

CONSULTORIA MULTIDISCIPLINAR ÀS ESCOLAS LIDERADA PELA ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: UM MODELO POSSÍVEL PARA O BRASIL

MULTIPROFESSIONAL SCHOOL CONSULTATION LEAD BY ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: A MODEL FOR BRAZIL

RESUMO: O artigo relata os quatro anos de construção de um modelo de trabalho multidisciplinar de consultoria escolar liderado por equipe da Estratégia Saúde da Família conforme responsabilidade definida pelo decreto nº 6286 de 2007, o qual instituiu o Programa Saúde na Escola. Destacamos os avanços e as dificuldades encontradas. O trabalho baseia-se em conversas colaborativas com as escolas por meio de quatro modalidades principais: 1. reuniões semanais com representantes das escolas; 2. capacitações para os professores; 3. visita periódica a cada escola por pequena equipe e 4. ações específicas solicitadas pelas escolas. A adesão à experiência tem tido altos e baixos, sugerindo que as escolas, como outros sistemas humanos, desejam mudanças, mas resistem a elas, mesmo quando planejadas de comum acordo.

PALAVRAS-CHAVE: educação, saúde, saúde escolar, saúde do professor, educação social e emocional.

SUMMARY: This article describes the process of building a work model for multiprofessional school consultation lead by a team of Estratégia Saúde da Família whose responsibility is defined by law (nº 6286, 2007). The first four years of implementation with its accomplishments and difficulties are summarized. The model is based on collaborative conversations with representatives of the schools. There are four main strategies: 1. weekly meetings, 2. training for the teachers, 3. periodic visits to the school and 4. specific actions asked by the schools. The process has had ups and downs, suggesting schools function as any other human system: they desire change but resist to it even when agreed to it.

KEY WORDS: education, health, school health, teacher's health, social and emotional education.

OLGA GARCIA FALCETO

Médica, psiquiatra da infância e adolescência e terapeuta de famílias e casais, docente convidada da Faculdade de Medicina da UFRGS, coordenadora de ensino/pesquisa e professora do Instituto da Família.
olgafalceto@gmail.com

JOSÉ OVÍDIO C. WALDEMAR

Médico, psiquiatra da infância e adolescência e terapeuta de famílias e casais, coordenador geral e professor do Instituto da Família.
ovidowaldemar@gmail.com

INTRODUÇÃO

As escolas brasileiras vivem uma grave crise que se manifesta por problemas de aprendizagem das crianças, desânimo dos professores e falta de confiança das famílias no sistema escolar. Esta descrição é válida tanto para as escolas públicas como para as privadas, mas a gravidade do problema é maior nas públicas. Há melhorias, mas ainda falta muito, em especial, no ensino fundamental. Paralelamente, ou também em função disso, aumenta a violência urbana no Brasil.

Foi esse quadro que nos motivou a investir nas escolas, já que estas têm o potencial de ser um local seguro para muitos jovens que estão em risco de cair no desemprego e/ou serem atraídos pela criminalidade. São, portanto, instituições onde se deve investir em prevenção da saúde física, mental e social. Entretanto, queríamos fazê-lo de forma inovadora e efetiva, ajudando as escolas a saírem do que, na experiência anterior de trabalho, tínhamos identificado como sendo um posicionamento de vítimas da situação social e política para ajudá-las a se tornarem protagonistas de seus destinos.

Recebido em: 25/11/2015
Aprovado em: 17/01/2015

"A educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho."
Artigo 205 da Constituição brasileira, 1988.

Propusemo-nos às seguintes diretrizes:

1. trabalhar dentro das Unidades Básicas de Saúde (Estratégia de Saúde da Família e Comunidade) para poder dar conta da principal demanda das escolas: tratar aqueles que elas identificam como alunos-problema;
2. montar um grupo de trabalho multidisciplinar e integrado, altamente motivado por convicções pessoais e políticas, com uma visão ecossistêmica preventiva;
3. concentrar o primeiro esforço em ajudar os professores a sentirem-se melhor e mais competentes;
4. trabalhar com o grupo de escolas, promovendo sua participação ativa e sistemática em reuniões semanais na definição das necessidades e potenciais soluções, em conjunto com o grupo multidisciplinar.

