MAÍSA REZENDE DE MELO FERRARO

A concepção de professores sobre Saúde na Escola

Dissertação apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho.

RIBEIRÃO PRETO

2011

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

FICHA CATALOGRÁFICA

Ferraro, Maísa Rezende de Melo

A concepção de professores sobre Saúde na Escola.

124p. : il ; 30 cm

Dissertação (Mestrado) apresentada à Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Saúde na Comunidade.

Orientador: Carvalho, Antônio Carlos Duarte

1. Conceito de Saúde. 2. Promoção de saúde. 3. Saúde na escola. 4. Professores.

MAÍSA REZENDE DE MELO FERRARO

A CONCEPÇÃO DE PROFESSORES SOBRE SAÚDE NA ESCOLA

Dissertação apresentada ao Departamento de Medicina Social da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (FMRP/USP) para obtenção do título de Mestre em Ciências.

Área de Concentração: Saúde na Comunidade.

Aprovada em: ____/____/____.

Banca examinadora

Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho Assinatura: _____

Instituição: Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto.

Profa. _____ Assinatura: _____

Instituição: _____

Profa. _____ Assinatura: _____

Instituição: _____

Aos meus pais.
Ao meu amor, João Paulo.
À minha afilhada, razão do meu viver.
À minha prima, Maria Angélica pelo apoio.
À minha madrinha, Maria Tereza.
A todos aqueles que acreditaram em mim.

AGRADECIMENTOS

A Deus, pela minha vida e por estar sempre em meu caminho, guiando-me com a sua luz.

À Santa Terezinha do Menino Jesus e à Santa Rita de Cássia, verdadeiros anjos, que me conduziram durante toda esta jornada.

Aos meus amados pais, Vitor e Celina, que me deram a vida e me ensinaram a vivê-la com dignidade, que iluminaram meus caminhos, para que eu os trilhassem corajosamente e com muita esperança, que, com afeto e dedicação, se doaram inteiros e renunciaram aos seus sonhos, para que, muitas vezes, eu pudesse realizar os meus. Obrigada por serem minha maior referência de amor, um amor incondicional, amor generoso, amor sem limites; puro, livre!

Ao João Paulo, meu eterno amor, por acreditar em mim, muito mais do que eu mesma, por estar ao meu lado nos momentos mais difíceis. Meu amor, obrigada por fazer parte da minha vida de modo tão especial e único, sem você ao meu lado tudo seria mais difícil.

À minha pequena, Maria Fernanda, afilhada abençoada e iluminada. Obrigada meu amor, pelo carinho, ternura e afeto dedicados a mim desde sempre. Eu te amo tanto, que minha vida não teria sentido sem você ao meu lado.

À minha irmã, Mirela, que mesmo em meio a tantos conflitos, sei que torce por mim, eu te amo.

Aos meus amigos de graduação Priscila, Bruna, Bethânia, Daniela e Eduardo, por sempre acreditarem e torcerem por mim, amigos como vocês jamais encontrarei. Obrigada pela amizade duradoura e sincera.

À Profa. Dra. Lúcia Uchôa, grande amiga, por acreditar em mim e me ajudar com tanto carinho e dedicação. Serei eternamente grata!

Aos amigos conquistados durante o mestrado, por tornarem esta caminhada ainda mais prazerosa, em especial ao Rodrigo e a Val.

Ao Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho, pelos ensinamentos transmitidos.

Ao Departamento de Medicina Social, por me acolher como parte dessa grande instituição educacional.

À banca de qualificação e à banca examinadora, Prof^a Dr^a Kátia de Souza Amorim, Prof^a Dr^a Maria Paula Panúncio Pinto, Prof^a Dr^a Daniela e Prof^a Dr^a Lúcia Uchôa, pela sabedoria de seus conselhos.

A todos aqueles que abriram as portas para a coleta de dados dessa pesquisa, contribuindo para que esta pudesse ser realizada da minha maneira.

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

A todos os professores das Escolas Estaduais de Franca que fizeram parte desta pesquisa.

A todos que, fazendo parte do meu percurso, contribuíram, direta e indiretamente, para a realização desta pesquisa. Muito obrigada!!!

A educação não pode transformar o mundo, mas pode modificar as pessoas e estas transformarem o mundo. Se a educação sozinha não transforma a sociedade, sem ela tão pouco a sociedade se muda.

Paulo Freire.

Quando me amei de verdade

Quando me amei de verdade, compreendi que em qualquer circunstância, eu estava no lugar certo, na hora certa, no momento exato. E então, pude relaxar.

Hoje sei que isso tem nome... Auto-estima.

Quando me amei de verdade, pude perceber que minha angústia, meu sofrimento emocional, não passa de um sinal de que estou indo contra minhas verdades.

Hoje sei que isso é... Autenticidade.

Quando me amei de verdade, parei de desejar que a minha vida fosse diferente e comecei a ver que tudo o que acontece contribui para o meu crescimento.

Hoje chamo isso de... Amadurecimento.

Quando me amei de verdade, comecei a perceber como é ofensivo tentar forçar alguma situação ou alguém apenas para realizar aquilo que desejo, mesmo sabendo que não é o momento ou a pessoa não está preparada, inclusive eu mesmo.

Hoje sei que o nome disso é... Respeito.

Quando me amei de verdade comecei a me livrar de tudo que não fosse saudável... Pessoas, tarefas, tudo e qualquer coisa que me pusesse para baixo. De início minha razão chamou essa atitude de egoísmo.

Hoje sei que se chama... Amor-próprio.

Quando me amei de verdade, deixei de temer o meu tempo livre e desisti de fazer grandes planos, abandonei os projetos megalômanos de futuro. Hoje faço o que acho certo, o que gosto, quando quero e no meu próprio ritmo.

Hoje sei que isso é... Simplicidade.

Quando me amei de verdade, desisti de querer sempre ter razão e, com isso, errei muito menos vezes.

Hoje descobri a... Humildade.

Quando me amei de verdade, desisti de ficar revivendo o passado e de preocupar com o futuro. Agora, me mantenho no presente, que é onde a vida acontece.

Hoje vivo um dia de cada vez. Isso é... Plenitude.

Quando me amei de verdade, percebi que minha mente pode me atormentar e me decepcionar. Mas quando a coloco a serviço do meu coração, ela se torna uma grande e valiosa aliada.

Tudo isso é... Saber viver!!!

Charles Chaplin

RESUMO

FERRARO, M. R. M. **A concepção de professores sobre Saúde na Escola**. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Programa de Pós-Graduação em Saúde da Comunidade, Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

O atual momento histórico aponta para uma reflexão acerca da escola e sua relação com a saúde dos escolares. Ao assumir uma visão bem mais alargada do que a da tradicional transmissão de conhecimentos, a escola torna-se o local de excelência para o desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção da saúde, uma vez que as crianças despendem ali muitos anos de seu período de desenvolvimento físico, cognitivo e de formação pessoal e social. Nessa perspectiva, o professor exerce uma influência constante e ativa sobre os conceitos de saúde e doença dos seus alunos e pode estimulá-los à compreensão e adoção de hábitos saudáveis, podendo assim proteger a saúde dos escolares e até de seus familiares. O presente estudo tem como objetivo conhecer qual a concepção sobre Saúde na Escola de professores das escolas públicas estaduais inseridas no Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” da cidade de Franca. Para tanto, foram selecionadas oito escolas em diferentes regiões de modo a representar todas as regiões da cidade. A pesquisa fundamentou-se na metodologia qualitativa e utilizou-se como principal técnica de coleta de dados a entrevista semi-estruturada. Foram entrevistados 15 professores. Para se encerrar as entrevistas, utilizou-se saturação dos dados. O estudo permitiu observar que, embora os professores apresentem conceitos sobre saúde, alguns mais ampliados, outros mais reduzidos, eles não estão bem preparados para atuarem em educação em saúde. Assim, este trabalho na escola ainda é um desafio, uma vez que a grande maioria dos profissionais da educação, apesar de bem intencionados, apresentam pouca formação em saúde, estando pouco preparados para atuarem como agentes de Promoção da Saúde na Escola.

Palavras-chave: Conceito de Saúde. Promoção de saúde. Saúde na escola. Professores.

ABSTRACT

FERRARO, M. R. M. **The conception of teachers about School Health**. 2011. 124 f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Departamento de Medicina Social, Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2011.

The current historical moment points to a reflection about the school and its relationship with the students' health. Assuming a wider vision than the traditional of knowledge, school becomes the place of excellence for the development of activities in the scope of health promotion, once the children spend there many years of their physical, cognitive development and personal and social formation. In this perspective, the teacher exerts a constant and active influence on students' health and disease concepts and may stimulate them to the comprehension and adoption of healthy habits, being able to protect students' health and even their relatives ones. The present study has the objective to find out what is the conception about Health at School of public state school teachers inserted on "Health and Prevention at School" Project in Franca city. For that, eight schools were selected in different regions so representing all the regions of the city. The research was based in the qualitative methodology and the major data collection technique was the semi-structured interview. They were interviewed 15 teachers. To finish the interviews it was used data saturation. The study allowed the observation that, although the teachers present health concepts, some wider, some narrower, they are not well prepared to act on health education. So, this work at school is still a challenge, once the great majority of the education practitioners, despite well intentioned, present little formation in health, being little prepared to act as School Health Promotion agents.

Key-words: Health Concept; Health Promotion; School Health; Teachers.

LISTA DE SIGLAS

ABRASCO	Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva
CAPES	Coordenadoria de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CNS	Conferência Nacional de Saúde
DA	Deficiente auditivo
DM	Deficiente mental
DV	Deficiente visual
DST	Doenças Sexualmente Transmissíveis
E.E.	Escola Estadual
EJA	Educação de Jovens e Adultos
EPS	Escola Promotora de Saúde
FMRP	Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto
FSPUSP	Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo
HTPC	Hora de Trabalho Pedagógico Coletivo
IEP	Instituto Educacional Profissionalizante
IREPS	Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde
IUHPE	União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação
LDBEN	Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
OPAS	Organização Panamericana de Saúde
ORLA/UIPES	Oficina Regional Latino Americana da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde
PACS	Programa de Agentes Comunitários de Saúde
PCN	Parâmetros Curriculares Nacionais
PSE	Programa Saúde na Escola
PSF	Programa Saúde da Família
SPE	Saúde e Prevenção nas Escolas
SUS	Sistema Único de Saúde
UBS	Unidade Básica de Saúde

- UESF** Unidade de Saúde da Família
- UNESCO** Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura
- UNICEF** Fundo das Nações Unidas para a Infância
- WHO** *World Health Organization* – Organização Mundial da Saúde

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	31
1. PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE	33
1.1 O SURGIMENTO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE	36
1.2 A PROMOÇÃO DE SAÚDE NO BRASIL	43
2. PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE NA ESCOLA	46
2.1 PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA	51
2.2 ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE	54
2.3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA	56
3. EDUCAÇÃO NO BRASIL	59
4. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO	63
4.1 OBJETIVO GERAL	63
4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	63
5. METODOLOGIA	64
5.1 TIPO DE PESQUISA	64
5.2 UNIVERSO	65
5.3 BREVE HISTÓRICO DAS ESCOLAS ESTADUAIS DO MUNICÍPIO DE FRANCA	66
5.3.1 E.E. Torquato Caleiro	66
5.3.2 E.E. Professora Lydia Rocha Alves	67
5.3.3 E.E. Sérgio Leça Teixeira	67
5.3.4 E.E. Israel Niceus Moreira	68
5.3.5 E.E. Otávio Martins de Souza	69
5.3.6 E.E. João Marciano de Almeida	69
5.3.7 David Carneiro Ewbank	70
5.3.8 Suely Machado da Silva	70

5.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO _____	71
5.5 PROCEDIMENTOS _____	72
5.6 ANÁLISE DOS DADOS _____	73
5.7 ASPECTOS ÉTICOS _____	74
 6. RESULTADOS E DISCUSSÃO _____	 75
6.1 O TRABALHO DE CAMPO _____	75
6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFESSORES _____	76
6.3 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO “SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS” DA CIDADE DE FRANCA _____	78
6.4 ANÁLISE DA ENTREVISTA _____	79
6.4.1 A concepção dos professores sobre Saúde _____	79
6.4.2 O conceito dos professores sobre Educação em Saúde _____	82
6.4.3 A opinião dos professores quanto à importância de Educar em Saúde na Escola _____	86
6.4.4 A percepção dos professores quanto ao seu preparo para Educar em Saúde na Escola após a implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas _____	90
6.4.5 A percepção dos professores com relação aos problemas de saúde dos alunos em sala de aula _____	93
6.4.6 A percepção dos professores quanto aos possíveis riscos para a saúde no ambiente escolar e como atuam para preveni-los _____	98
 CONSIDERAÇÕES FINAIS _____	 103
 REFERÊNCIAS _____	 108
 APÊNDICE A – ENTREVISTA _____	 122
APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO _____	123
 ANEXO A – COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO, UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO (FMRP/USP). APROVADO EM 09/02/2009 _____	 124

INTRODUÇÃO

O interesse em pesquisar sobre a saúde no ambiente escolar surgiu durante a minha trajetória acadêmica no curso de graduação em Terapia Ocupacional a partir de uma experiência vivenciada no estágio de Terapia Ocupacional aplicada à Saúde Pública. Neste, pude conhecer a atuação deste profissional na promoção da saúde na escola, juntamente com outros profissionais da saúde, desenvolvido em parceria com a Unidade de Saúde da Família (UESF).

Durante esta experiência de estágio, foi possível observar o interesse dos alunos com relação à prática de saúde na escola e o quanto estas crianças e adolescentes mostravam-se carentes de informações referentes aos temas de saúde. Outro fator importante observado é que os professores não apresentavam interesse algum nestas práticas, deixando tudo sob responsabilidade do profissional da saúde. Esta experiência despertou-me o interesse e a curiosidade em entender melhor sobre a temática de saúde na escola, sobretudo qual seria o entendimento de professores sobre este tema.

A partir de então, a porta de entrada para o estudo no campo da Saúde na Escola foi aberta, proporcionando-me o surgimento de muitas questões acerca da saúde e educação que deveriam ser por mim aprofundadas, para que quando eu fosse atuar profissionalmente, eu pudesse lutar de forma consciente por aquilo que eu acredito... *“que toda criança e adolescente possam ser amparados pela saúde e educação com dignidade”*.

O atual momento histórico aponta para a importância da reflexão acerca da escola e sua relação com a saúde dos escolares. De acordo com Carvalho (1995), a escola, ao assumir uma visão mais ampliada do que a tradicional transmissão de conhecimentos em que as crianças e jovens vêm sendo mantidos como meros receptores passivos de saberes acadêmicos, torna-se o local de excelência para o desenvolvimento de atividades no âmbito da promoção da saúde, uma vez que as crianças passam aí muitos anos de seu período de desenvolvimento físico, cognitivo e de formação pessoal e social.

Era necessário, portanto, desafiar-me para que eu pudesse obter uma compreensão mais ampliada do contexto escolar e sua relação com a saúde dos escolares. Assim, optei por ouvir os professores, que são os atores sociais mais

indicados para falarem sobre esta temática, por serem os profissionais responsáveis pela educação na escola.

1. PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE

As formas como construímos conceitos, falamos e escrevemos sobre saúde nunca dizem respeito apenas à saúde.

Robertson (1998).

Quase todo ser humano se pergunta um dia sobre a origem da vida e/ou as razões da existência. Este tipo de reflexão deveria também ser realizado no âmbito profissional, buscando-se uma significação para as teorias e práticas adotadas que vá além do *laissez-faire* (automatismo) da cultura pragmática em que vivemos. Assim, nas áreas da saúde e educação, todo profissional deveria se colocar diante de dois questionamentos existenciais essenciais: O que é a saúde? Como meu trabalho pode efetivamente se tornar um meio de promovê-la? (BATISTELLA, 2007a).

Os conceitos de saúde e de doença, intimamente relacionados, refletem a conjuntura social, econômica, política, e cultural de um determinado local em uma determinada época. São conceitos que se alteram no tempo e no espaço, dependentes de concepções científicas, filosóficas, e inclusive religiosas, o que demonstra a evolução das idéias nesta área da experiência humana (SCLIAR, 2007). Assim, *“desde a visão mágica dos caçadores-coletores até a perspectiva individualizante do capitalismo concorrencial, a diversidade de práticas que procuram promover, manter ou recuperar a saúde têm estreita relação com as formações sociais e econômicas, os significados atribuídos e o conhecimento disponível em cada época”* (BATISTELLA, 2007a, p. 28).

Em tempos remotos, as doenças eram consideradas como resultado de influências de maus espíritos. Esta concepção, chamada de mágico-religiosa, partia do princípio de que a doença decorria da ação de forças alheias ao organismo, que se introduzem nele em virtude de pecado ou maldição (SCLIAR, 2007).

Ao lado das concepções mágico-religiosas, outras explicações para a saúde e a doença foram aos poucos se desenvolvendo. O rompimento com a superstição e as práticas mágicas aconteceu no apogeu da civilização grega, onde surgiram explicações racionais para os fenômenos de saúde e doença. Os grandes médicos gregos eram também filósofos naturais. Assim, mais do que simplesmente lidar com os problemas de saúde, reproduzindo-se teorias e práticas pré-estabelecidas, eles

buscavam entender as relações entre o homem e a natureza. A observação empírica da natureza transformou a maneira de se conceber o adoecimento humano, e a saúde e a doença passaram a ser consideradas como resultantes de processos naturais e não sagrados (BATISTELLA, 2007a).

