuse and exclusion.

3

Background

Ensuring that children are healthy and able to learn is an essential component of an effective education system. This is especially relevant to efforts to achieve education for all in the most deprived areas. Increased enrollment and reduced absenteeism and dropout bring more of the poorest and most disadvantaged children to school, many of whom are girls. It is these children who are often the least healthy and most malnourished, who have the most to gain educationally from improved health. Effective school health programmes that are developed as part of community partnerships provide one of the most cost-effective ways to reach adolescents and the broader community and are a sustainable means of promoting healthy practices.

4

Improving the health and learning of school children through school-based health and nutrition programmes is not a new concept. Many countries have school health programmes, and many agencies and non-government organizations (NGO's) have decades of experience. These common experiences suggest an opportunity for concerted action by a partnership of agencies and NGO's to broaden the scope of school health programmes and make them more effective. Effective school health programmes will contribute to the development of child-friendly schools and thus to the promotion of education for all.

5

This interagency initiative has identified a core group of activities, each already recommended by the participating agencies, that captures the best practices from programme experiences. Focusing initially on these activities will allow concerted action by the participating agencies, and will ensure consistent advice to country programmes and projects. Because of the focused and collaborative nature of this approach, it will increase the number of countries able to implement school health components of child-friendly school reforms, and help ensure that these programmes go to scale. The focused actions are seen as a starting point to which other interventions may be added as appropriate.

6

The actions also contribute to existing agency initiatives. They are an essential component of the "health promoting schools" initiative of WHO and of global efforts by UNICEF, UNESCO and the World Bank to make schools effective as well as healthy, hygienic and safe. Overall, the inter-agency action is perceived as Focusing Resources on Effective School Health and giving a FRESH Start to improving the quality and equity of education.

7

Focusing Resources on the School-Age Child

A child's ability to attain her or his full potential is directly related to the synergistic effect of good health, good nutrition and appropriate education. Good health and good education are not only ends in themselves, but also means which provide individuals with the chance to lead productive and satisfying lives.

School health is an investment in a country's future and in the capacity of its people to thrive economically and as a society.

8

An effective school health, hygiene and nutrition programme offers many benefits:

*** Responds to a new need**

The success of child survival programmes and the greater efforts by many governments and communities to expand basic education coverage have resulted both in a greater number of school-age children and in a greater proportion of these children attending school.

In many countries, targeted education programmes have ensured that many of these new entrants are girls for whom good health is especially important. Thus, the school is now a key setting where the health and education sectors can jointly take action to improve and sustain the health, nutrition and education of children previously beyond reach.

9

*** Increases the efficacy of other investments in child development**

School health programmes are the essential sequel and complement to early childhood care and development programmes. Increasing numbers of countries have programmes that ensure that a child enters a school fit, well and ready to learn. But the school-age child continues to be at risk of ill health throughout the years of schooling. Good health at school age is essential if children are to sustain the advantages of a healthy early childhood and take full advantage of what may be their only opportunity for formal learning. Furthermore, school health programmes can help ensure that the children who enter school without benefit of early development programmes receive the attention they may need to take full advantage of their educational opportunity.

10

***Ensures better educational outcomes**

Although school children have a lower mortality rate than infants, they do suffer from highly prevalent conditions that can adversely affect their development. Micronutrient deficiencies, common parasitic infections, poor vision and hearing, and disability can have a detrimental effect on school enrolment and attendance, and on cognition and educational achievement. In older children, avoidance of risky behaviors can reduce dropping out due, for example, to early pregnancy. Ensuring good health at school-age can boost school enrolment and attendance, reduce the need for repetition and increase educational attainment, while good health practices can promote reproductive health and help limit the spread of HIV/AIDS.

11

*** Achieves greater social equity**

As a result of universal basic education strategies, some of the most disadvantaged children — girls, the rural poor, children with disabilities — are for the first time having access to school. But their ability to attend school and to learn whilst there is compromised by poor health. These are the children who will benefit most from health interventions, since they are likely to show the greatest improvements in attendance and learning achievement. School health programmes can thus help modify the effects of socio-economic and gender-related inequities.

12

*** Is a highly cost effective strategy**

School health programmes help link the resources of the health, education, nutrition, and sanitation sectors in an infrastructure — the school — that is already in place, is pervasive and is sustained. While the school system is rarely universal, its coverage is often superior to health systems and it may have an extensive skilled workforce that already works closely with the community. The accessibility of school health programmes to a large proportion of each nation's population, staff as well as students, contributes to the low cost of programmes. The high effectiveness of these programmes is a consequence of the synergy between the health benefit and the educational benefit. The effectiveness is measurable in terms not only of improved health and nutrition, but also of improved educational outcomes, reduced wastage, less repetition and generally enhanced returns on educational investments.