Este relato dará uma ideia da situação atual do projeto que já tem quatro anos de implementação. O programa trabalha com seis escolas de nível fundamental e secundário e três escolas infantis da área de abrangência de quatro unidades de saúde vinculadas ao Hospital de Clínicas de Porto Alegre. A região em que atua é habitada por uma população socioeconomicamente heterogênea, mas fundamentalmente de classe média. Entretanto, boa parte dos alunos vem de outros bairros muito pobres e violentos. Essas escolas têm mais de 4 mil alunos matriculados (logo há um potencial de atingir em torno de 16 mil pessoas, contando com suas famílias). Atualmente o centro de nossa atenção é a capacitação dos professores e a ajuda que solicitam com as crianças que consideram mais problemáticas. A prevenção e o

trabalho com as famílias andam mais lentos, assim como o envolvimento da comunidade no apoio às escolas, visto que estas têm dificuldades em mobilizar as famílias.

Acreditamos que inovamos em três pontos: 1. A mudança começou por nós mesmos, reorganizando os recursos de que já dispunhamos, mais do que exigindo mais! Envolvevemo-nos voluntariamente, ninguém está ali sem querer participar, mesmo havendo algum risco de segurança pessoal em algumas áreas; 2. Organizamo-nos como uma rede que toma decisões em conjunto, executa-as e posteriormente as avalia; 3. Nossas ações vão além das aulas e intervenções dos programas tradicionais de saúde nas escolas: visaram coconstruir conhecimento e gerar motivação e organização potencialmente transformadoras para as escolas como um todo.

CONSIDERAÇÕES TEÓRICAS

O grupo formador ao qual os autores pertencem dedica-se há cerca de 35 anos às tarefas de ensinar, organizar e supervisionar atendimento clínico e em consultoria e também pesquisar Terapia Sistêmica. Atualmente chamamos nossa abordagem de Terapia Sistêmica Integrativa. Reconhecemos que a organização dos sistemas maiores, principalmente cultural e econômico, tem uma influência determinante na organização dos subsistemas que se constituem em seu interior. Dentro disso, buscamos compreender o funcionamento do sistema que se apresenta na consulta, seja ele um indivíduo, uma família ou outro grupo e buscar as brechas por onde entrar para diminuir a disfunção, com o maior impacto possível de nossos recursos terapêuticos.

Como psiquiatras da infância e adolescência com muita identificação com a Psiquiatria Comunitária, trabalhamos sempre que possível simultaneamente com vários sistemas, em especial quando os problemas são graves e crônicos. Somos gratos a muitas influências que, ao longo do tempo, foram ajudando-nos a construir uma maneira complexa de entender e intervir nos múltiplos níveis dos sistemas envolvidos (Freire, 1970; Caplan, 1964; Minuchin, 1967; Sluzki, 1997; Maturana, 1995; Andolfi & Calderon, 2008; Coletti & Linares, 1997; Morin, 1995).

Partimos da constatação de que a sociedade em geral se guia por um paradigma de poder, competição e controle, mas, em nosso trabalho, buscamos criar organizações em que o paradigma central é a participação conjunta, a solidariedade e a reorganização em rede dos recursos disponíveis.

Neste trabalho nas escolas, em oposição à tendência mais fácil, saímos do conforto e da segurança do consultório para ir ao encontro de pessoas e lugares onde manifesta-se grande sofrimento também social. Este trabalho tem sido realizado em escolas em que muitos dos alunos vivem em abrigos, alguns têm problemas com a lei, a maioria tem problemas socioeconômicos e familiares e os professores são mal pagos. Identificamos também que esses mesmos professores, em geral, são muito dedicados, frequentemente extrapolando suas funções, o que leva muitos à exaustão, com quadros de ansiedade e depressão.

HISTÓRICO

O início do planejamento do projeto ocorreu em 2009 já com um grupo multidisciplinar que incluía uma

professora de escola pública. Responíamos a um pedido de auxílio do Secretário da Saúde do Estado para oferecer ajuda às escolas em relação à saúde mental dos alunos. Já acumulávamos uma experiência de mais de 40 anos do Departamento de Psiquiatria da UFRGS (nesta, um consultor de saúde mental, residente de psiquiatria com supervisão, visitava semanalmente uma escola que solicitava a consultoria e avaliava e discutia casos de alunos que consideravam problemáticos com a direção e orientação pedagógica; os encaminhamentos à rede de saúde eram quase impossíveis e questões estruturais escolares eram impossíveis de acessar) e a do Instituto da Família em que há mais de quinze anos um terapeuta visita a escola, discute com a direção as dificuldades de alunos e facilita o encaminhamento do caso para a Clínica Social do Instituto. A partir dessa experiência, sabíamos ser importante inovar na forma de organizar, coconstruindo soluções em diálogo com a escola, desde dentro do sistema básico de saúde (Programa Estratégia de Saúde da Família e Comunidade-ESF), que acolheria os casos necessitados de atenção médica.