A abordagem racional da Medicina encontra-se principalmente em Hipócrates (460-377 a.C.) (BATISTELLA, 2007a), considerado o pai desta profissão. Sua obra caracteriza-se pela valorização da observação empírica, evidenciada nos casos clínicos relatados, o que demonstra sua visão epidemiológica das questões de saúde-doença (SCLIAR, 2007). Hipócrates ignorou a crença de maus espíritos causarem as doenças, e entendia a doença como um desequilíbrio dos quatro fluidos: sangue, linfa, bile amarela e bile negra (SCLIAR, 1987). A saúde baseava-se no equilíbrio desses elementos. O homem era visto como uma unidade organizada e a doença resultava da desorganização desse estado (SCLIAR, 2007).

Hipócrates desenvolveu uma teoria que concebe a saúde como homeostase – resultante do equilíbrio entre o homem e seu meio. Ele observava as funções do organismo e suas relações com o meio ambiente (periodicidade das chuvas, ventos, calor ou frio) e social (trabalho, moradia, posição social, etc.) (BATISTELLA, 2007a). Assim emergiu a idéia de miasma, emanções de regiões insalubres que causavam doenças. A malária é um exemplo muito comum no sul da Europa e uma das causas da derrocada do Império Romano, cujo nome significa “maus ares” em latim. Aliás, este fato exemplifica a incorporação dos princípios da Medicina grega pelos romanos (SCLIAR, 2007).

Com a queda do Império Romano, por volta do ano 476, e a ascensão do regime feudal, houve um declínio da cultura urbana, e, por conseguinte, da organização e das práticas de saúde pública. Por outro lado, a expansão e o fortalecimento da igreja católica e de sua visão reprimiram qualquer explicação racional que buscasse aprofundar o conhecimento através da observação da natureza. As ciências, e mais especificamente a Medicina, eram consideradas blasfêmias diante do evangelho, e dessa forma, o desenvolvimento da Medicina só teve continuidade entre os árabes e os judeus (BATISTELLA, 2007a).

O Cristianismo afirmava a existência de uma correlação fundamental entre a doença e o pecado. As doenças passaram a ser entendidas como castigo de Deus, expiação dos pecados ou possessão do demônio, uma vez que este mundo representava apenas uma passagem, uma purificação da alma. As práticas de cura

deixaram então de ser realizadas por médicos e passaram a ser feitas pelos religiosos. As recomendações dietéticas, exercícios, chás, repousos e outras medidas terapêuticas da Medicina clássica foram substituídas por rezas, penitências, invocações de santos, exorcismos, unções e outros procedimentos para purificação da alma, visto que o corpo físico, apesar de abrigá-la, não tinha a mesma importância. Diante dos escassos recursos para conter o avanço das doenças, a interpretação cristã oferecia conforto espiritual, e morrer equivalia à libertação (ROSEN, 1994).

Essa situação começou a mudar durante o Renascimento, época em que houve uma revalorização dos conhecimentos técnicos originários dos diferentes ofícios, como a agricultura, a mineração, a metalurgia e a navegação (BATISTELLA, 2007a). Os intelectuais buscavam *“um saber em que a observação dos fenômenos, a atenção às obras, a pesquisa empírica, fossem mais importantes do que as evasões retóricas, as complacências verbais, as sutilezas lógicas, as construções apriorísticas”* (ROSSI, 1989, p. 25).

Assim, até o século XIX, as doenças foram sendo explicadas fundamentalmente por teorias empíricas, com escassa fundamentação científica. A mudança de metodologia alterou esse panorama e diversos estudos começaram a surgir até que a idéia de “partículas imperceptíveis” – os germes – fosse confirmada pela microscopia. No entanto, o modelo de transmissão das doenças permanecia obscuro, originando a idéia de saúde como falta da doença (SCLIAR, 1987). Esta idéia persistiu durante o século XX em decorrência do grande progresso nos conhecimentos médicos e tecnológicos, que consolidou uma referência em um paradigma biotecnológico (FERRAZ, 1999). Além disso, a indústria farmacêutica e uma certa cultura da doença podem ter colaborado com a pobreza deste conceito, uma vez que limitam os investimentos de pesquisa a uma abordagem teórica e empírica da saúde como simples ausência de doença (ILLICH, 1975).

Este modelo biomédico, caracterizado pela ênfase nos aspectos biológicos, individuais e pela abordagem mecanicista, fragmenta o corpo em sistemas, órgãos, tecidos e células, estimulando a produção de conhecimentos cada vez mais especializados sobre cada função e disfunção orgânica (BATISTELLA, 2007b). Georges Canguilhem (2006), médico e epistemólogo francês, critica o reducionismo da concepção biomédica mecanicista: *“é compreensível que a Medicina necessite de uma patologia objetiva, mas uma pesquisa que faz desaparecer seu objeto não é*

objetiva. (...) A clínica coloca o médico em contato com indivíduos completos e concretos, e não com seus órgãos ou funções” (p. 53).

Considerando que os fenômenos relacionados à saúde-doença não podem ser definidos apenas a partir do espaço subindividual, Almeida Filho e Andrade (2003) destacam a necessidade do estabelecimento de uma abordagem totalizadora que trabalhe a complexidade dos fenômenos da vida, saúde, doença, sofrimento e morte. Os autores afirmam que as disciplinas que compõem o campo da saúde têm definido de forma inadequada seu objeto de conhecimento, produzindo um grave reducionismo analítico. Eles indicam a necessidade de um tratamento teórico metodológico transdisciplinar que busque uma visão menos fragmentada e com mais ‘consciência epistemológica’, tendo como base a perspectiva da complexidade.

Edgar Morin, antropólogo, sociólogo e filósofo francês (2001, p. 564), sublinha dois grandes desafios da complexidade: *“o primeiro informa que a realidade é um tecido complexo e o segundo, que este tecido comporta a incerteza”*. Por isso, recomenda aos aprendentes: *“É preciso aprender a navegar em um oceano de incertezas em meio a arquipélagos de certeza”* (MORIN, 2000, p. 16). Uma parte da aparente desordem observada na natureza e nos fenômenos sociais acarreta uma grande parcela de imprecisão e de incerteza ao conhecimento. Essa realidade complexa é responsável pelo fim das certezas e do saber absoluto e total (MARTINAZZO, 2007). Segundo Martinazzo (2010, p. 1):

a realidade do tecido físico e social é algo complexo e os princípios cognitivos da teoria da complexidade possibilitam uma adequada percepção e compreensão dessa realidade. O modelo cartesiano é simplificador, pois, ao produzir um pensamento redutivo e disjuntivo não contempla a complexidade do real; o pensamento complexo, por sua vez, pode produzir um conhecimento pertinente porque consegue integrar, religar, fazer comunicar as instâncias e esferas separadas do conhecimento.

1.1. O SURGIMENTO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE

Os sistemas de saúde ocidentais, incluindo o brasileiro, foram sendo questionados do ponto de vista das práticas e políticas de saúde por sua dependência em relação a um modelo de assistência focado no indivíduo e na

dimensão curativa da doença, além de seus altos custos e efetividade baixa (SOUZA et al., 1994; MENDES, 1996). No Brasil, o modelo de assistência médica predominantemente centra-se em lutar contra a morte ao invés de promover a saúde. Este modelo tende a aumentar os custos da assistência médica, comprometendo assim, a qualidade da mesma, por não alcançar as reais necessidades dos pacientes (QUEIROZ, 2003).

A idéia de promover a saúde e não apenas curar a doença foi então se fortalecendo, emergindo assim os conceitos de vigilância da saúde e políticas públicas saudáveis articuladas à noção de Promoção da Saúde pela mudança das condições de vida e de trabalho da população (SOUZA et al., 1994; MENDES, 1996). Dessa forma, surgiram propostas para uma nova política de saúde, centradas em uma formulação positiva de teoria e prática, buscando romper com concepções estabelecidas sobre o processo saúde-doença-assistência médica (MENDES, 1996; PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000).

O discurso da promoção da saúde faz parte do contexto das limitações do modelo biomédico hegemônico, que estrutura toda a organização do complexo médico-industrial. Esse modelo, de enfoque curativo, reducionista, hospitalocêntrico e de alto custo, não resolve os agravos decorrentes do perfil de morbimortalidade das sociedades contemporâneas (BUSS, 2000).

Nesse sentido, segundo Ferreira e Magalhães (2007, p. 1676):

a promoção da saúde favorece a superação desses impasses, porque amplia o conceito de saúde, incorpora novos princípios às práticas médicas, diferentes campos de conhecimento e, ainda, propõe estratégias organizacionais para os serviços de saúde. Dessa forma, a Promoção da Saúde visa a enfrentar os limites do modelo biomédico hegemônico e dos modelos de intervenção em saúde pública, apontando novos direcionamentos para o setor. Dentro desse contexto, acreditamos que a promoção da saúde situa-se em processo de construção teórica e prática. Aponta para o redirecionamento das políticas e programas de saúde no país.

Sigerist (1946) foi um dos primeiros a utilizar a expressão "Promoção da Saúde", ao definir as quatro tarefas primordiais da Medicina: a promoção da saúde, a prevenção de doença, a recuperação do enfermo e a reabilitação. Ao listar os principais pontos de um programa nacional de saúde, o autor destacou a educação gratuita universal, boas condições de vida e trabalho, oportunidades para descanso

e recreação como as três mais importantes, deixando a atenção médica na quarta posição (PEREIRA et al., 2000).

No mesmo ano, a Organização Mundial da Saúde (OMS) combate o conceito de saúde como ausência de doença através de sua constituição, definindo a saúde como:

um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade. Desfrutar o melhor estado de saúde que é possível atingir constitui um dos direitos fundamentais de todo o ser humano, sem distinção de raça, de religião, de credo político, de condição econômica ou social. A saúde de todos os povos é essencial para conseguir a paz e a segurança e depende da mais estreita cooperação dos indivíduos e dos Estados (World Health Organization – WHO, 1985, p.1).

Leavell e Clark (1976) utilizaram o conceito de “Promoção da Saúde” ao formularem o modelo da história natural da doença. A medicina preventiva compreenderia três níveis de prevenção e no nível primário se encontraria a promoção da saúde, relacionada à saúde e ao bem-estar dos indivíduos. Entretanto, já no século XIX, a promoção de saúde aparecia de alguma forma no discurso da Medicina Social, na correlação entre saúde e condições de vida, através de Villermé e Chadwick (BUSS, 2000; CZERESNIA; FREITAS, 2003). Dessa forma, o termo não é recente, mas somente nos últimos vinte anos é que a promoção da saúde surge como estratégia promissora para o campo da Saúde Pública (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

O movimento de promoção da saúde teve seu início formal no Canadá em 1974 através da divulgação do *Informe Lalonde (A new perspective on the health of Canadians)* (BUSS, 2000). Iniciou-se assim uma nova era de interesse social e político pela saúde pública, instituindo-se programas e melhorando-se a compreensão da importância da adoção de ações intersetoriais independentes do sistema de saúde (MINAYO, 1987; FERRAZ, 1999).

Em 1978, a OMS realizou em Alma-Ata (Cazaquistão) a I Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, e estabeleceu a meta *Saúde para Todos no Ano 2000*, repercutindo significativamente nos sistemas de saúde do mundo todo (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007). Para se alcançar esta meta, deveriam ser estimuladas ações de diversos agentes internacionais a fim de diminuir as diferenças no desenvolvimento social e econômico dos países, e como

consequência, diminuir também a diferença no estado de saúde entre os países desenvolvidos e em desenvolvimento (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001). A Declaração de Alma-Ata foi um marco fundamental, constituindo-se um ponto de partida para outras iniciativas (MENDES, 2004).

A Organização Mundial da Saúde (OMS), juntamente com o Ministério da Saúde do Canadá, foi estruturando conceitos e práticas relacionadas à promoção da saúde. Este processo culminou na *I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde*, que reuniu participantes de todo o mundo em Ottawa (capital do Canadá) em 1986, com o objetivo de compartilhar experiências na área (BUSS, 2003).

A conferência teve como principal resultado a *Carta de Ottawa*, marco referencial da promoção da saúde, que definiu cinco áreas prioritárias de ação em promoção da saúde: políticas públicas saudáveis, criação de ambientes saudáveis, reforço à ação comunitária, desenvolvimento de habilidades pessoais e reorientação dos serviços de saúde. A carta também descreve os pré-requisitos para a saúde: paz, educação, moradia, alimentação, renda, ecossistema saudável, justiça social e equidade (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

A Carta de Ottawa (1986, p. 1) considera que:

A saúde é o maior recurso para o desenvolvimento social, econômico e pessoal, assim como uma importante dimensão da qualidade de vida. Fatores políticos, econômicos, sociais, culturais, ambientais, comportamentais e biológicos podem tanto favorecer como prejudicar a saúde. As ações de promoção da saúde objetivam, através da defesa da saúde, fazer com que as condições descritas sejam cada vez mais favoráveis.

Assim, a promoção da saúde incorpora uma concepção ampliada de saúde que se aproxima da idéia de qualidade de vida. O termo qualidade de vida, de acordo com Minayo et al. (2000, p. 8), “*abrange muitos significados, que refletem conhecimentos, experiências e valores de indivíduos e coletividades que a ele se reportam em variadas épocas, espaços e histórias diferentes, sendo, portanto uma construção social com a marca da relatividade cultural*”.

Segundo a Carta de Ottawa (1986, p. 1), “*promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.*”

Assim, o documento amplia a concepção de promoção da saúde a partir do reconhecimento da importância e do impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde. Além disso, ela considera que a promoção da saúde é realizada também através de atividades intersetoriais e não exclusivamente do setor saúde (FERRAZ, 1999). A promoção de saúde foi então reconhecida como o novo paradigma a ser adotado pelos países participantes da conferência, com o intuito de se resolver os crescentes problemas de saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1996a).

Durante a II Conferência Internacional de Promoção da Saúde realizada em Adelaide, Austrália, em 1988, foi elaborado um documento denominado *Declaração de Adelaide*, o qual destacou como uma das áreas prioritárias para a promoção da saúde: a alimentação e nutrição. A eliminação da fome, da má nutrição e dos agravos relacionados ao excesso de peso foi considerada meta essencial para a melhoria da qualidade de vida das coletividades. De acordo com essa declaração, as ações no setor de alimentação devem se estruturar no contexto da segurança alimentar e nutricional, para a garantia do acesso universal à ração de qualidade em quantidade suficiente, com respeito aos aspectos sócio-culturais das populações (OPAS, 2011). Para tal, são propostas medidas de integração entre os setores de produção, distribuição e acesso aos alimentos, a fim de assegurar o direito equitativo e justo à alimentação (VALENTE, 2002).

Nesse mesmo ano, a Constituição Federal Brasileira reconhece a alimentação como um direito humano universal e posteriormente, no ano de 1999, o Ministério da Saúde no Brasil elabora a Política Nacional de Alimentação e Nutrição, reforçando a questão da garantia à ração alimentar digna (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1999).

Em junho de 1991, em Sundsvall, Suécia, foi realizada a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde cujo tema foi “Promoção da Saúde e Ambientes Favoráveis à Saúde”. Nesta Conferência considerou-se que *“ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Atingir estas duas metas deveria, portanto, ser o objetivo central ao se estabelecerem prioridades para o desenvolvimento, e deveriam ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais”* (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1996d, p. 33).

Segundo Iervolino (2000), no contexto da saúde, o termo “ambiente favorável” refere-se aos aspectos físico e social dos espaços nos quais as pessoas vivem: comunidade, casas, trabalho e lazer.

No que diz respeito à educação, os participantes da Conferência reconheceram que:

é um direito humano básico e um elemento chave para trazer as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias e para tornar a saúde possível para todos. A educação para muitos tem sido inatingível ou insuficiente, ou ainda, falha em capacitar e fortalecer as populações mais pobres quando, ao contrário, deveria ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade, particularmente com respeito à cultura, classe social e gênero” (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1996d, p. 38).

A criação de ambientes favoráveis à saúde está, então, atrelada ao aumento do poder de deliberação das pessoas e da comunidade, e depende da educação e de maior participação nos processos de tomada de decisão, fatores essenciais num processo democrático de promoção da saúde (IERVOLINO, 2000).

Em 1997 em Jacarta, Indonésia, ocorreu a IV Conferência Internacional sobre promoção da saúde cujo tema foi: “Promoção da Saúde no século XXI”. Foi a primeira a ter lugar em um país em desenvolvimento e a incluir o setor privado no apoio à promoção da saúde. Ela ofereceu ocasião para refletir sobre o que se aprendeu sobre promoção da saúde, bem como reexaminar os determinantes da saúde e identificar as direções e estratégias necessárias para enfrentar os desafios da promoção da saúde no século XXI (OPAS, 2011).

A Conferência Internacional de Bogotá sobre Promoção da Saúde foi realizada em 1992 na cidade de Santa Fé de Bogotá (antigo nome da capital da Colômbia), com o intuito de incorporar em toda a América Latina o conceito de promoção da saúde descrito na Carta de Ottawa. Foi a primeira da América Latina e teve o objetivo de trazer ao continente americano a discussão do tema promoção da saúde, relacionado à questão da equidade e do desenvolvimento.

A Carta de Bogotá enfatiza a solidariedade e a equidade social como condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento. Além disso, ressalta a importância de novas alternativas nas ações de saúde pública, que se oponham ao sofrimento causado pelas enfermidades, pobreza, urbanização desregrada e industrialização (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1996c).