13

The Basic Framework for an Effective School Health and Nutrition Programme

The framework described here is the starting point for developing an effective school health component in broader efforts to achieve more effective, child-friendly schools. Much more could be done, but if all schools implement these four interventions there would be a significant immediate benefit, and a basis for future expansion. In particular, the aim is to focus on interventions that are feasible to implement even in the most resource-poor schools and in hard-to-reach rural areas as well as in accessible urban areas, and that promote learning through improved health and nutrition. These are actions known to be effective, and actively endorsed by all the supporting agencies: this is a framework from which individual countries will develop their own strategy to match local needs.

14

Core framework for action: four components that should be made available together, in all schools.

(i) Health-related school policies

Health policies in schools, including skills-based health education and the provision of some health services, can help promote the overall health, hygiene and nutrition of children. But good health policies should go beyond this to ensure a safe and secure physical environment and a positive psycho-social environment, and should address issues such as abuse of students, sexual harassment, school violence, corporal punishment and bullying. By guaranteeing the further education of pregnant schoolgirls and young mothers, school health policies will help promote inclusion and equity in the school environment. Policies that help to prevent and reduce harassment by other students and even by teachers also help to fight against reasons that girls withdraw or are withdrawn from schools. Policies regarding the health-related practices of teachers and students can reinforce health education: teachers can act as positive role models for their students, for example, by not smoking in school. The process of developing and agreeing upon policies draws attention to these issues. The policies are best developed by involving many levels, including the national level, and teachers, children, and parents at the school level.

15

(ii) Provision of safe water and sanitation - the essential first steps towards a healthy learning environment.

The school environment may damage the health and nutritional status of school children, particularly if it increases their exposure to hazards such as infectious disease carried by the water supply. Hygiene education is meaningless without clean water and adequate sanitation facilities. It is a realistic goal in most countries to ensure that all schools have access to clean water and sanitation. By providing these facilities, schools can reinforce health and hygiene messages, and act as an example to both students and the wider community. This in turn can lead to a demand for similar facilities from the community. Sound construction policies will help ensure that facilities address issues such as gender access and privacy. Separate facilities for girls, particularly adolescent girls, are an important contributing factor to reducing dropout at menses and even before. Sound maintenance policies will help ensure the continuing safe use of these facilities.

16

(iii) Skills based health education

This approach to health, hygiene and nutrition education focuses upon the development of knowledge, attitudes, values, and life skills needed to make and act on the most appropriate and positive health-related decisions. Health in this context extends beyond physical health to include psycho-social and environmental health issues. Changes in social and behavioral factors have given greater prominence to such health-related issues as HIV/AIDS, early pregnancy, injuries, violence and tobacco and substance abuse. Unhealthy social and behavioral factors not only influence lifestyles, health and nutrition, but also hinder education opportunities for a growing number of school-age children and adolescents. The development of attitudes related to gender equity and respect between girls and boys, of skills such as dealing with peer pressure, is central to effective skills-based health education and positive psychosocial environments. When individuals have such skills, they are more likely to adopt and sustain a healthy lifestyle during schooling and for the rest of their lives.

17

iv) School-based health and nutrition services.

Schools can effectively deliver some health and nutritional services provided that the services are simple, safe and familiar and address problems that are prevalent and recognized as important within the community. If these criteria are met then the community sees the teacher and school more positively, and teachers perceive themselves as playing important roles. For example, micronutrient deficiencies and worm infections may be effectively dealt with by infrequent (six-monthly or annual) oral treatment; changing the timing of meals, or providing a snack to address short term hunger during school — an important constraint on learning — can contribute to school performance; and providing spectacles will allow some children to fully participate in class for the first time.

18

*** Supporting Strategies**

Several strategies can support the implementation of the above components of FRESH:

(i) Effective partnerships between teachers and health workers and between the education and health sectors.

The success of school health programmes demands an effective partnership between Ministries of Education and Health, and between teachers and health workers. The health sector retains the responsibility for the health of children, but the education sector is responsible for implementing, and often funding, school based programmes. These sectors need to identify respective responsibilities and present coordinated action to improve health and learning outcomes for children.

19

(ii) Effective community partnerships

Promoting a positive interaction between the school and the community is fundamental to the success and sustainability of any school improvement process.

Community partnerships engender a sense of collaboration, commitment and communal ownership. Such partnerships also build public awareness and strengthen demand.

Within the school health component of such improvement processes, parental support and cooperation allow education about health to be shared and reinforced at home. The involvement of the broader community (e.g. the private sector, community organizations and women's groups) can enhance and reinforce school health promotion and resources. These partnerships, which should work together to make schools more child-friendly, can jointly identify health issues that need to be addressed through the school and then help design and manage activities to address such issues.

20

(iii) Pupil awareness and participation

Children must be important participants in all aspects of school health programmes, and not simply the beneficiaries. Children who participate in health policy development and implementation; in efforts to create a safer and more sanitary environment; in health promotion aimed at their parents, other children, and community members; and in school health services, learn about health by doing. This is an effective way to help young people acquire the knowledge, attitudes, values and skills needed to adopt healthy lifestyles and to support health and Education for All.

21