Torna-se importante aqui revisar algumas questões históricas sobre a construção do sistema de saúde brasileiro para compreender o que é a ESF e como funcionam as Unidades Básicas de Saúde (UBS) e suas Equipes de Medicina de Família e Comunidade. A história da construção da ESF é ainda muito recente, já que foi em 1988 que se promulgou a nova Constituição Brasileira, após vinte anos de ditadura militar, e só depois disso foi criado o SUS (Sistema Único de Saúde) que prevê a universalidade de ações integrais de saúde com equidade, num sistema hierarquizado e regionalizado, descentralizado, com controle social,

participação complementar do setor privado e também dedicado à formação de recursos humanos. A atenção primária no SUS é feita pelo Programa Estratégia de Saúde da Família e Comunidade. Dentro dessa política, em 2011, já metade do território brasileiro estava coberto por equipes de Medicina de Família e Comunidade que contam com pelo menos um médico, uma enfermeira e dois agentes de saúde. É dever dessas equipes atender a população e também realizar o diagnóstico de sua comunidade, com levantamento epidemiológico dos problemas de saúde, fatores de risco e inventário dos recursos disponíveis, devendo atuar sobre os problemas mais prevalentes.

A lei brasileira é bastante avançada, mas a sua implementação nem tanto. Precisamos de mais investimento e melhor articulação dos sistemas de saúde e de educação (além de outros), mas é inegável que já houve grandes avanços no sistema público brasileiro.

Após alguns meses de trabalho apresentamos o projeto inicial de consultoria que batizamos de Viver Melhor na Escola em várias instâncias de planejamento da saúde no Estado do Rio Grande do Sul, mas este foi descartado, aparentemente por parecer demasiado complexo, sendo solicitado apenas o treinamento dos professores em transtornos de déficit de atenção e hiperatividade, o que não foi aceito pelo grupo.

Decidimos então buscar implementar nosso modelo, com o mesmo nome, oferecendo-o como projeto piloto à UBS Santa Cecília do Hospital de Clínicas no ano de 2011, somente reorganizando recursos já existentes e incluindo novos profissionais voluntários das áreas da saúde, educação e justiça. A adesão foi muito facilitada por sermos parte da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. A inten-

ção compartilhada pelo novo grupo foi de montar um programa inovador que mostrasse através de resultados as evidências para influenciar os órgãos públicos responsáveis a reformular a organização das consultorias de saúde escolar.

Imediatamente fomos bem acolhidos pela equipe da UBS do Hospital de Clínicas que nos participou algo que ainda não sabíamos: já estava previsto no decreto nº 6286 de 2007 o qual instituiu o Programa Saúde na Escola (PSE), que as Unidades Básicas de Saúde do Brasil são legalmente responsáveis por prestar atenção em saúde às escolas de sua região de abrangência. Buscamos saber como estava sendo implementada a lei em outros lugares e não encontramos referências. Mais tarde, verificamos que o modelo proposto em lei, no entanto, é bastante tradicional, prevendo apenas algumas ações básicas e campanhas de saúde das UBSs dentro da escola.

Conseguimos, então, organizar-nos como havíamos anteriormente pensado: buscamos ativamente a colaboração com as escolas da região para ajudar a empoderá-las e a seus professores para se sentirem mais capazes com os alunos e suas famílias. Esse programa amplo visa que as intervenções sejam autossustentáveis, passando aos professores a tarefa de gerarem conhecimento e novas ações.

IDENTIFICAÇÃO DOS PROBLEMAS E AÇÕES INICIAIS

No início do processo solicitamos à direção das escolas, através de um questionário especialmente desenhado para o programa, uma lista de informações sobre seu atual funcionamento (número de evasões, reprovações,

ocorrências de *bullying*, faltas e pedidos de licença de professores, entre outros), mas estas responderam que não tinham os dados.