Esta Conferência determina ser necessário *“transformar as relações excludentes, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem estar para todos”* (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1996c, p. 42) considerando os agravos

das condições de vida das populações latino-americanas, com o aumento das situações de risco para a saúde.

Ferraz (1999) considera que há uma propensão em minimizar complexos problemas sanitários culpando a conduta individual. No entanto, para atingir a meta de saúde para todos, são necessárias mudanças nas condições sociais tais como a educação, o salário e a habitação que atuam como fatores importantes e decisivos no estilo de vida. Além disso, salienta que se torna complicado *“modificar a forma de vida quando faltam sistemas educativos completos e adequados, a higiene pessoal não é factível nas casas que carecem de água encanada e é difícil explicar uma dieta saudável para pessoas que passam fome”* (p. 33).

De acordo com a Declaração de Bogotá:

o desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e das sociedades é a essência da estratégia da promoção da saúde no continente americano. Portanto, deve levar em conta as tradições culturais e os processos sociais que forjaram as nacionalidades possibilitando, assim, enfrentar criativa e solidariamente as adversidades, os obstáculos estruturais as crises recorrentes. Reconhecer, recuperar, estimular e difundir estas experiências, é indispensável para a transformação da sociedade e deve ser um impulso à cultura da saúde (FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ, 1996c, p. 44).

Em 2002, a União Internacional para a Promoção da Saúde e Educação (IUHPE), a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo (FSPUSP), a Organização Panamericana de Saúde (OPAS) e o Ministério da Saúde (MS) promoveram, em São Paulo, a III Conferência Latino Americana de Promoção da Saúde e Educação para Saúde que contou com a participação de 18 países: Argentina, Brasil, Canadá, Chile, Colômbia, Costa Rica, EUA, França, Honduras, Itália, México, Panamá, Paraguai, Porto Rico e Uruguai. O tema da Conferência "Visão crítica da Promoção da Saúde e Educação para Saúde: situação atual e perspectivas", teve como objetivo o estímulo e o desenvolvimento de estratégias de promoção da qualidade de vida e saúde e educação para a saúde na América Latina. Promoveu o debate sobre princípios, estratégias e compromissos orientados para a universalidade e a equidade no acesso aos direitos fundamentais e sociais da região (OPAS, 2011).

Em 1992, a OMS promoveu no Rio de Janeiro a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento, que ficou mais conhecida

como Cúpula da Terra ou Eco 92. Na Agenda 21, principal documento produzido na conferência, a saúde ambiental foi definida como prioridade social para a promoção da saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995).

Para finalizar, é possível concluir que a promoção da saúde é uma maneira de enfrentar as questões relacionadas à saúde e qualidade de vida a partir do compartilhamento de responsabilidades entre gestores e a sociedade. Ela proporciona condições e ferramentas para uma ação integrada e multidisciplinar que abrange diversas dimensões da experiência humana – individual, social, política, econômica e cultural, utilizando-se assim dos conhecimentos produzidos em diferentes áreas (PAIM; ALMEIDA FILHO, 2000). A interdisciplinaridade é o fundamento cognitivo da promoção da saúde e a intersetorialidade sua ferramenta operacional (BUSS, 2000).

1.2. A PROMOÇÃO DA SAÚDE NO BRASIL

O movimento de promoção da saúde no Brasil adquiriu evidência em 1986 com a VIII Conferência Nacional de Saúde, que abordou três temas básicos, conforme pode ser observado em seu Relatório Final (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986):

Tema 1 – Saúde como Direito: A saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida (...). Direito à saúde significa a garantia, pelo Estado, de condições dignas de vida e de acesso universal e igualitário às ações e serviços de *promoção*, proteção e recuperação da saúde, em todos os níveis, a todos os habitantes do território nacional, levando ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade. (p. 4)

Tema 2 – Reformulação do Sistema Nacional de Saúde: deve resultar na criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência, através de uma ampla Reforma Sanitária. (p. 10)

Tema 3 – Financiamento do Setor: deverá ser constituído um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde, de maneira análoga. (p. 19)

A Conferência, segundo Pelicioni (1989) foi responsável pelo início de um ciclo que se encerrou com a aprovação do texto constitucional. Este ciclo constituiu-se na base fundamental para o desenvolvimento da Constituição Brasileira no que diz respeito à saúde do brasileiro, destacando-se alguns artigos (BRASIL, 1988):

Art. 196. A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes:

- I – descentralização, com direção única em cada esfera de governo;
- II – atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais;
- III – participação da comunidade.

Criou-se então, a partir da constituição de 1988, o Sistema Único de Saúde (SUS), com o objetivo de tornar a assistência médica acessível a todos. O SUS pode ser considerado, do ponto de vista filosófico, um dos modelos mais avançados do mundo, tendo como princípios a descentralização, a integralidade de assistência e a participação da comunidade através dos conselhos e conferências (IERVOLINO, 2000).

O SUS, através da Lei nº. 8080/90, incorporou a noção ampla de saúde dentro do contexto da promoção (BRASIL, 1990).

Art. 3º A saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do País.

Parágrafo único. Dizem respeito também à saúde as ações que, por força do disposto no artigo anterior, se destinam a garantir às pessoas e à coletividade condições de bem-estar físico, mental e social.

O Ministério da Saúde promoveu em 1996 a 10ª Conferência Nacional de Saúde cujo tema foi: “SUS – Construindo um modelo de atenção à saúde para a qualidade de vida” (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1998). Posteriormente, o Ministério da Saúde realizou em Brasília, em 1999, o I Fórum Nacional sobre Promoção da Saúde, com o intuito de divulgar as experiências e criar espaços para debate em promoção de saúde no país (FERREIRA; MAGALHÃES, 2007).

Em 2005, foi realizado no Rio de Janeiro o I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde com o objetivo de analisar o impacto das ações sobre promoção da saúde no Brasil. O seminário teve os seguintes resultados: propostas de expansão das experiências em promoção no país, construção de uma rede de promoção da saúde e a criação de um programa de evidência de efetividade em promoção da saúde no Brasil, reunindo a Oficina Regional Latino-Americana da União Internacional de Promoção da Saúde e Educação para a Saúde (ORLA/UIPES), Associação Brasileira de Pós-Graduação em Saúde Coletiva (ABRASCO) e outras instituições nacionais (BUSS, 2005).

O Ministério da Saúde atualmente subsidia diversas ações de educação em saúde, vigilância e reorganização da rede de assistência básica que têm favorecido a inclusão do tema da promoção na agenda política de saúde do país, tais como Programa Saúde da Família (PSF), Programa Agentes Comunitários de Saúde (PACS), Bolsa Família e Renda Mínima, Aleitamento Materno, Programa de Educação e Saúde através do exercício físico e do esporte, Escolas Promotoras de Saúde, Programa de Humanização no Pré-Natal e Nascimento (BUSS, 2005).

2. PANORAMA HISTÓRICO DA SAÚDE NA ESCOLA

Johann Peter Frank (1745-1821) é considerado o pai da saúde escolar, uma vez que detalhava sobre o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais, descrevendo desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula (LIMA, 1985). O médico alemão elaborou o *System einer Vollständigen Medicinischen Politizei* (Sistema Frank), considerado um marco no pensamento das relações sociais da saúde e da doença (ROSEN, 1979). O Sistema Frank considerava não apenas a saúde escolar, mas também várias facetas da saúde pública e individual, como demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, medicina militar, doenças infecto-contagiosas, vestuário, esgotos, suprimento de água e prevenção de acidentes (LIMA, 1985).

O Sistema Frank teve como resultado a elaboração de um código por Franz Anton Mai. A primeira lei do código aborda os deveres de um oficial de saúde, propondo sua atuação nos colégios, instruindo crianças e professores a respeito da promoção e manutenção da saúde. O oficial de saúde também devia orientar o adolescente a respeito dos excessos sexuais (ROSEN, 1979).

Durante o século XIX na Europa, já existiam programas de saúde do escolar, os quais serviram de modelo posteriormente aos Estados Unidos. Na França, em 1833, foi instituída uma lei que responsabilizava as autoridades educacionais quanto às condições sanitárias do ambiente escolar. Já em Paris, no ano de 1842, uma outra lei requeria um médico em cada escola para examinar os estudantes (ESCOBAR et al., 1991).

Mais adiante em 1850, nos Estados Unidos, foi sugerido pela Comissão Sanitária de Massachusetts que as escolas promovessem a saúde dos alunos, através da auto-inspeção mensal, sob supervisão do professor (ESCOBAR et al., 1991). A inspeção das crianças pelos médicos escolares em Nova Iorque (1902) se intensificou na tentativa de controlar as doenças transmissíveis da época, no entanto, as crianças não tratadas eram excluídas e raramente retornavam à escola (KORT, 1984 apud ESCOBAR et al., 1991).

Com o avanço da medicina no final do século XIX e primórdios do século XX, as concepções de saúde escolar foram sendo modificadas com a eliminação das

doenças contagiosas da época nesses países, a partir de então, iniciou-se a preocupação com as deficiências físicas detectadas no escolar durante a inspeção (KORT, 1984; PIGG, 1989 apud ESCOBAR et al., 1991).

Os estudos sobre saúde escolar no Brasil iniciaram-se a partir de 1850 quando o Estado começou a se preocupar com a saúde dos estudantes (MONCORVO FILHO, 1917). Neste período, em que a expansão da cafeicultura conduziu a um intenso processo migratório, o país passava por uma grave situação de saúde pública. A varíola, doença hoje erradicada em todo o mundo, era um grande problema para a saúde pública, assim como as epidemias de cólera, febre amarela e peste bubônica. Também havia um alto índice de doenças ainda comuns atualmente no país, tais como malária, sífilis, tuberculose e hanseníase. Tal quadro resultava em uma alta mortalidade da população, principalmente crianças acometidas por desnutrição, diarréias ou doenças para as quais há vacina hoje, tais como sarampo, tétano, coqueluche e difteria (FIGUEIREDO et al., 2010).

Contudo, somente a partir da primeira década do século XX é que a higiene escolar foi impulsionada, sendo institucionalizada em alguns estados brasileiros, como Rio de Janeiro, antigo Distrito Federal e São Paulo, nos quais a sociedade urbana vinha se transformando (ESCOBAR et al., 1991).

No estado de São Paulo, com a Lei nº 1.541 de 1916, a direção da Inspeção Médico-Escolar foi passada para a Diretoria Geral da Instrução Pública (ESCOBAR et al., 1991), que em parceria com o Instituto Soroterápico do Butantã, passou a realizar cursos de educação sanitária voltados aos professores e diretores da rede pública de ensino. Essa iniciativa se justificou pela visão da escola como um dos maiores fatores de uma "regeneração sanitária" (FERRIANI, 1983; 1991), iniciando-se assim, uma real preocupação com a educação em saúde na escola.

Na década de 1920 foi criada a cátedra de higiene na Faculdade de Medicina do Rio de Janeiro (PEIXOTO, 1908), e também houve o deslocamento da ação da polícia médica para a educação sanitária, através do modelo norte-americano (LIMA, 1985). Um dos primeiros passos na direção de programas de educação em saúde no país foram dados em 1924 com a criação, no município de São Gonçalo, do primeiro Pelotão de Saúde em uma escola estadual. Um ano depois, o diretor geral de instrução do estado mandou adotar o mesmo modelo nas escolas primárias do antigo Distrito Federal (LEVY et al., 1996).

Nesta época, acreditava-se que a educação poderia corrigir, através da higiene, o despreparo familiar que causava um comprometimento à saúde do estudante, e que a saúde individual era de fundamental importância para estabilidade e segurança da nação. A escola não seria apenas um espaço de ensino, mas também terapêutico, cabendo ao professor a tarefa de transformar o mundo (LIMA, 1985).

A saúde ou higiene escolar surgiu a partir do sanitarismo, da puericultura e da polícia médica (LIMA, 1985). Para Novaes (1979), a polícia médica foi a estratégia utilizada pelo Estado com o intuito de zelar pela saúde da população, sendo os médicos os responsáveis não apenas pelo tratamento dos doentes, mas também pelo controle de todos os aspectos da vida dos indivíduos. O exercício da polícia médica acontecia através (1) da inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino; (2) do sanitarismo, pela prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino; e (3) da puericultura, pela transmissão de regras de viver para professores e alunos (LIMA, 1985).

O período de destaque da educação sanitária no Brasil ocorreu entre as décadas de 1950 e 1960, momento em que se articulava *saúde e educação*, integrando-as nas propostas das políticas oficiais. Isso resultou em significativos avanços institucionais em diversos campos, como a valorização da higiene mental, a implantação das escolas maternais, creches e parques infantis, dentre outros (MELO, 1987). Entretanto, todo este movimento se pautava por uma ideologia modernizadora, encaminhando a hegemonia da burguesia industrial no domínio estrutural da sociedade (LUZ, 1981).

A pedagogia da saúde nesta época tinha como objetivo remover os obstáculos (culturais e psicossociais) às inovações tecnológicas de controle às doenças (CANESQUI, 1984). A perspectiva de participação da comunidade nos processos de educação em saúde, da década de 1960, visava mobilizar as populações a cooperarem com os agentes de saúde e os serviços de saúde inaugurados nas zonas rurais e periferias urbanas. Entretanto, a centralização administrativa da política nacional de saúde ainda era dominante (CANESQUI, 1984), e assim permaneceu até recentemente.

A literatura sobre a história da educação em saúde no Brasil evidencia que, desde o século XIX, a medicalização da vida social estava relacionada a um controle do Estado sobre os indivíduos, no sentido de manter e ampliar a hegemonia da

classe dominante (MOHR; SCHALL, 1992). A medicalização da vida social foi reforçada pelas descobertas bacteriológicas, reduzindo a doença a uma relação de causa e efeito de ordem estritamente biológica, não sendo consideradas as questões sociais nem mesmo o processo histórico da sua origem e manutenção (LOUREIRO, 1989).

Assim, a educação em saúde na escola, durante muito tempo, direcionou sua prática nas individualidades, com o objetivo de modificar comportamentos e atitudes não considerando as influências oriundas da realidade em que as crianças estavam inseridas. As ações eram isoladas partindo de uma visão assistencialista de educação não havendo discussões acerca da conscientização sobre o tema saúde e sua relação com o meio para o equilíbrio dinâmico da vida (PELICIONI; TORRES, 1999).

Já na década de 1970, depois de consecutivas reformas na área da política de saúde, a pedagogia de Paulo Freire era assimilada nas ações de saúde, no entanto não incorporada no contexto geral do país (MOHR; SCHALL, 1992). Segundo Canesqui (1984), esta pedagogia se reformulou, indo de encontro à saúde popular nas formas organizadas do movimento popular e às metas gerais das camadas trabalhadoras, sem desprezo por suas condições de vida e saúde.

Esses movimentos, comprometidos com as necessidades e possibilidades das classes populares, conduziram uma nova articulação entre a educação e a saúde, que em paralelo à causalidade biológica passaram a considerar as condições de vida e trabalho como fatores primordiais (MOHR; SCHALL, 1992).

Segundo Canguilhem (2006), o planejamento participativo é ferramenta fundamental para a viabilidade do encontro de saberes, interesses e visões sobre a realidade. Desde a identificação e definição de prioridades até a construção de propostas de intervenção são necessárias várias etapas e uma significativa capacidade de mobilização. A formação dessa capacidade normativa põe em evidência outra importante dimensão de uma nova prática: a ação educativa.

Posteriormente, o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) e a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO), em parceria com a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico e o Ministério da Saúde, publicaram algumas considerações identificando a importância da realização de um trabalho interligado entre os âmbitos da saúde e da educação na primeira infância, como estratégia essencial para a

melhoria da qualidade de vida das crianças (UNESCO, 2002; UNICEF, 2001). Assim, a partir de 1996, o tema saúde, começou a ser abordado dentro do referencial curricular escolar segundo a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN) 5692, utilizando como designação a referência “Programas de Saúde”. Porém, não era incorporado como disciplina curricular, e sim como um trabalho a ser desenvolvido de modo pragmático e contínuo (BRASIL, 1996). O objetivo desse trabalho era *“levar a criança e o adolescente ao desenvolvimento de hábitos saudáveis quanto à higiene pessoal, à alimentação, à prática esportiva, ao trabalho e ao lazer, permitindo-lhes a sua utilização imediata no sentido de preservar a saúde pessoal e a dos outros”* (BRASIL, 1996, p. 43).

A escola torna-se o local ideal à prática da educação em saúde, sendo co-responsável pelo aprendizado do aluno e de sua instrumentalização para enfrentamento da vida (CARDOSO et al., 2008). Segundo Focesi (1996), a educação em saúde deve capacitar a população para uma reflexão permanente, sobre a qualidade de vida que lhe é oferecida, as causas dos problemas de saúde e suas possíveis soluções; os recursos, normas e leis existentes para a proteção da saúde e sobre as medidas de prevenção da doença. A mesma autora acrescenta que a educação em saúde na escola *“é o processo pelo qual se pretende colaborar na formação de uma consciência crítica do escolar, que resulte na aquisição de práticas visando à promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e da saúde da comunidade da qual faz parte”* (FOCESI, 1992, p. 19).

A educação em saúde deve proporcionar aos alunos um enfoque integral, trabalhando-se auto-estima, hábitos de higiene e formas de vida saudáveis. A autora enfatiza que a educação em saúde limita a transmitir informações de uma matéria específica, mas busca o desenvolvimento de conhecimentos, hábitos e habilidades que contribuam para a adoção de um modo de vida mais saudável (IERVOLINO, 2000).

Marcondes (1972) salienta que a educação em saúde na escola deve:

1. Estar integrada à educação global;
2. Acompanhar a evolução nos campos da educação e da saúde;
3. Concorrer para o desenvolvimento integral da criança a partir de suas necessidades, interesses e problemas;
4. Levar em conta os fatores determinantes do comportamento humano (biológicos, psicológicos, sociais e culturais);

5. Ser compatível com a política de desenvolvimento educacional, sanitário, social e econômico do país;
6. Ser planejada, executada e avaliada pelo pessoal docente, profissional técnico, administrativo, pelos pais e representantes de agências da comunidade;
7. Procurar a participação da família e da comunidade para seu pleno desenvolvimento.

Para tanto, Iervolino e Pelicioni (2005, p. 100) afirmam que:

o processo de educação em saúde na escola traz como resultante, para a comunidade envolvida, novos conhecimentos, habilidades e destrezas para o cuidado com a saúde e para a prevenção de doenças e de condutas de riscos; fomenta a análise crítica e reflexiva sobre os valores, condutas, condições sociais e estilos de vida.

A XIV Conferência Mundial em Educação em Saúde elaborou um documento no qual colocava que todos os locais onde a educação fosse desenvolvida seriam espaços ideais para as aplicações das sugestões básicas da Declaração de Alma Ata e da Carta de Ottawa (BRASIL, 2001).

2.1. PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ESCOLA

A Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1954, colocou a necessidade de serem realizadas, dentro do espaço escolar, diversas atividades que favorecessem a promoção da saúde, e não somente o trabalho de transmissão de conhecimentos sobre aspectos relacionados à saúde (OMS, 1954).

A educação e saúde são produzidas pelas condições de vida, trabalho, lazer, moradia de cada sociedade em particular não podendo ser generalizada por imposição de normas, como antigamente, pois cada sociedade se organiza de forma particular (VALLA, 1999). Não é possível, portanto, reduzir as práticas no campo da educação e da saúde a uma série de regras e receitas a serem repassadas aos profissionais, aos alunos nas escolas ou às mães nos postos de saúde, como formas precípua de se conquistar a saúde (IERVOLINO, 2000).

No Brasil, a saúde escolar, ao longo do século XX, avançou em sintonia com a evolução técnico-científica, mudando o discurso tradicional (de lógica biomédica) para a concepção da estratégia da Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS). Este novo discurso surgiu no final da década de 80 e incorporou o conceito de promoção de saúde na saúde pública, estendendo-o ao entorno escolar (IPPOLITO-SHEPHERD, 2003).

Com a nova LDBEN 9394/96 e a construção dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), a saúde no campo da educação passou a ser um tema transversal, dentro do qual foi instituída a necessidade de haver uma ação integrada e intencional entre os campos da educação e saúde (BRASIL, 1996). A partir de então, os Parâmetros Curriculares Nacionais, sugerem que toda escola deve incorporar os princípios de promoção da saúde indicados pela OMS, com os objetivos de promover a saúde e o aprendizado em todos os momentos; integrar profissionais de saúde, educação e comunidade envolvida, no esforço de transformar a escola em um ambiente saudável; implementar práticas que respeitem o bem-estar e a dignidade individuais e implementar políticas que garantam o bem-estar individual e coletivo, oferecendo oportunidades de crescimento e desenvolvimento em um ambiente saudável, com a participação dos setores da saúde e educação, família e comunidade. Assim, o desenvolvimento do trabalho com as Escolas Promotoras de Saúde, que já era um movimento internacional, começa a ter força também no Brasil (BRASIL, 1996).

A promoção da saúde no âmbito escolar, segundo a Organização Panamericana de Saúde (OPAS), surgiu a partir de uma visão integral e multidisciplinar do ser humano, considerando o contexto familiar, comunitário, social e ambiental das pessoas. Dessa forma, as ações de promoção de saúde têm como objetivo o desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e destrezas a fim de capacitar o indivíduo para o cuidado da própria saúde e para a prevenção das condutas de risco em todas as situações educativas. Além disso, visam incentivar uma análise sobre os valores, as condutas, condições sociais e os estilos de vida dos próprios sujeitos envolvidos (PELICIONI; TORRES, 1999).

A educação para a saúde e a promoção da saúde estão estreitamente interligadas, pois a educação é um dos componentes e recursos fundamentais no processo de promoção da saúde, especialmente quando se trata de um processo educativo que se caracterize por ser democrático, participante, problematizador e

transformador, fundado no respeito e na valorização da humanidade, do saber popular e da identidade cultural dos sujeitos e comunidades envolvidas (BICUDO-PEREIRA et al., 2000).

O objetivo da educação em saúde, seguindo os princípios da promoção da saúde, é capacitar os educandos para atuarem como agentes transformadores e defensores da preservação e da sustentabilidade do meio-ambiente, para lutarem por melhores condições de vida e saúde, para ter maior acesso às informações em saúde, à cultura e ao lazer baseados nos seus direitos determinados e garantidos pela Constituição Federal (BRASIL, 1988). Para isso, deve ser realizada dentro do ambiente escolar por todos os atores sociais envolvidos no processo: pessoal da saúde, comunidade escolar (alunos, professores, pais, funcionários e direção) e todas as pessoas que vivem no entorno escolar, procurando desenvolver as habilidades de autocuidado em saúde e a prevenção das condutas de risco em todas as oportunidades educativas (TORRES, 2002).

O tema “Promoção da Saúde na Escola”, deixa evidente que a escola é um espaço para se ensinar e aprender, conviver e crescer, onde se adquire valores fundamentais, tornando-se o local ideal para se desenvolver programas da Promoção e Educação em Saúde de amplo alcance e repercussão, já que exerce uma grande influência sobre seus alunos nas diversas etapas de sua formação (PELICIONI; PHILIPPI JÚNIOR, 2005).

Cardoso et. al. (2008, p.108) ressaltam que:

A promoção em saúde no âmbito escolar apresenta três componentes relacionados entre si: educação para saúde com enfoque integral, incluindo o desenvolvimento de habilidades para a vida; criação e manutenção de ambientes físicos e psicossociais saudáveis e oferta de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa.

Assim, pode-se dizer que a escola constitui o lugar ideal para a educação, a promoção da saúde e a formação de ambientes saudáveis, seguros e apropriados ao desenvolvimento das pessoas, famílias e comunidades (OPAS, 1998), uma vez que o espaço escolar é concebido como um ambiente de vida da comunidade, cujo referencial para ação deve ser o desenvolvimento do educando como expressão de saúde, baseado em uma prática pedagógica participativa (CATRIB et al., 2003).

Segundo Catrib et al. (2003), as práticas sociais de educação e saúde no contexto escolar devem observar: 1) o reforço do sujeito social para capacitá-lo a cuidar de si e agir em grupo e em defesa da promoção da saúde; 2) a valorização da subjetividade e inter-subjetividade no processo de conhecimento da realidade, privilegiando o diálogo como expressão da comunicação; 3) o estímulo à participação como algo inerente ao viver coletivo; 4) a utilização de estratégias que permitam a coexistência da interface de várias áreas do conhecimento; 5) o reconhecimento da dimensão afetiva no processo de transformação e tomada de decisão, e 6) o incentivo e fomento de parcerias por meio de redes sociais de apoio.

Compreende-se assim que a saúde e a educação são inseparáveis e interdependentes, pois, para se ter educação, precisa-se da saúde, ao mesmo tempo em que a saúde só é alcançável quando se tem uma boa educação (RODRIGUÉZ et al., 2007).

2.2. ESCOLAS PROMOTORAS DE SAÚDE

O conceito de promoção da saúde no qual se baseia a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde (IREPS) surgiu a partir da Carta de Ottawa, com o objetivo de capacitar os indivíduos para exercerem um maior controle sobre sua saúde e sobre os fatores que podem afetá-la. Isto só seria possível através das escolas, lares, lugares de trabalho e ambiente comunitário, desde que houvesse uma participação ativa por parte das organizações profissionais, comerciais e beneficentes, orientada tanto ao exterior com ao interior das próprias instituições (CARTA DE OTTAWA, 1986).

Com a Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde, que ganhou forças nos anos 90, pretendeu-se superar o modelo mais antigo que considerava as escolas passivas e realizadoras das ações de saúde, oferecendo-lhes e demandando-lhes agora um papel ativo e dinamizador, que favoreça as iniciativas para a educação em saúde (OPAS, 1998). Após a 4ª Conferência, em Jacarta, elaborou-se um documento denominado *Declaração das Escolas Promotoras de Saúde*, o qual preconizava que toda criança tem o direito e deve ter a oportunidade de ser educada em uma Escola Promotora de Saúde (EPS) (BRASIL, 2001).

Baseada nos pressupostos da educação em saúde, a iniciativa da EPS, proposta pela Organização Mundial da Saúde, estimula a formação e a atualização do corpo docente, com o intuito de melhorar a saúde de todos que convivem na escola e em seu entorno; de contribuir para manutenção, preservação e sustentabilidade do meio ambiente; de prevenir as enfermidades e os riscos de acidentes; de promover a auto-estima; de reduzir gastos, bem como avaliar a eficácia das ações desenvolvidas (OPAS, 1996).

A proposta de EPS tem como pressuposto a integralidade do ser humano, de saúde e de educação para promover ativamente a saúde e melhorar a qualidade de vida de estudantes, professores, funcionários, familiares e comunidade, por meio da criação de ambientes saudáveis – englobando os meios físico, estrutural, psicossocial e as interações sociais que afetam o bem-estar e a produtividade da comunidade escolar (OPAS/OMS, 1995; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1995; TEGATA, 1997; PELICIONI, 1999).

No entanto, Pelicioni e Torres (1999) afirmam que a EPS não pode ser vista apenas como um sistema eficiente para produzir educação, mas como um local que se preocupa com a saúde de todos os seus membros: professores, alunos e pessoal não docente, bem como toda a comunidade escolar. Por esta razão, a EPS deve ser inclusiva e garantir a participação de todos os atores envolvidos, com o objetivo de criar atitudes e ambientes mais saudáveis, desenvolver habilidades e estimular a tomada de decisões, além de se colocar à serviço da promoção da saúde e oferecer serviços de saúde e educação em saúde (SILVA, 1997; SILVEIRA, 2000).

A EPS também tem como propósito contribuir para o desenvolvimento físico, psíquico e social dos escolares da educação básica, por meio de práticas de prevenção e promoção da saúde e da conservação do meio ambiente, dirigidas à comunidade (PELICIONI; TORRES, 1999).

Segundo a Organização Panamericana de Saúde, as escolas que contam com um prédio seguro e confortável; água potável e instalações sanitárias adequadas; um ambiente emocional positivo que favoreça a aprendizagem, o desenvolvimento humano saudável e as relações humanas construtivas e harmoniosas e que promovem as atitudes positivas em direção à saúde são consideradas “Escolas Promotoras de Saúde” (OPAS, 1998).

Segundo Pelicioni e Torres (1999, p. 10) *“uma Escola Promotora de Saúde pode ser caracterizada por ser uma escola que constantemente fortalece sua*

capacidade de representar um ambiente saudável para se viver, aprender e trabalhar”. Sendo assim, as autoras identificam as Escolas Promotoras de Saúde como sendo aquelas que:

- Apresentam conjunto de práticas designadas para a promoção e educação em saúde, visando proteger e melhorar a saúde e o bem estar de todos os que convivem na escola;
- Contém no currículo formal: programas de prevenção, educação e promoção da saúde, incentivando o respeito mútuo, a auto-estima, o conhecimento do corpo pelo aluno e a observação sistematizada do escolar pelos professores, a preservação do patrimônio, o cuidado e a manutenção do meio ambiente dentro e fora da escola;
- Incentivam e valorizam a participação dos pais e da comunidade em programas e projetos de saúde desenvolvidos em conjunto com as crianças e os professores;
- Desenvolvem os conteúdos dos programas de forma dinâmica e estimulante, permitindo que os alunos adquiram valores que os acompanharão para o resto de suas vidas;
- Voltem seu olhar ao ambiente físico, mantendo-o seguro e confortável, com água potável, condições higiênicas e sanitárias e de iluminação adequadas;
- Combatem aos desperdícios de qualquer natureza;
- Incentivam a formação e o favorecimento da atualização do corpo docente.

Conclui-se então que, a função das Escolas Promotoras de Saúde não se limita aos aspectos preventivos, mas também deve estabelecer, quando necessário, o tratamento e a recuperação de agravos e um sistema de referência às instituições.

2.3 PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

O Programa Saúde na Escola (PSE) é uma iniciativa dos Ministérios da Saúde e da Educação. O PSE visa a integração e articulação permanente da educação e da saúde, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população

brasileira com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes por meio de ações de promoção, prevenção e atenção à saúde, com vistas ao enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças e jovens da rede pública de ensino (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009; 2010).

A população beneficiada pelo PSE são os estudantes da Educação Básica, gestores e profissionais de educação e saúde, comunidade escolar e também estudantes da Rede Federal de Educação Profissional e Tecnológica e da Educação de Jovens e Adultos (EJA) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009).

As atividades de educação e saúde do PSE ocorrem nos Territórios definidos segundo a área de abrangência da Estratégia Saúde da Família (Ministério da Saúde), tornando possível o exercício de criação de núcleos e ligações entre as instituições públicas da saúde e da educação (escolas, centros de saúde, áreas de lazer como praças e ginásios esportivos, etc.) (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009).

No PSE, a criação dos territórios locais é elaborada a partir das estratégias firmadas entre a escola, a partir de seu projeto político-pedagógico, e a Unidade Básica de Saúde (UBS). O planejamento destas ações do PSE considera: o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar. A Escola é a área institucional privilegiada deste encontro da educação e da saúde: espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009).

Segundo o Ministério da Educação (2010), para o alcance dos objetivos e sucesso do PSE é de fundamental importância compreender a Educação Integral como um conceito que compreende a proteção, a atenção e o pleno desenvolvimento da comunidade escolar. Na esfera da saúde, as práticas das equipes de Saúde da Família, incluem prevenção, promoção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos e coletivos humanos.

Para alcançar estes propósitos o PSE foi constituído por cinco componentes, segundo o Ministério da Educação (2009):

- a) Avaliação das Condições de Saúde das crianças, adolescentes e jovens que estão na escola pública;
- b) Promoção da Saúde e de atividades de Prevenção;

c) Educação Permanente e Capacitação dos Profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens;

d) Monitoramento e Avaliação da Saúde dos Estudantes;

e) Monitoramento e Avaliação do Programa.

Ainda de acordo com o Ministério da Educação (2009), mais do que uma estratégia de integração das políticas setoriais, o PSE se propõe a ser um novo desenho da política de educação e saúde, já que: (1) trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; (2) permite a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; e (3) promove a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública.

3. EDUCAÇÃO NO BRASIL

A educação no Brasil é regida atualmente pela Lei Federal 9.394/96 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) e compreende a Educação Básica e o Ensino Superior. A Educação Básica abrange a Educação Infantil (de zero a cinco anos de idade), o Ensino Fundamental (com duração de oito a nove anos), e o Ensino Médio (com duração de três anos). A educação também é um direito social do cidadão brasileiro, garantido pela Constituição Federal em seu artigo 6º capítulo II (MAINARDI, 2010).

A educação pode ser entendida como o meio pelo qual o homem acessa o que foi construído pelas gerações anteriores, podendo assim, aprimorar e aperfeiçoar esse legado a fim de criar novos valores de uso (MENDES, 2006). Também pode ser considerada como um meio de proporcionar experiências que estimulem as potencialidades de cada indivíduo, levando a formação de uma consciência crítica. Para isso, é necessário que o sujeito incorpore de modo significativo os conhecimentos adquiridos em sua prática cotidiana (PELICIONI; PELICIONI, 2007).

Martinazzo (2010, p. 2) idealiza uma educação escolar que:

se oriente pelo paradigma da complexidade, tendo como meta-fim, desenvolver uma aptidão geral para compreender e enfrentar os problemas, para contextualizar e globalizar os saberes, levando em conta os princípios organizadores do conhecimento complexo que religam os saberes e lhes dão sentido. Esse é o grande desafio para a escola: ensinar a pertinência dos conhecimentos (p. 6).

O conhecimento pertinente é produto de um pensar complexo que sabe operar com as leis e princípios da complexidade [...] que possibilita religar os saberes, perceber as contradições e as relações que se estabelecem entre as partes e o todo e vice-versa. Esses operadores cognitivos incorporam, superam e ultrapassam a epistemologia cartesiana e possibilitam ampliar o foco e o campo de observação, de percepção e de compreensão e, portanto, podem produzir o conhecimento pertinente na educação escolar.

Atualmente deseja-se uma escola libertadora que:

- promova a formação de pessoas autônomas, capazes de interpretar e intervir na realidade de maneira positiva, e que se abra para a vida, eduque para o

trabalho, e desenvolva as potencialidades de cada aluno fazendo com que ele se perceba como parte de uma coletividade (FREINET, 1998);

- estimule o desenvolvimento de estilos de vida saudáveis na comunidade escolar, associando a teoria à prática, promovendo a saúde, oferecendo ambiente saudável, serviços de saúde e educação em saúde (OPAS, 1995);

- crie condições para o exercício da liberdade e propicie ao ser humano a oportunidade de realizar escolhas, sabendo-se que cada escolha implica o estabelecimento de valores (BOLEIZ JÚNIOR, 2008);

- promova ações que desenvolvam a cidadania e a emancipação da população, combatendo-se a tendência à passividade (BYDLOWSKI, 2006);

- eduque para a democracia, construindo cidadãos politizados, que cumpram bem seus deveres e que lutem pelos seus direitos (FREIRE, 1996; 1997).