Nas reuniões conjuntas com os representantes das escolas e os professores, definimos que:

1. Há dificuldades estruturais, como falta de recursos ou má aplicação e administração dos mesmos, e um mal-estar nas escolas que se manifesta por problemas no ensino, na aprendizagem, transtornos comportamentais, evasão de alunos, depressão e ansiedade dos professores, alienação das famílias do dia a dia da escola e das respectivas comunidades.
2. Os problemas escolares são sistêmicos: manifestam-se e devem ser enfrentados em vários níveis e com multiplicidade de ações, mas sempre incluindo nas ações a ideia dos múltiplos níveis e do todo disfuncionais.
3. O diagnóstico e as intervenções devem ser definidos em conjunto por aqueles que vivenciam os problemas e o grupo multidisciplinar que se dispõe a ajudar, num processo colaborativo e continuado.
4. O processo deve sofrer avaliação continuada, com rigor científico, para verificar a efetividade do diagnóstico e das ações criadas e aplicadas para resolver problemas e promover melhor convivência.
5. Com a ideia de que é fundamental em consultorias trabalhar com as instâncias responsáveis, notificamos e visitamos a Secretaria de Educação, responsável pelas escolas, para apresentarlhe nosso trabalho.

OPERACIONALIZAÇÃO E FUNCIONAMENTO ATUAL DO PROGRAMA

O projeto transformou-se ao longo de 2011 e 2012 em um programa estruturado sob a coordenação das professoras Olga Falceto e Ana Margareth Bassols, do Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Faculdade de Medicina da UFRGS, criando as condições para que, em 2013, a coordenação passasse para a UBS HCPA-Santa Cecília, visto que esta é, por lei, a responsável pelas ações de saúde nas escolas. Este objetivo foi alcançado por etapas: em 2012 as reuniões que eram no hospital passaram a acontecer na UBS e em 2013 a coordenação passou efetivamente a ser exercida pelo médico da UBS, Dr. João Henrique Kolling.

O processo de montagem do Projeto e posteriormente de estabelecimento do Programa exigiu e ainda exige muita paciência e perseverança. Em todos os passos houve acolhimento da ideia pelas escolas, mas, muitas vezes, não ocorreu a efetiva adesão às sugestões e decisões do grupo. Inicialmente as escolas nos disseram, inclusive, que era impossível trabalhar com os professores porque eles estavam muito sobrecarregados e sem substitutos para colocar em sala enquanto trabalhassem conosco. Apenas bem mais tarde, quando já tínhamos algum trabalho conjunto efetivado e a confiança tinha sido construída, criaram espaço para o Programa nas capacitações semestrais rotineiras.

Em resumo, a seguir estão os passos do processo de montagem.

1. Construção do grupo de consultoria: as primeiras coordenadoras, professoras de Psiquiatria da Infância e Adolescência, trouxeram os médicos residentes dessa área para estagiar no

programa e convidaram profissionais de outras áreas que já conheciam: psiquiatra e terapeuta familiar especialista em educação social e emocional, terapeutas familiares e comunitários, professora de Pedagogia, psiquiatra do Juizado da Infância e Adolescência especialista em Justiça Restaurativa e outros. A UBS trouxe médicos, enfermeiras, agentes de saúde e mais tarde professores e estagiários de Nutrição, Fonoaudiologia, Enfermagem, Psicologia, Fisioterapia e outros.

2. Busca das escolas da área: as equipes da UBS fizeram contato com a direção das escolas para apresentar e oferecer a consultoria.
3. Consolidação da parceria: três escolas que já tinham experiência de consultoria aderiram rápida e fortemente. As demais foram aderindo mais devagar e com participação menos consistente nas reuniões semanais. Isso parece evidenciar que é necessário um período de trabalho conjunto para a construção da confiança na equipe de consultoria. Além disso, a inclusão de atividades requer reorganização da rotina escolar, o que também leva tempo. As três escolas infantis demoraram mais a serem procuradas e aderirem, mas já estão engajadas em parte do programa, principalmente no uso dos recursos da equipe em relação àqueles alunos que consideram problemáticos.
4. Definição da reunião semanal para identificação de problemas nas escolas e dos recursos para atuação do grupo: determinou-se um dia por semana com ho-

rário fixo para reunião incluindo representante de cada escola e os consultores. Decidiu-se que precisávamos aceitar as limitações do tempo disponível pelo grupo (para muitos apenas uma hora por semana) e isso passou a ser um ponto fundamental de nossa organização: usar os recursos que já temos com a máxima eficácia, o que conseguimos com o fortalecimento da colaboração em rede.