A escola assume assim a função de contribuir para a formação de cidadãos comprometidos com a sociedade da qual fazem parte, conscientes de que sofrem influências do meio em que vivem, mas também nele interferem para efetivar transformações, visando ao bem comum (MAINARDI, 2005).

Entretanto, apesar de ser reconhecida pela sociedade como um ambiente favorável para o desenvolvimento de conhecimentos, atitudes e habilidades, a escola não tem contribuído para o exercício da cidadania da maneira desejada (MAINARDI; BICUDO-PEREIRA, 2009a; 2009b). Iniciativas importantes têm surgido buscando uma mobilização nacional a favor da qualidade no ensino básico público, mesmo que ainda não se tenha definido de forma clara e consensual o significado de qualidade e como alcançá-la (MAINARDI, 2005).

Infelizmente, a qualidade da educação não parece fazer parte das prioridades dos gestores públicos, resultando em prejuízos na concepção e implementação de políticas públicas eficientes para a melhoria da qualidade da educação pública. Os atuais problemas são diversos: a tradicional descontinuidade das iniciativas educacionais, a superlotação das salas de aula, a formação deficiente dos professores, o descaso com a saúde do aluno e a do professor, etc. Ainda existe a polêmica relacionada ao financiamento da educação básica pública (MARQUES et al., 2007). Segundo a UNESCO (Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura), seria necessário dobrar o investimento para se recuperar o atraso do sistema educacional brasileiro (SQUIZATO, 2006).

Além disso, a qualidade da educação pública também não faz parte das prioridades da própria sociedade brasileira, evidenciando o seguinte dilema: a sociedade não tem uma educação pública básica de qualidade por não ser uma prioridade do poder público, da mesma forma que o poder público não a prioriza porque não constitui uma demanda da sociedade (MARQUES et al., 2007; CUNHA, 2011).

A sociedade brasileira vem terceirizando, histórico-culturalmente, seus eventuais fracassos e suas responsabilidades, atribuindo-os ao Estado, ao sistema político-econômico, ao diretor e ao professor da escola, ao síndico do prédio ou ao destino, isentando-se da obrigação de pensar e agir, da urgência em mudar seus hábitos e valores e de transformar a si e ao seu mundo, negando-se a assumir definitivamente seu papel diante das necessidades contemporâneas, em especial no que diz respeito ao ensino público de educação básica (MARQUES et al., 2007, p. 8).

Paulo Freire, em sua obra *Pedagogia da Autonomia*, faz uma análise deste comportamento da sociedade, associando-o ao neoliberalismo (1996, p. 11):

A ideologia fatalista, imobilizante, que anima o discurso neoliberal anda solta no mundo. Com ares de pós-modernidade, insiste em convencer-nos de que nada podemos contra a realidade, que de histórica e cultural, passa a ser ou a virar “quase natural”. Frases como “a realidade é assim mesmo, que podemos fazer?” ou “o desemprego no mundo é uma fatalidade do fim do século” expressam bem o fatalismo desta ideologia e sua indiscutível vontade imobilizadora. Do ponto de vista de tal ideologia, só há uma saída para a prática educativa: adaptar o educando a esta realidade que não pode ser mudada. O de que se precisa, por isso mesmo, é o treino técnico e indispensável à adaptação do educando, à sua sobrevivência.

Por outro lado, as práticas neoliberais levam gradativamente a uma privatização do papel do Estado, transferindo-se a responsabilidade e os compromissos legais do poder público à sociedade. As escolas públicas acabam sofrendo as consequências dessa política (MARQUES et al., 2007), conforme fica evidente no programa *Amigos da Escola*, em que pais, familiares e a comunidade em geral são convocados para colaborar com o desenvolvimento e a resolução de problemas (incluindo serviços de manutenção) do ambiente escolar.

Além disso, a concepção de educação e o planejamento escolar são realizados por técnicos de nível hierárquico superior ao dos professores, que ficam

encarregados exclusivamente da execução. Isso torna as escolas cada vez mais semelhantes a empresas, fragmentando o trabalho do professor (CARVALHO, 1995).

Assim, conforme observa Marques (2007, p. 21):

Faz-se então necessária uma grande reestruturação qualitativa da educação pública brasileira de ensino básico, considerando os inúmeros desafios e envolvendo de forma participativa e cooperativa todos os atores da sociedade. Acredita-se ainda que, para legitimar qualquer diálogo e iniciativa no campo da educação, é preciso o envolvimento verdadeiro dos autênticos protagonistas da práxis educativa – os professores –, partindo dos seus sonhos, angústias, sugestões e experiências, acumulados ao longo dos anos de magistério, além das passagens por escolas diversas e as inúmeras mudanças de gestores públicos.

Assim, não se pode esperar êxito algum daqueles que elaboram e estudam políticas educacionais se não houver a confiança e o comprometimento dos que fazem o ensino (PARO, 2001).

É necessário então, que o Estado priorize uma educação de qualidade, educação esta, que combata também os problemas sociais tais como: a pobreza, a injustiça e a desigualdade e que proporcione a formação de hábitos e valores para a construção de um cidadão crítico e ativo formador de opiniões.

4. OBJETIVOS DA INVESTIGAÇÃO

4.1 OBJETIVO GERAL

Conhecer qual a concepção de professores sobre o tema Saúde na Escola.

4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

1. Investigar a idéia que os professores das escolas públicas de ensino fundamental e médio inseridas no Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” têm sobre:

- saúde;
- educação em saúde;
- importância da educação em saúde na escola;
- o próprio preparo para educar em saúde na escola;

2. Investigar a percepção que os professores das escolas públicas de ensino fundamental e médio inseridas no Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” têm quanto:

- aos problemas de saúde nos alunos;
- aos riscos para a saúde na escola.

5. METODOLOGIA

5.1 TIPO DE PESQUISA

Sabe-se que, tradicionalmente, a pesquisa social tem sido marcada fortemente por estudos que valorizam o emprego de métodos quantitativos para descrever e explicar fenômenos. Hoje porém, podemos identificar outra forma de abordagem que se tem afirmado como promissora possibilidade de investigação: trata-se da pesquisa “qualitativa”.

Por se tratar de uma investigação que busca compreender a concepção de professores sobre saúde na escola, e perceber a compreensão que eles têm de determinadas situações e temáticas é que se optou pela realização de uma investigação predominantemente qualitativa.

Assim, quando se necessita avaliar um universo de significados, desejos, aspirações, motivos, valores, o método estatístico não consegue abarcar tais dimensões com a profundidade pretendida, sendo necessária uma abordagem da qualidade do fenômeno, através do método qualitativo.

Para Iervolino (2000) os procedimentos qualitativos têm sido utilizados quando o objetivo do investigador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento; como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados à determinados fenômenos.

Com o intuito de tentar responder aos objetivos geral e específicos deste estudo, optou-se pelo método qualitativo de análise, porque temos o propósito de observar vários elementos simultaneamente no grupo estudado, propiciando um conhecimento aprofundado do mesmo em relação à saúde no ambiente escolar.

Só o método qualitativo permite uma visão de dentro do grupo pesquisado, trabalhando-se com um elevado número de questões, no estudo de grupos pequenos de pessoas.

Na pesquisa qualitativa, é o conjunto de situações que dá sentido, e não uma situação isolada; pode-se, entretanto, buscar o importante na novidade dos temas mesmo se a frequência é pequena (MINAYO, 1993).

Segundo Minayo (2004), a metodologia qualitativa é caracterizada por não privilegiar o critério numérico, pois o que importa é a qualidade das informações que poderão ser obtidas dos participantes selecionados e a capacidade de reflexão sobre essas.

Além disso, a pesquisa qualitativa permite o estudo de valores, crenças, sentimentos e emoções, possibilitando que o pesquisador vá ao encontro dos participantes da pesquisa, colocando-o na perspectiva do participante. Permite a quem vai pesquisar, entrar em contato com a realidade do participante, possibilitando o aprofundamento do conhecimento sobre questões subjetivas, coletivas e sociais (JUNQUEIRA et al., 2002).

É importante salientar que a própria problemática de pesquisa é que define a metodologia, sendo que nesse caso a mesma apresentou-se baseada em um pressuposto teórico enraizado nas Ciências Sociais, optando-se, dessa forma, pela metodologia qualitativa.

5.2 UNIVERSO

Franca é uma cidade que se localiza na região nordeste do estado de São Paulo, apresenta população estimada de 330.938 habitantes e sedia a 14^a região administrativa do Estado, fazendo fronteiras com cidades paulistas como Batatais, Patrocínio Paulista e Cristais Paulista, e com as cidades mineiras de Ibiraci, Passos e Claraval.

Foram escolhidas para o desenvolvimento do presente trabalho oito escolas estaduais inseridas no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas desde sua implantação, distribuídas geograficamente de forma a representar toda a cidade.

Assim, determinou-se que participariam da pesquisa apenas os professores do ensino fundamental e médio dos três períodos (manhã, tarde e noite) que participam ou já participaram do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, das seguintes Escolas Estaduais (EE): E.E. Torquato Caleiro, E.E. Lydia Rocha Alves, E.E. Sérgio Leça Teixeira, E.E. Israel Niceus Moreira, E.E. Prof. Otávio Martins de Souza, E.E. João Marciano de Almeida, E.E. David Carneiro Ewbank, E.E. Professora Suely Machado da Silva.

As entrevistas foram realizadas nas respectivas escolas, no período do HTPC (Hora de Trabalho Pedagógico Coletivo), de modo a não interferir na rotina das atividades em sala de aula, e também foi o único período disponibilizado pelos coordenadores.

5.3 BREVE HISTÓRICO DAS ESCOLAS ESTADUAIS DO MUNICÍPIO DE FRANCA – SP¹

5.3.1 E.E. Torquato Caleiro

A escola foi fundada no dia 02 de fevereiro de 1982, tendo iniciado suas atividades em 12 de março de 1928. O prédio da escola foi entregue em 1942 em pleno período da ditadura de Getúlio Vargas (Estado Novo). Sua arquitetura é semelhante à de outras unidades escolares erguidas naquele período no interior do Estado. Seu espaço físico compreende uma área ampla contendo uma entrada central e duas outras laterais destinadas aos alunos, de sorte que se encontra instalada sob a forma de dois pavimentos.

O colégio central era a expressão de um modelo de Estado forte, hierarquizado e disciplinador. Embora fosse construído e mantido com dinheiro público, a escola não se destinava a todos, uma vez que se tratava, na realidade, de uma antiga reivindicação das elites e das classes médias locais, as quais haviam de enviar suas filhas para cursarem magistério em cidades distantes, porquanto àquele período não restava alternativa melhor quando a temática era qualidade acadêmica.

Atualmente, são desenvolvidos vários projetos sociais e filantrópicos, dentre os quais podemos sublinhar: Gincana da Cidadania; Comunidade Presente; Festival da Música Biológica em parceria com a Unifran e Unimed; Prevenção Também se Ensina; Saúde e Prevenção nas Escolas; Pastoral da Educação.

¹ Informações retiradas do Livro: DIRETORIA DE ENSINO DE FRANCA. **Registros e Memórias**. Franca, 2007.

O ginásio localiza-se na área central da cidade de Franca, sendo uma das escolas mais tradicionais do Estado de São Paulo, razão pela qual muitos alunos de vários bairros da urbe o procurem para estudar.

Vale destacar que o educandário sempre coloca à disposição da comunidade suas dependências para reuniões, cursos, palestras e eventos artísticos e esportivos, representando grande importância no que tange ao incentivo à cidadania, à cultura, à saúde e, sobretudo ao ensino.

5.3.2 E.E. Professora Lydia Rocha Alves

A escola foi instituída em 12 de Setembro de 2001, situa-se em um bairro periférico e atende alunos dos bairros Jardim Santa Bárbara, Jardim Aeroporto III e IV, Jardim Aviação e alguns alunos de chácaras vizinhas.

Surge no contexto de expansão da indústria calçadista de Franca o bairro Jardim Santa Bárbara, onde foi criada a Escola Estadual Professora Lydia Rocha Alves no intuito de atender às necessidades dessa nova população e também atender a demanda da Escola Estadual Professor Sérgio Leça Teixeira, que não mais comportava toda a crescente demanda estudantil, pelo fato de já atender os alunos dos Ensinos Fundamental e Médio, além de turmas de Educação de Jovens e Adultos.

5.3.3 Sérgio Leça Teixeira

Estabelecida formalmente na década de 90, mais precisamente no dia 05 de Fevereiro. Localiza-se na região sudeste, especificamente no Jardim Aeroporto III e funciona atualmente nos turnos manhã, tarde e noite, acolhendo o Ensino Fundamental e Médio.

O bairro foi criado em 1983, emergindo importantes melhorias somente a partir de 1990, dentre as quais podemos citar a lagoa de esgoto e o serviço de asfaltamento, além de outras obras conquistadas através de reivindicações de

moradores, sempre com o objetivo de aprimorar as condições de vida e bem estar da comunidade e, sobretudo, contribuir para o progresso do bairro.

Por outro lado, insere-se em localidade periférica que apresenta altos índices de violência. Pode-se afirmar que a maioria da população é composta por jovens pertencentes à denominada “classe média baixa” e possuem baixo grau de instrução; as famílias tendem a ser numerosas e, conseqüentemente, existe um grande número de crianças em idade escolar, o que gera elevado número de vagas no Ensino Fundamental e Médio.

Por esses e outros aspectos é que a Escola Sérgio Leça foi recomendada para inauguração do Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas” na cidade de Franca.

5.3.4 E.E. Israel Niceus Moreira

A escola foi fundada no ano de 1977, na zona oeste da cidade no bairro Santa Ifigênia, o qual apresentou rápido crescimento de mercado, assim, uma avenida foi prontamente destinada ao comércio; e fábricas e farmácias foram rapidamente construídas.

Houve a necessidade de aquela comunidade poder ser acolhida por uma instituição de ensino para as crianças das novas famílias que ali se formavam, por esta razão, iniciou-se a construção da E.E. Prof. Israel Niceus Moreira, que atualmente conta 20 anos de funcionamento e se localiza nas proximidades de uma escola estadual e uma municipal, além do centro comunitário.

Nos dias atuais, o bairro possui um Centro Comunitário que, infelizmente, tem sido pouco utilizado e tampouco possui um nome ou adjetivo que se destaque como uma liderança popular efetiva; ademais, prescinde o local de bibliotecas, museus, clubes recreativos, contando apenas com uma igreja católica, uma evangélica e pontos comerciais.

5.3.5 E.E. Otávio Martins de Souza

Esta unidade de ensino foi erguida no bairro designado Chico Julio, então valorizado por sua proximidade à Estação Ferroviária e à construção do Parque Fernando Costa, local de destaque na economia francana, porquanto vinculada à pecuária, principalmente pela produção e reprodução de gado de raça. Ainda sob esta conjuntura, a localidade foi impulsionada pela instalação da Indústria de Laticínios Jussara e pelo asfaltamento da Avenida Chico Júlio em 1957, quando se tronou uma importante via de transportes ligando a cidade a outras regiões.

Com efeito, o adensamento populacional da Vila Chico Júlio aumentou a necessidade de instalação de uma escola mais próxima e mais espaçosa para atender a já existente demanda um núcleo de ensino. Sob essa perspectiva, foi criado em março de 1970 o 5º Ginásio Estadual, o qual passou a ser chamado de Prof. Otávio Martins de Souza no ano subsequente.

Desde o ano de 2006 o colégio funciona em tempo integral e suporta 1040 alunos de Ensino Médio e Ensino Fundamental, os quais permanecem no estabelecimento no período compreendido das 7h00 as 16h10, oferecendo em sua grade curricular oficinas diferenciadas, além das refeições diárias.

Por ser uma escola de tempo integral, seu corpo discente é composto de alunos do bairro e de outras localidades vizinhas e distantes.

5.3.6 E.E. João Marciano de Almeida

A E.E. João Marciano de Almeida situa-se no cruzamento da Avenida Presidente Vargas com a Rua Espírito Santo, região valorizada do bairro Cidade Nova. O núcleo acadêmico contém 48 salas, cujo funcionamento ocorre nos períodos da manhã, tarde e noite e atende aproximadamente 2.500 alunos, que se deslocam dos vários bairros da cidade, buscando nessa instituição um ensino de qualidade que atenda às suas necessidades.

Agregada em região nobre em face de seus muitos comércios, bancos, farmácias, praças e igrejas, aludida unidade de ensino trouxe à urbe um longo

caminhar de desenvolvimento e conquista no sistema educacional, sempre priorizando um ensino-aprendizagem de qualidade.

Trata-se, portanto, de referência em educação pública na cidade de Franca, apresentando elevada estima pelos trabalhos que vem sendo incrementados ao longo dos anos pelos responsáveis pela administração da escola, relevando-se importante a sua organização no contexto das escolas populares.

5.3.7 E.E. David Carneiro Ewbank

Esta escola surgiu na década de 50 e sofreu inúmeras transformações até os tempos atuais. Situa-se no bairro Vila Nova, conta com aproximadamente 2272 alunos, possui salas com período letivo distribuído em três períodos: manhã, tarde e noite.

Neste cenário, a maioria dos estudantes pertence à classe média baixa e são oriundos de escolas públicas estaduais e municipais. Cumpre realçar que parte de seus pais concluíram o Ensino Médio e outros o Ensino Superior; portanto, esboçam nível sócio-cultural razoável.

O bairro comporta lojas, bancos e serviços diversos, transporte e segurança.

5.3.8 E.E. Suely Machado da Silva

O ginásio situa-se no bairro Jardim Brasilândia e destaca-se pela boa reputação que tem na comunidade, por seus professores engajados no trabalho educacional e pelo constante apoio dado pela equipe gestora para que a aprendizagem do aluno seja o ponto principal em suas atividades cotidianas.

Os alunos são carentes de qualquer privilégio sócio-cultural pela falta de oportunidade familiar e pertencem a bairros desprovidos de fonte de lazer; por esta razão, participam do Programa Escola da Família nos finais de semana.

Enfim, cabe salientar que grande parte das escolas estaduais de Franca localiza-se em bairros afastados, onde a qualidade de vida é mais precária e cuja população não apresenta níveis suficientemente adequados para um padrão de excelência. Por outro lado, essas mesmas localidades apresentam boas condições de saneamento, rede de esgoto, distribuição de água de qualidade pela SABESP, serviços de telefone, internet, TV a cabo e em geral, os colégios se localizam nas proximidades de lojas, farmácias, mercados, postos de combustíveis e conveniência, comércios diversos, sobretudo em razão das particularidades do padrão de desenvolvimento da cidade de Franca, a qual apresenta potencial para a expansão comercial, empresarial e industrial.

5.4 POPULAÇÃO DE ESTUDO

Na realização deste estudo foram considerados como população de referência professores que lecionam nas escolas onde o “Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas” acontece e que estejam ou já estiveram vinculados com o mesmo, apresentando um total de 20 professores.

Foram considerados participantes da população deste estudo os professores (de qualquer idade, sexo, classe social, condição física, etnia, que tenham magistério e/ou graduação e/ou até pós-graduação) que, necessariamente, estejam ou já estiveram envolvidos com o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Só não participaram da pesquisa aqueles professores que se recusaram.

O número de professores que foram contemplados para investigação não foi determinado por um cálculo amostral. O n que representará a população de estudo foi indicado pela própria saturação dos dados. Para Denzin e Lincoln (2003), no processo de saturação da informação é suspensa a inclusão de novos participantes quando os dados obtidos passam a apresentar, na avaliação do pesquisador, uma certa redundância ou repetição e não acrescentam novos elementos à investigação que contribuam significativamente para o aperfeiçoamento da reflexão teórica fundamentada nos dados que estão sendo coletados.

De acordo com Minayo (1993), o número de pessoas é menos importante do que a teimosia de enxergar a questão sob várias perspectivas, pontos de vista e de

observação. Em nossa pesquisa, o número de entrevistados foi quinze. Tomou-se o cuidado de buscar, dentro do universo da pesquisa, a maior diversidade possível, de forma a contemplar as diferentes perspectivas do problema e obter uma saturação dos dados adequada.

Deve-se ter em mente que, apesar de não se saber o número de professores que seriam entrevistados, foi necessário estabelecer como esses professores seriam selecionados para entrevista. Após uma análise das possibilidades, optou-se pela amostragem aleatória simples para selecionar esses professores.

Neste tipo de amostra, a premissa é de que cada componente da população estudada tem a mesma chance de ser escolhido para compor a amostra e a técnica que garante esta igual probabilidade é a seleção aleatória dos indivíduos, por exemplo através do sorteio (LEVY; LEMESHOW, 1980).

Assim, os elementos da população foram numerados de um a 20, em 20 cartões, logo após, foram misturados em uma urna e sorteados sem reposição, 15 desses cartões, número que determinou a saturação dos dados.

5.5 PROCEDIMENTOS

Utilizou-se como principal técnica de coleta de dados, a entrevista semi-estruturada por que é mais flexível e facilita a expressão, pelo sujeito, das respostas desejadas por ele. Permite observar o que diz o entrevistado e como diz, verificando as possíveis contradições; é o instrumento mais adequado para a revelação de informações sobre assuntos complexos; permite uma maior profundidade; estabelecer uma relação de confiança e amizade entre pesquisador-pesquisado, o que propicia o surgimento de outros dados.

Segundo Nogueira-Martins (2001), o questionário ou entrevista semi-estruturado é aquela que parte de questionamentos que interessam à pesquisa e que oferecem amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebem as respostas do entrevistado. A entrevista permite correções, esclarecimentos e adaptações para torná-la eficaz na obtenção das informações desejadas.

O roteiro da entrevista (APÊNDICE A) buscou apreender questões referentes aos temas de saúde, educação em saúde na escola, promoção de saúde, práticas desenvolvidas no ambiente escolar para promover saúde e percepção dos professores para identificarem problemas de saúde nos alunos.

As entrevistas foram realizadas no local de trabalho dos professores, a fim de facilitar a aderência dos mesmos à pesquisa, além disso, foram gravadas e transcritas na íntegra. Convém ressaltar que as mesmas aconteceram de acordo com a disponibilidade dos professores, sem interromper o cronograma das atividades escolares.

5.6 ANÁLISE DOS DADOS

A partir dos dados coletados através das entrevistas com os professores, buscou-se compreender a concepção dos professores sobre Saúde na Escola de acordo com as perguntas referentes: à saúde, à educação em saúde, à educação em saúde na escola, ao preparo dos professores para educarem em saúde, aos problemas de saúde das crianças e adolescentes e aos riscos no ambiente escolar.

Para a análise dos dados das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo, utilizando a técnica da análise temática. De acordo com Chizzotti (1995), a análise de conteúdo é um método de tratamento e análise de informações, colhidas por meio de técnicas de coleta de dados, consubstanciadas em um documento. O autor ainda destaca que o objetivo desta é compreender criticamente o sentido das comunicações, seu conteúdo manifesto ou latente e as significações explícitas ou ocultas.

Neste estudo, optou-se pela análise temática, o que resultou em várias leituras do material registrado, buscando uma maior aproximação com o mesmo e, em seguida, realizou-se uma leitura flutuante para identificação dos grandes temas. Foram geradas categorias de análise para a análise dos dados. As categorias dadas a priori pelo instrumento foram: 1ª categoria de análise – concepção dos professores sobre saúde; 2ª categoria de análise – conceito dos professores sobre educação em saúde; 3ª categoria de análise – a opinião dos professores quanto a importância de educar em saúde na escola; 4ª categoria de análise – percepção dos professores

quanto ao seu preparo para educar em saúde na escola; 5ª categoria de análise – percepção dos professores com relação aos problemas de saúde dos alunos em sala de aula; 6ª categoria de análise – percepção dos professores quanto aos possíveis riscos para a saúde no ambiente escolar.

Para Minayo (1994), a análise de conteúdo temática, consiste em descobrir núcleos de sentido que compõem uma comunicação cuja presença ou frequência signifiquem alguma coisa para o objetivo analítico visado.

5.7 ASPECTOS ÉTICOS

A presente pesquisa foi autorizada pelo Comitê de Ética em pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto – USP (ANEXO A). Também foi autorizada pela diretora da Delegacia de Ensino da cidade de Franca e posteriormente pelos diretores e coordenadores das Escolas Estaduais que aceitaram participar da pesquisa.

Foi assegurado aos professores que participaram do estudo, antes e durante o desenvolvimento da pesquisa, o conhecimento sobre os objetivos do estudo e procedimentos pelos quais eles participariam (APÊNDICE B). Foi garantida, também a confiabilidade das informações mediante sigilo dos dados, bem como do nome dos entrevistados, que foi do conhecimento apenas do pesquisador e do docente orientador da pesquisa.

Os professores que se recusaram a participar da pesquisa não sofreram qualquer tipo de prejuízo. Da mesma forma, assegurou-se que a entrevista fosse realizada de forma a resguardar a privacidade do professor, não havendo nenhum tipo de risco à saúde dos participantes.

Embora não tenham recebido nenhum benefício material em função de sua participação, a contribuição dos professores para o estudo gerou um conhecimento que permitiu compreender melhor o problema em questão, podendo trazer benefícios para a população.

6. RESULTADOS E DISCUSSÃO

6.1 O TRABALHO DE CAMPO

Após ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto (USP), foi possível dar início ao trabalho de campo.

Inicialmente, realizou-se o teste piloto. Esse teste foi realizado com duas professoras aposentadas, que não lecionam mais e fizeram parte do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, o que possibilitou aperfeiçoar o roteiro de entrevistas inicialmente proposto.

Nossa opção foi a de entrevistar esses professores nas escolas onde lecionavam mesmo sabendo que esta opção apresentava pontos positivos e negativos. Os pontos positivos eram: a escola seria um local apropriado, onde o professor se sentiria a vontade para responder o roteiro e também pela praticidade. Os pontos negativos eram: poderia haver problemas na gravação da entrevista, pois em algumas escolas, as entrevistas ocorreram em salas coletivas e/ou nos horários de intervalo dos alunos, assim, qualquer barulho realizado poderia causar confusão, posteriormente, no momento da transcrição.

Não houve nenhum tipo de problema na localização das escolas participantes da pesquisa, pois contamos com a gentileza dos diretores e/ou coordenadores num primeiro contato pelo telefone, explicando-nos com exatidão a localização das mesmas.

Com relação ao roteiro de entrevistas, inicialmente proposto e testado, verificou-se que o mesmo continha termos como, por exemplo, “riscos”, “agravos”, “acidentes” que dificultavam a compreensão por parte de alguns professores, podendo assim, afetar o desenrolar da pesquisa. Devido a isso, no momento das entrevistas, tivemos o cuidado de “traduzir”, “explicar” esta linguagem quando percebíamos alguma dificuldade de entendimento por parte do entrevistado.

No entanto, a maior dificuldade do trabalho de campo foi no momento do primeiro contato professor-pesquisadora, quando tentamos mostrar a importância da pesquisa que seria realizada tanto para a comunidade científica quanto para a

própria comunidade escolar, principalmente alunos e professores. Alguns dos entrevistados ficaram apreensivos pelo fato da entrevista ser gravada, mas quando esclarecido pela pesquisadora que a utilização deste recurso seria para fins de facilitar o processo, houve compreensão e aceitação por parte dos entrevistados.

Essas dificuldades não inviabilizaram a confecção de nosso estudo. Pelo contrário, serviram para redirecionar prioridades, reorientar o pensamento, sendo um grande aprendizado para a pesquisadora.

6.2 CARACTERIZAÇÃO DOS PROFESSORES

Respeitando-se a saturação ou recorrência dos dados, foram entrevistados 15 professores participantes do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (Quadro 1). Vale lembrar que o critério de inclusão dos mesmos foi o de participarem ou já terem participado do Programa Saúde e Prevenção nas Escolas desde a sua implantação.

Analisando-se o perfil desses professores, verificou-se que a média de idade foi de 40,7 anos, sendo que o mais novo (um entrevistado) apresentava 28 anos de idade e o mais velho (um entrevistado), 55 anos.

No início das entrevistas, todos os professores foram questionados sobre o nível de formação: verificou-se que sete concluíram o magistério e posteriormente se graduaram em nível superior; sete fizeram graduação, sendo cinco desses, pós-graduados *lato sensu* e apenas um realizou pós graduação *stricto sensu*, concluindo mestrado e doutorado.

Outro fator abordado foi com relação à escolaridade dos professores, assim, constatou-se que, dos 15 professores entrevistados, dois eram graduados em Letras, sendo professores de Língua Portuguesa, um era graduado em Geografia e 13 graduados em Biologia, sendo professores de Ciências e Biologia. Para tanto, convém salientar que os professores graduados em Biologia são os maiores interessados em temas referentes à saúde na escola e por esta razão constata-se o maior número desses professores envolvidos com o programa Saúde e Prevenção nas Escolas.

Do número total dos professores (15), apenas um era do sexo masculino, fato que não nos surpreende por ainda a profissão de professor ser predominantemente feminina.

Entrevistado	Idade	Escolaridade	Tempo de trabalho no ensino	Formação	Sexo	Série que leciona
E-1	52 anos	Pós-Graduação <i>Stricto sensu</i> (mestrado e doutorado)	26 anos	Ciências Biológicas	Feminino	Fundamental e Médio
E-2	42 anos	Graduação	19 anos	Ciências Biológicas	Feminino	Fundamental
E-3	55 anos	Graduação	26 anos	Geografia	Feminino	Fundamental e Médio
E-4	47 anos	Graduação	24 anos	Ciências Biológicas	Feminino	Médio
E-5	42 anos	Graduação	18 anos	Ciências Biológicas	Feminino	Fundamental e Médio
E-6	45 anos	Graduação	20 anos	Ciências Biológicas	Feminino	Médio
E-7	37 anos	Pós-Graduação <i>Lato sensu</i>	16 anos	Ciências Biológicas	Feminino	Fundamental
E-8	39 anos	Graduação	16 anos	Ciências Biológicas	Feminino	Fundamental e Médio
E-9	40 anos	Graduação	29 anos	Letras (Língua Portuguesa)	Feminino	Fundamental e Médio
E-10	28 anos	Pós-Graduação <i>Lato sensu</i>	6 anos	Ciências Biológicas	Feminino	Fundamental
E-11	34 anos	Pós-Graduação <i>Lato sensu</i>	10 anos	Ciências Biológicas	Feminino	Fundamental
E-12	32 anos	Pós-Graduação <i>Lato sensu</i>	10 anos	Ciências Biológicas	Feminino	Fundamental e Médio
E-13	42 anos	Graduação	22 anos	Ciências Biológicas	Feminino	Fundamental e Médio
E-14	41 anos	Graduação	18 anos	Ciências Biológicas	Masculino	Médio
E-15	34 anos	Pós-Graduação <i>Lato sensu</i>	10 anos	Letras (Língua portuguesa)	Feminino	Fundamental e Médio

Quadro 1 – Perfil dos professores entrevistados.

6.3 CARACTERIZAÇÃO DO PROJETO “SAÚDE E PREVENÇÃO NAS ESCOLAS” DA CIDADE DE FRANCA

O Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) é uma das ações do Programa Saúde na Escola (PSE), que tem a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009). Esse Projeto foi implantado nos 26 estados do Brasil, no Distrito Federal e em aproximadamente 600 municípios. A cidade de Franca é uma das cidades privilegiadas com a implantação do Projeto “Saúde e Prevenção nas Escolas”. Por esta razão, foram selecionadas para fazer parte deste estudo as escolas estaduais envolvidas com o Projeto SPE.

O Projeto iniciou em Franca no ano de 2007, na Escola Estadual Sérgio Leça Teixeira, no Jardim Aeroporto III; a proposta do projeto é realizar ações de promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva de adolescentes e jovens, articulando os setores de saúde e de educação. Com isso, espera-se contribuir para a redução da infecção pelo HIV/DST e dos índices de evasão escolar causada pela gravidez na adolescência (ou juvenil), na população de 10 a 24 anos (MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO, 2009).

O trabalho é realizado nas 6ª séries do ensino fundamental e nas 1ª séries do ensino médio, por profissionais da saúde, sendo esses médicos, enfermeiros, psicólogos e dentistas além dos estagiários dos cursos de Enfermagem e Psicologia das escolas parceiras (UNIFRAN, UNIFACEF, CEPRO-SAÚDE, I.E.P. e SENAC). Os principais temas abordados são: auto-estima, higiene e saúde bucal, sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS e prevenção ao uso de drogas. Os profissionais da saúde responsáveis vão até as escolas duas vezes ao mês, conforme cronograma estabelecido entre a coordenação da escola e os profissionais da saúde².

É importante destacar que mensalmente os profissionais e os estagiários da saúde são capacitados pelas equipes da Secretaria Municipal da Saúde com os temas citados acima, e estes repassam e trabalham com os alunos, na presença do

² Informações colhidas do gestor do Projeto ‘SPE’.

professor da classe que também recebe capacitações através dos coordenadores, que por sua vez são orientados através do projeto. Convém salientar que os professores participantes do Projeto SPE, são selecionados pelos coordenadores e os mesmos têm a opção de aceitarem ou não o convite.

A iniciativa abrange todas as escolas das 91 Diretorias de Ensino do Estado, beneficiando alunos dos ensinos Fundamental e Médio. Entre seus objetivos está a viabilização na rede estadual de ensino de um projeto de educação continuada que propicie condições para o desenvolvimento da auto-estima dos alunos e do senso de responsabilidade sobre a saúde individual e coletiva.

Para tanto, é sabido que as ações e a consolidação de políticas públicas de prevenção de doenças e agravos e a promoção à saúde nas escolas, em processo planejado e participativo, dependem do compromisso de gestores, profissionais de saúde e educação e da participação ativa dos estudantes e de toda comunidade escolar, resgatando-se a história e as singularidades da realidade local.

6.4 ANÁLISE DA ENTREVISTA

6.4.1 A concepção dos professores sobre Saúde

Uma grande parte dos professores entrevistados apresentou a mesma idéia de saúde, conforme mostram os trechos a seguir:

Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social. (E1)

Bom, saúde é o bem-estar físico, mental, é o bem estar na sociedade, é estar bem psicologicamente e estar inserido numa sociedade, isso pra mim é saúde. Seria o bem estar físico, mental e social. (E8)

Bom, seguindo o parâmetro da Organização Mundial de Saúde (OMS) é um bem-estar, físico, mental, social e não somente a ausência de doença... é um bem estar de forma geral inclusive como um cidadão mesmo. (E4)

Percebe-se que o conceito de saúde apresentado por estes professores se baseia naquele definido pela constituição da OMS, em 1946 - *“um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não consiste apenas na ausência de doença ou de enfermidade”*.