5. Consolidação da forma de operar a parceria, com quatro modalidades principais de trabalho: a. reuniões semanais de toda a equipe com representantes das escolas; b. capacitações para os professores (feitas conjuntamente para várias escolas e sediadas em uma delas em rodízio, de forma a facilitar que se conheçam e possam colaborar entre si; inicialmente semestrais na semana de capacitação prevista pela Secretaria de Educação e mais recentemente mensais); c. visita periódica a cada escola por pequena equipe (médico ou outro profissional da UBS psiquiatra infantil e sempre que possível também terapeuta familiar para avaliar os casos de alunos-problema identificados pela escola; d. ações específicas solicitadas pelas escolas (por exemplo, intervenções de educação social e emocional, intervenções pedagógicas na área da matemática, grupos sobre sexualidade e alimentação saudável). As áreas de atuação são basicamente três: saúde, educação e justiça (tem-se também o objetivo de criar um sistema de Justiça Restaurativa, como parte do programa, para lidar com al-

guns problemas bastante graves de violência que a escola atualmente encaminha à Justiça, mas que poderiam ser resolvidos numa instância anterior pela mediação entre as partes).

Uma questão fundamental: o grupo mantém comunicação constante por e-mail, sendo sempre enviada ata das reuniões semanais, já que membros da equipe podem faltar, com frequência por estar assessorando as escolas naquele horário. O grupo também mantém um blog.

Em 2013, após dois anos de trabalho efetivo, com o Programa já reconhecido pela Universidade e pela Secretaria Estadual de Educação, foi-nos dado um espaço mensal de uma hora e meia para a capacitação dos professores. Foram oferecidas dez oficinas simultaneas das quais os professores puderam fazer oito ao longo do ano. Escolhemos fazê-las a cada mês em uma das escolas, em rodízio, para incrementar a ideia das semelhanças nos problemas enfrentados por elas e criar uma comunicação que possibilite uma sinergia transformadora. Para o ano de 2014, os professores pediram um aprofundamento dos temas. Foram planejados seis cursos parte presenciais (mesma carga horária de 2013) e em parte *online*, envolvendo em cada um mais de uma área da consultoria e com aplicação prática dos conhecimentos. A ideia sistêmica baseando o planejamento foi que não importa por qual conteúdo entremos, o funcionamento incluirá sempre compreender as influências e implicações do todo e no todo. Este projeto, entretanto, só funcionou parcialmente já que a Secretaria de Educação não permitiu liberação dos alunos durante o horário escolar. A equipe fez o oferecimento em horário extraclasse ao final do dia,

mas a adesão dos professores foi muito pequena.

Como mostra este relato, a experiência tem tido altos e baixos, indicando que as escolas tendem a comportar-se como outros sistemas humanos: desejam a ajuda, mas resistem às mudanças, ainda quando planejadas de comum acordo.

Quanto ao restante, seguem as visitas e intervenções nas escolas, além das reuniões semanais com consultores e representantes escolares. Nestas, cada vez mais se discutem e resolvem também casos clínicos. Muitos casos, como o que será resumido adiante, são muito graves e exigem muito envolvimento de todos.

Entre as intervenções nas escolas, conforme sua demanda ou por exigência governamental temos feito: levantamento da saúde dos alunos (situação nutricional, capacidade visual e auditiva, entre outras), grupos sobre sexualidade, grupos sobre drogas, grupos de identificação e resolução de entraves ao desenvolvimento das habilidades na Matemática, grupos de educação social e emocional dos alunos (este será descrito mais adiante), grupos de terapia comunitária para pais de alunos de inclusão, grupos com professores para ajudá-los em suas dificuldades, entre outros.

As dificuldades maiores são ainda a pouca abertura das escolas para pedir colaboração quanto a mudanças nas dinâmicas disfuncionais dos professores e da administração que poderiam alavancar as transformações necessárias. Também tem sido difícil o acesso às famílias dos alunos, apesar deste ser um dos principais objetivos desde o início deste trabalho. Nossa percepção é que professores e famílias se evitam, ambos com a mesma sensação de antagonismo: as famílias sentem que quando são chamadas à escola é

para serem criticadas e os professores se sentem demasiadamente exigidos, injustiçados e atacados pelas famílias que parecem querer passar para a escola responsabilidades educacionais que deveriam ser suas.

EXEMPLOS DE INTERVENÇÕES

O CASO DE M.V., 12 ANOS: desesperador e bastante frequente.