Esta concepção representou um avanço para a época, mas é frequentemente criticada pelo seu caráter utópico, inatingível, subjetivo e abstrato, na medida em que não foram estabelecidos padrões para esse bem-estar. Assim, ele ficou relegado a padrões individuais, uma vez que o bem-estar de uma pessoa não é necessariamente o bem-estar de outra (IERVOLINO, 2000). Além disso, poder-se-ia deduzir deste conceito que ninguém é saudável por não apresentar este estado de completude.

Entretanto, este não parece ser um grande problema. Pode-se compreender este estado de completo bem-estar como algo desejável de ser alcançado e do qual buscamos nos aproximar, que temos esperanças de atingir (DEJOURS, 1986; CAPONI, 1997). Segundo Caponi (1997), o problema deste conceito refere-se à possibilidade de ele ser utilizado politicamente para autenticar a exclusão do que se considera como indesejável ou perigoso. Pode-se citar como exemplo o caso do uso de drogas, cuja criminalização está sendo repensada e discutida, já que marginaliza os usuários, que na maioria das vezes são vistos como criminosos em vez de doentes que necessitam de tratamento.

Todavia, nota-se que estes professores não discutiram estas problematizações; eles simplesmente reproduziram um conceito previamente estabelecido. De acordo com Lunardi (1999), as pessoas tendem a utilizar em seus discursos certos conceitos de saúde sobre os quais, provavelmente, não tenham uma compreensão suficiente do seu sentido.

Por outro lado, foi possível identificar um conceito de saúde mais amplo em um depoimento, conforme pode ser visto a seguir:

Eu entendo assim, que muita gente fala que saúde é não estar doente... saúde é qualidade de vida, então ter saúde é ter uma moradia boa, ter uma alimentação adequada, um trabalho, é praticar uma atividade física, é também ter saúde psicológica, viver em um ambiente saudável, não só que garanta a saúde física, mas também o bem estar emocional. (E10)

Esta professora apresentou a idéia de saúde mais completa e recente, na qual podemos observar elementos da Carta de Ottawa, produzida na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, e da VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS), ambas de 1986, que consideram recursos fundamentais para a saúde: habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade. Podemos fazer uma associação entre a apresentação do conceito mais completo e recente com a idade da entrevistada, que é a mais nova de todas (28 anos). Entretanto, outras entrevistadas, com idades de 32 e 34 anos, por exemplo, também poderiam ter apresentado uma idéia semelhante, pois realizaram sua formação acadêmica em período posterior às conferências. Isso demonstra como as novas idéias levam tempo para serem difundidas, assimiladas, e colocadas em prática pelas pessoas.

O conceito ampliado de saúde proposto pela VIII CNS, segundo Nascimento (1992), supera a tradição higienista e curativa e considera a determinação social da doença, situando a saúde em um âmbito superestrutural, resultante de uma base sócio-econômica. Por outro lado, as condições consideradas por estas conferências para se alcançar a saúde parecem ser insuficientes, visto que os países desenvolvidos, e mesmo as camadas privilegiadas dos países em desenvolvimento, já atingiram tais condições e as pessoas continuam adoecendo (LUNARDI, 1999). Assim, percebemos que, além destes determinantes sociais da saúde, existem outras possíveis questões a serem consideradas como os hábitos contemporâneos da sociedade capitalista, tais como sedentarismo, estresse, falta de tempo para lazer e para alimentação e sono adequado, etc.

Também foi possível identificar um conceito mais restrito e antigo de saúde:

Saúde é você estar bem fisicamente, é saber cuidar do seu corpo, ter higiene pessoal, saber os limites do seu corpo... cuidar de cada parte do corpo, lavar as mãos, escovar os dentes, tratar do cabelo, tomar banho, procurar o médico, fazer exames de rotina. Pra mim saúde é isso. (E4)

Percebe-se uma limitação do conceito de saúde a questões exclusivamente físicas, sem considerar as dimensões mental e social presentes na constituição da OMS. Além disso, nota-se uma ênfase aos cuidados de higiene pessoal, diretriz estabelecida a fim de se combater as epidemias que se alastravam durante o processo de urbanização. De acordo com Paixão (1979) e Pelicioni e Westphal

(1991), com o crescimento das cidades após a Revolução Industrial, criou-se um aglomerado de pessoas com condições de vida precárias, que passaram a adoecer mais facilmente, acarretando ônus para a sociedade capitalista. Assim, as elites entendiam que a “educação em higiene” da população pobre resolveria esse problema. Contudo, esta visão, apesar de importante, se mostrou insuficiente face à compreensão atual das questões concernentes à relação saúde-doença.

6.4.2 O conceito dos professores sobre Educação em Saúde

Alguns professores apresentaram uma idéia de educação em saúde simplesmente como prevenção de doenças:

Educar em saúde é estar preparado para prevenção, ensinar os alunos a se prevenir contra vários tipos de doenças, isto está dentro da educação. (E15)

Mostrar ao aluno que existem maneiras de prevenir os vários tipos de doenças. Para isso é necessário mostrar ao aluno as doenças, para que eles possam conhecer os vários tipos e como se adquire determinada doença, e posteriormente, como preveni-las. (E2)

A prevenção em saúde "exige uma ação antecipada, baseada no conhecimento da história natural a fim de tornar difícil o progresso posterior da doença" (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 17). As ações preventivas definem-se como intervenções orientadas a evitar o surgimento de doenças específicas, reduzindo sua incidência e prevalência nas populações. O fundamento do discurso preventivo é o conhecimento epidemiológico moderno, o que pode ser verificado na segunda fala, quando a entrevistada mostra a necessidade de ensinar os diversos tipos de doenças para que a prevenção possa ser ensinada. Seu objetivo é o controle da transmissão de doenças infecciosas e a redução do risco de doenças degenerativas ou outros agravos específicos. Os projetos de prevenção e de educação em saúde estruturam-se mediante a divulgação de informação científica e de recomendações normativas de mudanças de hábitos (CZERESNIA, 2003).

Esta concepção, apesar de amplamente reproduzida pela população em geral, e inclusive por muitos profissionais da saúde, mostra-se insuficiente

atualmente, pois limita a saúde à simples ausência de doença, uma vez que trabalha apenas a prevenção de doenças, o que resultaria em saúde. Esta idéia foi sendo questionada e ampliada com o surgimento e o desenvolvimento do movimento de promoção de saúde.

Também houve uma fala que dava ênfase ao ensino dos cuidados de higiene:

Eu acho que educar em saúde é começar lá embaixo, principalmente com higiene; a gente precisa mesmo ensinar para estes alunos a higiene, a higiene desde lavar as mãos antes das refeições, depois de ir ao banheiro, a higiene que eles têm que ter em casa, com o próprio corpo, na escola. Em seguida nós temos que começar com a prevenção, prevenção em todas as áreas... (E1)

Os cuidados de higiene podem ser incluídos no mesmo contexto que considera a saúde como ausência de doença, uma vez que estes cuidados visam à prevenção de doenças.

Uma possível explicação para a ênfase dos professores na prevenção é que os mesmos estão inseridos no Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, cujo tema principal abordado é o uso de drogas e doenças sexualmente transmissíveis (DST). Para que os professores possam abordar estes temas, de tamanha complexidade, eles recebem orientações através dos seus coordenadores sobre higiene física do corpo para posteriormente explicarem sobre prevenção da gravidez, de DST e uso indevido de drogas.

Por outro lado, outros professores tiveram uma idéia um pouco mais ampla de educação em saúde:

É trabalhar primeiramente a prevenção, porque a primeira coisa que precisa pra gente ter saúde é fazer a prevenção, é o cuidado com o corpo, com a alimentação, com a mente; acho que trabalhar a educação em saúde é isso né... a educação é uma prevenção. (E7)

Olha, quando eu falo em educação em saúde é tentar [...] passar para o aluno o que ele precisa fazer no dia-a-dia pra manter essa saúde, para ele preservar a saúde dele. Aí eu mostro pra eles que no dia-a-dia quem lida com as drogas não vai ter uma boa saúde, então eu falo que a saúde vai depender muito de nós mesmos, nós temos que fazer a nossa parte. Então para a pessoa ser educada em saúde ela tem que saber alguns conceitos, o que é bom e o que não é. Em termos de alimentação, praticar uma atividade física, ensinar hábitos saudáveis. (E8)

Educar em saúde seria fornecer aos alunos princípios básicos de uma vida saudável, ou seja, você trabalhar em sala de aula, ou

mesmo informalmente em trocas de aula, durante todo o momento em que estiver em contato com o aluno, trabalhar, orientar os alunos como se promover e manter a saúde, dele e coletivamente, na família, em casa e na escola. (E12)

Apesar da entrevistada 7 utilizar o termo *prevenção* para caracterizar educação em saúde, percebe-se uma idéia mais ampla, não restrita a combater determinadas doenças através de seu ensino. Isso fica mais claro quando ela menciona cuidados com a alimentação, conforme destacou a II Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde – Declaração de Adelaide (1988) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2001b), e cuidados com a mente. A importância da alimentação na saúde tem sido muito discutida atualmente, e tema de diversas reportagens (mídia impressa e televisiva), o que mostra mais uma vez como as novas idéias levam tempo para serem assimiladas e difundidas, já que faz mais de vinte anos que ocorreu esta conferência.

A entrevistada 8 também destaca o papel da alimentação, juntamente com a importância da prática de atividades físicas, questões que se enquadram no contexto da promoção de saúde. Já a entrevistada 12 deixa mais evidente a idéia de educar em saúde com base nos princípios da promoção de saúde, quando menciona “princípios básicos de uma vida saudável”, “promover e manter a saúde”.

Nesta perspectiva, observa-se que os professores relacionam a promoção da saúde a todas as práticas e condutas que procuram melhorar o nível de saúde dos seus alunos por meio de medidas que não se restringem a resolver problemas de doenças ou qualquer desordem orgânica, mas sim, que visam aumentar a saúde e o bem-estar geral.

Promoção da saúde define-se, tradicionalmente, de maneira bem mais ampla que prevenção, pois se refere a medidas que *"não se dirigem a uma determinada doença ou desordem, mas servem para aumentar a saúde e o bem-estar gerais"* (LEAVELL; CLARCK, 1976, p. 19). Valorizada como um dos componentes essenciais da promoção da saúde, a educação em saúde ganhou interesse e prioridade renovados.

Uma professora destacou a importância de se trabalhar educação em saúde através de informações contidas em diversos meios:

Educar em saúde pra mim seria orientar, tentar passar um pouquinho do que você sabe, seria informar, e hoje o professor deve estar atento às mudanças, aos diversos tipos de agravos à saúde...

através da internet, da leitura de revistas... então educação em saúde é isso, é estar por dentro de tudo e compartilhar com os alunos e também ensinar a prevenção. (E13)

Assim, é dado um sentido à informação contida em determinado meio, contextualizando-a e possibilitando a construção de um *conhecimento pertinente*, a fim de que os alunos possam fazer uso delas. Segundo Morin (2000), não basta ter acesso às informações, é preciso aprender a organizá-las e articulá-las, uma vez que saberes isolados não são funcionais. A educação precisa ajudar a perceber e a conceber as relações entre as partes do conhecimento e a relação entre as partes e o todo, e o trabalho com textos jornalísticos apresenta-se como uma ótima ferramenta para tal.

A educação implica necessariamente num processo de mudança e transformação de quem é educado (IERVOLINO, 2000). Entretanto, a simples transmissão de informações 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 (ROCHA et al., 2000). A questão da educação não se resolve 'apenas' com informação e capacitação técnica (CZERESNIA, 2003).

A informação científica sobre o tema envolvido é imprescindível, todavia ela não é suficiente se desejamos ir além da mera alfabetização de fatos científicos. A informação científica e tecnológica necessária para os cidadãos é aquela que os prepara para uma mudança de atitude pessoal e para um questionamento sobre os rumos de nosso desenvolvimento científico e tecnológico. Assim, o conhecimento científico, longe de ser seguido para muitas das decisões sobre ações práticas, acaba sendo irrelevante em relação a essas decisões. Os conceitos cotidianos continuarão a ter um peso decisivo na maioria das decisões que tomamos no dia-a-dia (SANTOS; MORTIMER, 2001).

Assim, os professores poderiam conciliar a discussão de questões cotidianas com o ensino dos conhecimentos científicos a respeito das doenças e de como elas podem ser prevenidas. Poderiam atuar no sentido de mostrar aos alunos como os hábitos contemporâneos da sociedade capitalista, tais como sedentarismo, estresse, falta de tempo para alimentação e sono adequados, etc., levam a doenças como câncer, infarto, depressão, e poderiam atuar no sentido de corrigir e transformar

estes hábitos, fazendo pensar a respeito de seus hábitos e não agirem automaticamente, pragmaticamente.

Considerando a produção científica dentro de um contexto pragmático, em que o “conhecimento” é produzido sem pensar em finalidades ou aplicações, onde muitas vezes o importante é o título ou a publicação a serem conquistados, o acesso ao conhecimento produzido fica prejudicado, e acaba sendo esquecido, mesmo que publicado. O reducionismo cartesiano também contribui para este problema, pois ao se especializar demais, se perde a noção do todo, focando só nas partes.

Assim, as pessoas optam pelo conhecimento cotidiano por estar mais disponível e familiar às mesmas, ao contrário do conhecimento científico, que mesmo quando apresentado, passa despercebido por não atender às reais necessidades da população e por apresentar um grau de complexidade e especialização que dificulta seu entendimento e consequentemente sua utilização.

6.4.3 A opinião dos professores quanto à importância de Educar em Saúde na escola

A maioria dos professores entrevistados apresentou a mesma idéia a respeito da importância de se educar em saúde na escola:

Eu acho que é obrigatório a gente fazer isso, mesmo porque muitos de nossos alunos não têm essas informações em casa, uma porque hoje em dia os pais não têm mais tempo pra eles, ou quando os pais estão em casa, muitas vezes não tem estudo para isso... então a escola é o lugar onde eles realmente acabam aprendendo ... nós percebemos isso de acordo com as dúvidas que surgem em sala de aula e aí temos a idéia de que eles vêm muito mal preparados de casa, então é a escola mesmo que tem que fazer essa parte. (E1)

Eu acho que é muito importante, eu acho que é por aí mesmo, o aluno vai se conscientizando aos poucos, desde cedo e também porque a escola é o local onde a criança passa maior parte da vida. Então se o aluno recebe informações de saúde todos os dias ele vai se conscientizando sim, com certeza. (E2)

(...) se a saúde está exigindo cuidados, se não fosse essa pequena contribuição que a escola oferece, não sei onde e como eles receberiam essas informações, acho que seria pior, então eu acho a

escola é o ambiente propício para se trabalhar temas de saúde...
(E5)

Conforme apresentado no item da Introdução 'Panorama Histórico da Saúde na Escola', a escola é um espaço privilegiado para o desenvolvimento de hábitos saudáveis e a promoção de saúde, ou seja, para a educação em saúde. Esta idéia pôde ser percebida de certa forma na fala dos professores. Entretanto, percebe-se que o ambiente escolar não é devidamente valorizado no sentido de realizar este trabalho, considerando os argumentos que os professores utilizam, tais como: *“por se tratar de um lugar onde os alunos passam muito tempo”, “em virtude de os pais não poderem realizar este trabalho por falta de tempo ou conhecimento”*. Sendo a escola um local destinado ao trabalho educativo e formativo do indivíduo, seria um espaço propício para a educação e formação em saúde também, não simplesmente pelo tempo que o aluno passa lá, ou pela ausência de outros espaços para realizarem este trabalho.

A educação em saúde caracteriza-se pela combinação de ação social e de experiências de aprendizagem planejadas visando capacitar as pessoas para adquirirem controle sobre os determinantes da saúde, sobre o comportamento em saúde, e sobre as condições sociais que afetam seu próprio estado de saúde e o estado de saúde dos outros (OPAS, 1998).

Segundo Labonte (1986), o desafio principal para os educadores em saúde é favorecer a criação de condições sociais e de saúde que são requisitos na promoção da saúde. Não se trata de prescrever uma conduta saudável e, muitas vezes, ideologizada e aculturada, mas de fortalecer estratégias que devem ser continuamente analisadas e submetidas ao controle da sociedade.

Não basta fornecer informações atualizadas sobre questões de ciência e tecnologia, como também não é suficiente ensinar ao aluno passos para uma tomada de decisão. Santos e Mortimer (2001) salientam que se desejarmos preparar os alunos para participar ativamente das decisões da sociedade, precisamos ir além do ensino conceitual, em direção a uma educação voltada para a ação social responsável, em que haja preocupação com a formação de *atitudes e valores*.

Segundo Pelicioni (1999), a informação é imprescindível na Educação em Saúde, mas deve permitir a promoção de aprendizagens significativas. Uma consequência prática da Educação em Saúde é que quando a aprendizagem

funciona, a pessoa se responsabiliza por seu estilo de vida. O papel do professor é muito mais de capacitador ou de facilitador do que de especialista ou dirigente, e para isso necessita manejar uma ampla variedade de estratégias de ensino e situações de aprendizagem, coordenar recursos, facilitar discussões e promover a aprendizagem de todas as experiências possíveis.