M.V. é uma menina de 12 anos recém-feitos que vive como se já fosse adulta. Passa semanas sem ir às aulas, sem que a família saiba onde está. São muitos os alunos de nossas escolas que exibem comportamentos e situações de vida parecidas. Seu caso foi trazido à atenção da equipe da UBS pela escola (uma escola em que temos dificuldades de inserção) porque, além de faltar muito às aulas, não aprendia. Sabiam também que estava com comportamentos promíscuos, fugindo de casa e dormindo na rua. No exame do caso pela equipe multidisciplinar, a menina se recusou a falar com a psiquiatra infantil, mas, mesmo assim, foi possível à equipe obter mais informações. Em reunião geral, a médica de família que é clínica da mãe nos relatou que a mãe vive com o pai alcoolista e está com AIDS já em fase terminal. Por isso a menina foi morar com a avó materna. Esta vive em uma casa de boas condições, construída em um pátio no qual há casas de duas de suas irmãs, conforme soubemos mais tarde. A irmã mais velha de M.V. também vive com a avó, está em tratamento e melhor de um quadro de depressão, enquanto o outro irmão também sofre de AIDS.

O problema fundamental neste caso parece ser a crônica e grave falta de comunicação entre mãe e avó sobre a estipulação de limites para M.V., repetindo-se a história pessoal da mãe que,

desde muito jovem, usou drogas e se prostituiu. Além disso, os profissionais da escola e da equipe de saúde sentem grande rechaço pela avó que alterna total falta de orientação à menina com castigos físicos considerados cruéis pela equipe.

Na discussão em grupo, que ocorreu repetidas vezes, esses padrões foram sendo identificados e acabou decidindo-se, frente à falta de outras opções, que a menina precisava ser internada devido aos riscos que corria, com provável envolvimento no mundo das drogas. A internação foi possível numa segunda tentativa quando a médica do caso conseguiu que mãe e avó conversassem e concordassem quanto à necessidade dessa medida. Além disso, a médica foi pessoalmente até a casa para acompanhar o processo de chamar a Brigada Militar para transportar a menina ao hospital psiquiátrico. Contrariamente ao medo da equipe, a menina logo aceitou internar-se.

O passo que a equipe está dando agora é de reorganizar a rede familiar e de apoio da família na busca de definir qual lugar de moradia poderá dar mais proteção a M.V.

ENSINANDO EDUCAÇÃO SOCIAL E EMOCIONAL (INTELIGÊNCIA EMOCIONAL) NAS ESCOLAS PÚBLICAS

Em 1996, Daniel Goleman publicou o best-seller *Inteligência Emocional* e depois, com outros educadores, fundou a ONG CASEL, que se dedica a fomentar o ensino da Inteligência Emocional (rebatizada como Social and Emotional Learning – SEL em Inglês – ESE em Português) em escolas no mundo inteiro. Atualmente já existem muitas intervenções baseadas em evidências certificadas pela CASEL, que são ensi-

nadas como matérias regulares ao lado das tradicionais. Estes programas já beneficiaram centenas de milhares de alunos, desde o jardim de infância até o ensino superior em vários países do mundo. Em Porto Alegre, há 7 anos, um programa combinado de Mindfulness e Educação Social e Emocional (alguns ainda preferem chamá-lo de Inteligência Emocional) começou a ser desenvolvido no Instituto da Família de Porto Alegre e está sendo aplicado nas escolas da consultoria há 4 anos. Foi recentemente avaliado por pesquisa acadêmica (Waldemar 2014, enviada para publicação) que mostrou que os alunos que receberam até 12 intervenções semanais (n=64) comparados com um grupo controle (n=68) demonstraram uma melhora significativa em muitos aspectos de sua saúde mental – avaliada pelo Strengths and Difficulties Questionnaire – SDQ-C – principalmente no domínio emocional (p=0,049) e em sua qualidade de vida total avaliada pelo Youth Quality of Life – Revised – YQOL-R (p=0,002), resultados consistentes com o que tem sido conseguido por outros programas baseados em evidências. Nosso currículo de ESE, seguindo o modelo preconizado pela CASEL, consiste em até 12 intervenções que abordam 5 pontos principais:

1. autoconhecimento;
2. autoregulação;
3. habilidades para bons relacionamentos;
4. empatia e capacidade de colaboração;
5. tomada de decisões, assumindo responsabilidades.

De maneira geral, estes objetivos são trabalhados em etapas sequenciais, na ordem apresentada, mas sempre respeitando como prioridade qualquer situação emergente trazida pelos

alunos, principalmente problemas na escola, com colegas e em casa.

As intervenções começam e terminam com momentos de relaxamento e meditação, conhecidas como técnica do Mindfulness da respiração (derivada da meditação oriental, ela tem se mostrado um aporte positivo na promoção da saúde e no tratamento de transtornos mentais), método já também estabelecido como efetivo. Entre estes dois momentos, desenvolvemos as atividades lúdicas e reflexivas que abordam os itens mencionados. Solicita-se à professora da turma que fique em aula para poder aprender a aplicar o método, mas até agora a adesão é parcial.

Para desenvolver as Habilidades Sociais ensinamos princípios (para as crianças menores chamamos de regras e para os mais velhos falamos em intenções) comuns a muitas abordagens diferentes de Dinâmica de Grupo (especialmente o Método Council, da Ojai Foundation, que usa o “bastão da palavra” nos diálogos em grupo) e Comunicação não Violenta, adaptadas para as diferentes idades dos alunos, que chamamos de Diálogo Colaborativo.

1. Escutar com atenção plena: o exercício do foco na respiração Mindfulness é renomeado “aprendendo a escutar” ou “aprendendo a ter paciência”. Dizemos que quando escutamos “com todo o corpo e não só com as orelhas”, ouvimos com mais atenção!
2. Fala só quem tem a palavra: usamos para isso o bastão cuja posse autoriza a pessoa a falar, evitando a balbúrdia. Com o tempo aprendem a levantar a mão e esperar a vez. Incentivamos que sejam concisos

para permitir a participação de todos.

3. Falar sem ofender: ensinamos que se alguém nos incomoda, em vez de dizer, “tu és um chato, sempre incomodando”, devemos falar nossas necessidades, dizer, por exemplo, “preferiria que falasses mais calmamente e que não insistas tanto”. Chamamos isso também de “falar a favor e não contra”.
4. Falar dos sentimentos e não só das ideias: em vez de dar só uma opinião em abstrato, em temas importantes sugerimos que tentem relatar as experiências que levaram à formação daquela opinião.

Resumindo, em cada um dos encontros que realizamos, uma vez escolhido o tema central pelos alunos, professor ou proposto por nós, procuramos equilibrar momentos de distensão com momentos de reflexão.

Procuramos desenvolver os sentimentos de empatia e colaboração através de “brincadeiras pedagógicas”: por exemplo, na brincadeira da cadeira colaborativa, ao contrário do jogo das cadeiras musicais (em que a cada rodada uma cadeira e um aluno ficam de fora), uma cadeira é excluída por vez, mas todos os alunos permanecem, obrigando-os a encontrar uma forma de todos sentarem-se sem ficar ninguém de fora. É bem divertida e se aproveita para falar que jogos colaborativos podem ser interessantes, como, por exemplo, no tênis de praia, em que, diferentemente do jogo de tênis convencional, facilitamos para que o colega possa rebater de modo que os dois se divirtam, sem vencedores ou vencidos. Uma das turmas experimentou as duas modalidades e a conclusão foi de que ambos os

jogos são ótimos, mas o colaborativo é melhor.

PROJETOS FUTUROS

Em primeiro lugar, pretendemos demonstrar que o trabalho com o professor realmente melhora a relação professor-aluno e o aproveitamento escolar deste. Em segundo lugar, queremos chegar mais perto das famílias dos alunos e aprender como ampliar os recursos comunitários das escolas. Em terceiro lugar, já estamos preparados para ensinar a ESE e outras intervenções aos professores, de forma que eles continuem o trabalho.

Neste momento, começamos a pensar que precisamos criar intervenções que incluam simultaneamente professores, alunos e familiares. Talvez estas intervenções tragam ainda mais mudanças e, em consequência, mais engajamento no programa.

Pretendemos continuar a fazer a avaliação rigorosamente científica de nossas intervenções em todos os níveis, em busca de identificar que mudanças devemos fazer para torná-las mais efetivas.

Já temos um sistema organizacional e de capacitações construído que nos permite oferecer estágios para treinamento de profissionais de outras UBSs. Acreditamos que desenvolvemos uma forma de trabalho em consultoria escolar que pode ser utilizado no Programa Estratégia de Saúde da Família no Brasil, já que todas as comunidades têm em sua composição pessoas de notório saber que podem ser chamadas a colaborar com as escolas.

CONCLUSÃO

A organização em rede com coordenação democrática e participativa dos

vários atores envolvidos foi de fundamental importância para tolerar períodos de incerteza e confusão, que, ao fim, têm levado à construção coletiva de saídas criativas. Uma pesquisa de satisfação realizada com os consultores e os professores no fim de 2013, ao fim de três anos da implementação do Programa Viver Melhor na Escola, mostrou melhor funcionamento das escolas, sendo que os consultores também afirmaram que este trabalho lhes traz satisfação e tranquilidade moral, já que se sentem colaborando em uma transformação considerada altamente positiva pelos representantes das escolas. A equipe aprendeu a desenvolver tenacidade, solidariedade e coesão para manter a esperança em alcançar os objetivos de termos escolas mais alegres e criativas.

REFERÊNCIAS

- Abramovay, M. e Rua, M. G (2002).** *Violência nas escolas*. Brasília: UNESCO.
- Andolfi, M.; Calderon, L. B (2008).** *The Oaxaca Book*. Roma, Italia: Accademia di Psicoterapia Familiare.
- Bassols, A. M. S.; Santis, M. F. B.; Sukiennik, P. B.; Cristovão, P. W. y Fortes, S. D (2004).** *Saúde mental na escola*. Porto Alegre: Mediação.
- Brasil. Ministério da Saúde (2012).** *Política nacional de atenção básica*. Brasília: Ministério da Saúde. (Série E. Legislação em Saúde)
- Burke, C (2009).** Mindfulness-Based Approaches with Children and Adolescents: A Preliminary Review of Current Research in an Emergent Field. *Journal of Child and Family Studies*. April 2010, Volume 19, Issue 2, pp 133-144.
- Caplan, G (1964).** *Principles of preventive psychiatry*. Oxford, England: Basic Books.
- Coletti, M. y Linares, J. L(1997).** *La intervención sistémica en los servicios sociales ante la familia multiproblemática: la experiencia de Ciutat Vella*. Barcelona: Paidós.
- Durlak, J.A., Weissberg, R.P., Taylor, R.D., Dymnicki, Schellinger, K.B (2011).** The Impact of Enhancing Student's Social and Emotional Learning: A Meta-Analysis of School-Based Universal Interventions. *Child Development*, Vol 82, Number 1; 405-432.
- Falceto, O. G. y Waldemar, J. O (2012).** O Ciclo de Vida da Família. In: Eizirik, C. L. Bassols, A. M. S. (Org.). *O ciclo da vida humana*. Porto Alegre: Artmed.
- Falceto, O. G. y Waldemar, J. O (1997).** Terapia familiar: a família como porta de entrada para a abordagem ecológica da criança e do adolescente. In N. Fichtner (Org). *Prevenção, diagnóstico e tratamento dos transtornos mentais da infância e da adolescência*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Freire, P (1997).** *Pedagogia do oprimido*. Rio de Janeiro: Paz e Terra.
- Goleman, D (2007).** *Inteligência emocional: a teoria revolucionária que define o que é ser inteligente*. Rio de Janeiro: Objetiva.
- Maturana, H. y Varela, F (1995).** *A árvore do conhecimento: as bases da compreensão humana*. Campinas: Psy.
- Minuchin, S (1967).** *Families of the slums*. New York: Basic Books.
- Morin, E (2005).** *Introdução ao Pensamento Complexo*. Porto Alegre: Ed. Sulina.
- Rosemberg, M (2003).** *Non Violent Communication, "A Language of Life"*. Canadá: PuddleDance.
- Senger, P., Scharmer, O., Jaworsky, J. Flowers, B (2004).** *Presence: Human Purpose and the Field of the Future*. United States: Society for Organizational Learning.

Sluzki, C. E (1997). *A rede social na prática sistêmica.* São Paulo: Casa do Psicólogo.

Thompson, M. Gilbert, J. (2009). Mindfulness with Children and Adolescents: Effective Clinical Application, *Clinical Child Psychology and Psychiatry*; 13,395-407, 1997.

Waldemar, J. Heldt, E., Falceto, O., Guimarães, G (2014). The Impact of the Combination of Mindfulness and Social Emotional Learning in the Mental Health and Quality of Life of Fifth Graders in Public Schools in South Brazil, enviado para publicação.

Zimmerman, J. y Coyle, V (1996). *The Way of Council*, Branble Books.

Zottis G.A.H., Isolan L., Salum G.A., Tochetto A., Manfro G.G., Heldt E

(2010). Prevalência de bullying em escolas da rede estadual de Porto Alegre – RS. Anais 30ª Semana Científica do HCPA. Rev HCPA; 30(Supl):226.

Agradecemos, na pessoa da Profa. Liana Garces Pares (primeira professora que discutiu sistematicamente o modelo proposto), a todos os profissionais que ajudaram a construir a proposta inicial e a toda a equipe do Viver Melhor na Escola (incluídas aí as escolas, claro!) que vem redesenhando o modelo no dia a dia, como é esperado de um programa que se constrói na solidariedade e parceria criada pelo enfrentamento dos desafios.