Alguns professores destacaram a importância dos alunos se conscientizarem sobre questões básicas de saúde; isso fica evidente na fala abaixo:

(...) quanto mais conhecimento o aluno adquire, mais consciência ele vai tomando e ele vai tendo condições de mudar não somente hábitos na vida dele, mas também na comunidade onde ele vive.
(E4)

O processo de educação em saúde na escola deve ser amplo, buscando a valorização do indivíduo, tornando-o co-responsável pela sua saúde e da comunidade em que vive. Porém, para modificar comportamentos, é necessário primeiramente que se entenda o contexto significativo em que ocorrem e a importância a eles atribuída pelos seus agentes. Enquanto pequena parcela do significado do contexto comportamental é de cunho pessoal e particular, grande parte dele é culturalmente moldado e socialmente construído (GILBERT, 1990/1991).

Assim, o professor poderia atuar como um mediador de uma discussão mais profunda sobre hábitos de vida e saúde, trabalhando a relação teoria e prática. Além disso, o trabalho interdisciplinar apresenta-se fundamental, utilizando conhecimentos de diversas áreas do saber para mostrar ao aluno como os comportamentos são construídos culturalmente e historicamente, facilitando a mudança de comportamento.

Entretanto, nota-se também que eles vão além, restringindo o trabalho de educação em saúde à escola, o que ficou evidente na fala das entrevistadas 1 e 5. Ao longo das entrevistas, em nenhum momento foram mencionados outros espaços de educação em saúde, que poderiam ser visto como algo mais amplo e presente em diversos setores da sociedade, em vários momentos do cotidiano. Como por exemplo, em família, na televisão em programas educativos e infantis, em uma consulta médica, visita à Unidade Básica de Saúde (UBS) ou hospital, etc. Esta visão ampliaria e melhoraria o trabalho de educação em saúde. Todos estes

espaços deveriam ser utilizados a fim de aproximar o conhecimento científico da população em geral, e trabalhá-los para que seja assimilados e colocados em prática. A saúde escolar é um conjunto de atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional que visa promover e recuperar a saúde do ser humano em idade escolar.

Assim, a escola é co-responsável por este processo, um dos agentes que o desenvolvem, talvez o mais propício, mas não único. Para Valadão (2004), a articulação dessas práticas com experiências educativas é imprescindível, mas não significa que a utilização do espaço físico ou até mesmo organizacional da escola para prestação da assistência preventiva, diagnóstica e/ou curativa, diminua o dever e a competência técnica e política do setor saúde.

A mesma autora ainda ressalva que:

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 (VALADÃO, 2004, p. 110).

O processo educativo é fundamental para a conscientização dos cidadãos no sentido de reivindicarem condições de saúde como um direito adquirido, que deve ser fiscalizado pela sociedade em prol de melhores condições de vida das populações (CARNEIRO, 1998).

6.4.4 A percepção dos professores quanto ao seu preparo para Educar em Saúde na Escola após a implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas

Com relação ao preparo dos professores para educar em saúde na escola, a maioria respondeu de forma semelhante, como podemos observar nos relatos que seguem:

Minha formação já me preparou bastante, tenho mestrado e doutorado, mas fora isso, fiz alguns cursos na área de prevenção, mas pelo programa acho que nada me acrescentou pois eles chamam os coordenadores, na maioria das vezes eles não são da área, aí o coordenador passa para os professores que participam do programa e aí sobra para eu organizar tudo referente à saúde na escola. As capacitações eram boas mas agora não tem mais. (E1)

Eu tenho boa vontade, mas acho que seria necessário mais orientações, ou melhor, deveríamos ser mais capacitados para desenvolver trabalhos sobre saúde no ambiente escolar... porque é muito importante esse assunto, e é com o professor que muitos alunos tiram suas dúvidas com relação à saúde. (E3)

Eu não sei se me sinto totalmente preparada para educar em saúde no ambiente escolar, mas minha formação me capacitou a isso, temas de saúde fizeram parte do meu currículo de graduação, não acho que o programa SPE tenha me ajudado, mas se houvesse uma capacitação específica, talvez ajudaria sim todos os professores a terem maior participação, pois o que falta é informação da teoria, precisa-se ter um embasamento teórico para depois passar o ensinamento. (E10)

Eu, como professora de Ciências, tenho formação em temas de saúde, e talvez me sinta preparada para educar sobre esses temas, não acho que o programa me esclareceu informações, nada me acrescentou, mais porque nada foi novo, não é por demérito deles não. Mas muitas vezes os profissionais da saúde vêm, trazem informações, mas não tem didática, e aí os alunos tiram as dúvidas com os professores, e principalmente o professor de Ciências, e tudo isso é um ponto de partida pra mais orientação. (E12)

Esse projeto veio nos ajudar, complementar... mas preparados para educar em saúde acho que não, pois nós sempre temos que estar lendo, aprimorando nossos conhecimentos... mas eu vou falar uma coisa de coração... eu sinto falta de mais capacitações para direcionar esses ensinamentos... hoje não tem mais isso, o professor tem que se virar... principalmente o de Biologia.... agora, por exemplo, eles chamam os coordenadores, e esses passam para nós o que tem que ser feito... mas quem está com o aluno no dia a dia somos nós... (E13)

Olha, algumas coisas eu sinto que não é preciso de uma capacitação, mas alguns assuntos é difícil trabalhar, aí eu sinto que a gente precisa de mais apoio de mais conhecimento para falar, o programa dá um respaldo mais voltado para prevenção sexual, gravidez na adolescência, nos outros assuntos não.... acho que isso deveria ser melhorado, então muitos outros problemas que acontecem dentro da escola, muitas vezes a gente não está preparado, não sabe lidar.
(E15)

Foi possível notar que a grande maioria dos professores sente-se pouco preparado para educar em saúde na escola, justificando necessitar de capacitações que os preparem melhor em temas relacionados à saúde; também ressaltaram que o Projeto 'SPE' pouco contribui, por direcionar sua temática apenas à sexualidade e drogas. No entanto, apenas os professores de Biologia sentem-se um pouco mais preparados para educarem em saúde na escola alegando que sua formação os capacitou a isso.

Para Iervolino (2000), é imprescindível que o professor esteja sempre se atualizando recebendo informações que possibilitem sua compreensão e aperfeiçoamento sobre temas de vida e saúde após sua formação acadêmica quando teve seu primeiro contato com a fundamentação teórica de Promoção e Educação em Saúde. A capacitação de professores para ensinar e aprender Promoção e Educação em Saúde deve ser permanente, necessariamente ligada a uma ação atualizada e constante, não devendo ser vista como uma forma de atender às deficiências da graduação.

De acordo com Pelicioni e Philippi Júnior (2005, p. 253):

esse desenvolvimento contínuo justifica-se por várias razões decorrentes do avanço constante do conhecimento científico e das investigações relacionadas à Educação, à Cultura, e às Artes, entre outros, decorrentes das mudanças e evolução da sociedade em suas estruturas materiais e institucionais, nas formas de organização da convivência e na produção dos modelos econômicos.

Os educandos devem ser capacitados para atuarem no sentido de promover melhores condições de vida e saúde e trabalhar para que os alunos tenham maior acesso às informações em saúde, à cultura e ao lazer e pela garantia de que o Estado cumpra seus deveres para com os cidadãos, baseados na Constituição Federal (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 1986).

O professor exerce uma significativa influência sobre os conceitos de saúde e doença dos seus alunos, sua sensibilidade e didática devem proporcionar condições de repassar informações acerca de saúde e adaptá-las ao ambiente escolar, necessitando assim de um suporte na área para subsidiar o seu trabalho (OLIVEIRA, 2001). Entretanto, este suporte parece ser o maior problema, pois os pesquisadores e pensadores da área da Saúde e da Educação que formulam determinados conceitos e práticas acabam fazendo de maneira idealizada visto que, na maioria das vezes, serão outros agentes os responsáveis por esta concretização. Este é o caso dos professores que ficam encarregados de ensinarem conteúdos de saúde que não são de seu domínio, não encontrando suporte necessário para o fazerem.

Existe um distanciamento entre o meio acadêmico – onde o conhecimento científico é produzido e a escola – onde o conhecimento científico é transmitido, isso fica claro na pesquisa de Mainardi e Bicudo-Pereira (2009a), que constataram que os professores não trabalham ou pouco trabalham saúde porque não percebem qualquer ligação com a disciplina que lecionam. Demonstraram sentir-se desamparados, pois não compreenderam a proposta do Ministério da Educação e do Desporto quando solicitou que o tema fosse trabalhado transversalmente, afirmando que não receberam orientações suficientes a respeito. Neste sentido, observa-se que os professores participantes do projeto 'SPE' também sofrem com esta questão, pois, quem recebe as orientações são os coordenadores e estes transmitem para os professores que serão os executores diretos, o que fica evidente na fala da entrevistada 13.

Outra questão também foi analisada quanto ao preparo dos professores para educarem em saúde:

[...] então acaba sendo mais um trabalho para o professor desenvolver, então muitas vezes, o professor não tem o recurso e o tempo para desenvolver esse trabalho. (E5)

[...] mas acho ainda muito fraca as capacitações, deveriam ser melhores e nos preparar mais para educar em saúde, também deveríamos ser mais bem pagos. (E6)

Pôde-se observar que os professores se sentem desestimulados para esta proposta uma vez que não dispõem de recursos intelectuais, de tempo e de remuneração adequada. Neste sentido, entende-se que os professores estão

dizendo que, para que venham desenvolver um trabalho competente, não basta apenas o saber. Fusari e Rios (1994) lembram a importância de que, para querer cumprir bem o dever, sentir a vontade de se auto-aprimorar e de querer agir de forma mais consistente, o profissional precisa de incentivos que os motive a isso, pois é um ser humano e gosta de ser respeitado e considerado.

Enfim, para ter voz nesse processo de trazer a temática de saúde para a educação e dar conta das rápidas transformações pelas quais a sociedade vem passando, é necessária a atualização constante da formação técnica dos professores.

6.4.5 A percepção dos professores com relação aos problemas de saúde dos alunos em sala de aula

A maioria dos professores apresentou respostas semelhantes quanto às suas percepções de problemas de saúde nos alunos em sala de aula:

Muitas crianças hoje em dia apresentam déficit de atenção por apresentarem problemas visuais, muitos se queixam de dores de cabeça, dores de barriga, no estômago, isso sempre tem aí. (E5)

Sim, percebo muitas vezes que há algum problema, mas não consigo diagnosticar, por exemplo, já percebi problemas de pele, o aluno se coçava muito e então a escola chamou os pais, colocaram-nos por dentro da situação, aí o menino foi levado ao médico e se tratou, percebo também alunos que não enxergam e precisam de óculos, outros que não fazem uma boa higiene e aparecem com piolho ou mal-cheirosos. Muitos alunos têm algum problema de saúde aí percebo, pois começam a apresentar dificuldade na escola. (E8)

[...] muitos apresentam déficit de atenção, hiperatividade, um alto índice de depressão, às vezes problemas de vista, o aluno não tá enxergando direito, ou que está tendo um baixo desempenho escolar muitas vezes por essa questão, muitas vezes encaminhamos para unidade básica de saúde. (E11)

Tenho, os alunos questionam muitas vezes sobre dores no estômago, isso me preocupa, pois é indicio de alimentação errada, estresse, e assim, você olhando na criança, você percebe quando o sofrimento pela dor é real. Infelizmente muitas crianças resfriadas e com gripe, então tem crianças com

dor de cabeça, febre. Depressão, o índice de crianças com depressão tem aumentado a cada ano, o que acarreta um baixo desempenho escolar... Outro problema nítido e importantíssimo para mim é o déficit de atenção, dislexia e, nesses casos, os professores não estão preparados.” (E12)

Foi possível identificar que a minoria deles relatou que conseguem identificar problemas de saúde através da queixa do aluno e a grande maioria relatou identificar através de observações que mostrassem mudanças no comportamento e quando isso afetava a aprendizagem. Considerando-se o tempo de contato e convivência com os alunos, os professores são os que apresentam maior convívio quando comparados a qualquer profissional de saúde, sendo considerados importantes não apenas na observação da saúde e detecção precoce de problemas, mas também na orientação e nas providências em relação a fatos observados que podem vir a melhorar as condições de aprendizagem e de qualidade de vida (CONCEIÇÃO, 1994).

Um professor capacitado para observar pode auxiliar muito no desenvolvimento da aprendizagem, bem como contribuir para possíveis encaminhamentos de problemas que não são de sua competência técnica (CARDOSO et. al., 2008). Muitos distúrbios podem manifestar-se por meio de sinais e comportamentos observáveis por pessoas devidamente preparadas que lidam diariamente com a criança e o adolescente, como é o caso do professor. A criança em idade escolar encontra-se sujeita a agravos decorrentes de fatores pessoais e ambientais, que podem ter como consequência alterações na aprendizagem (SOUZA, 1977).

Outro fator relevante observado foi que os professores não se limitam aos problemas de saúde corriqueiros, mas também dizem que conseguem identificar como problemas de saúde outras questões nos alunos que causam comprometimentos em suas vidas como a hiperatividade, estresse, depressão e dislexia.

Outros entrevistados também identificam outras particularidades dos alunos como problemas de saúde:

Tenho, nós temos muitos problemas de saúde nos alunos principalmente nessa coisa que a turma fala que é inclusão... porque para mim, quando uma criança tem algum problema, ela precisa de uma pessoa especializada para tratar e ela sendo direcionada com alguém especializada, ela vai ser produtiva então você tem DA

(deficiente auditivo) que não entende absolutamente nada, eles não lêem lápis, eu não entendo libra e eles passam de ano... Outros são DM (deficiente mental), outras vezes DV (deficiente visual). (E1)

Tenho sim, problemas de dificuldade de aprendizagem e ao meu ver, um problema que requer maiores atenções, por parte dos coordenadores, por parte de membros da saúde, o que a escola pode fazer até faz, mas alguns casos devem ser mais dirigidos... Deficiente visual, a escola já incluiu alunos com essa patologia, não me sinto preparado para receber alunos da inclusão. (E14)

Aqui também temos as crianças que são da inclusão, deficiente mental e também com alguma deficiência física. (E15)

Grande parte dos professores relatou identificar os alunos da inclusão como sendo alunos com problemas de saúde. Cabe ressaltar que com a nova Lei de Diretrizes Básicas para a Educação, a inserção de crianças com deficiências está garantida por lei no Brasil e essa proposta vem se efetivando em muitos municípios na última década. Assim, muitas famílias de crianças com deficiência também têm solicitado das escolas, de forma crescente, a inserção escolar. No entanto, fica evidente nas falas dos professores que eles ainda não se sentem preparados para receber esta população por alguma razão, neste caso, este aluno é recebido pelo professor como doente.

Zulian (2002), em sua pesquisa de Mestrado sobre a formação de professores da escola regular para receber a criança portadora de necessidades motoras especiais, coloca que:

Existe um hiato entre a proposta de inclusão das crianças com deficiência na rede regular de ensino e a formação dos professores. Quando o professor tem alguma formação voltada para a educação da criança com deficiência, essa capacitação está no âmbito da educação especial, ou seja, ele é especializado em Deficiência Mental, Visual, Auditiva, entre outras, e não considera as diferentes possibilidades e dificuldades, independentemente da patologia. O professor preparado para a inclusão deveria ser o professor capacitado para diferentes estratégias pedagógicas, possíveis de serem aplicadas com diferentes alunos, independentemente de a criança ser deficiente ou não (ZULIAN, 2002, p. 86).

Foi possível observar também que os professores não se sentem preparados para receber e lidar com esses alunos e por isso, mencionaram a necessidade de apoio dos profissionais da saúde, pois, devido à sua formação, muitas vezes desconhecem questões básicas sobre as condições dos alunos com deficiência e acabam se sentindo impotentes em sua ação específica. Zulian (2002)

responsabiliza os serviços de saúde por não proporcionarem nenhum tipo de suporte para as famílias, para as crianças e para os educadores. Por outro lado, quando se propõem a fazê-lo, persistem numa perspectiva clínica organicista, voltada a aspectos exclusivamente individuais e referentes à patologia.

Muitas vezes, os professores, por desconhecerem características típicas às deficiências e as possibilidades de cada criança, acabam tendo medo, gerando situações de recusa e de preconceito em relação à presença do aluno deficiente em sala de aula. Temos, assim, professores assustados e reativos, acreditando que o aluno deficiente é um grande problema, aliado aos outros já recorrentes na escola (ZULIAN, 2002).

Foi possível identificar em apenas uma fala um conceito sobre a prática dos professores com estes alunos em sala de aula:

[...] aí eu faço de conta que ensino e o aluno faz de conta que aprende, é assim. (E1)³

A Entrevistada 1 demonstra em sua fala a despotencialização do professor como educador e da criança com deficiência como aprendiz. De acordo com Zulian (2002), nestes casos, vivem-se situações de faz-de-conta que a criança está na escola, local onde ela somente assiste o que ocorre ao seu redor e o professor não se responsabiliza pelo ensino e avaliação da mesma.

Muitos professores ainda hoje em dia, acreditam que o aluno com alguma limitação, seja física ou psíquica, seja responsabilidade das especialidades, mesmo na área da educação, apresentando dificuldades em aceitar essas crianças, verificando-se uma exclusão do processo educacional desejável a todos. Assim, pode-se achar que a criança com algum tipo de deficiência seja um problema, entre outros estigmas e preconceitos, como foi possível identificar na fala de alguns dos entrevistados, nas quais os mesmos se dirigem ao aluno da inclusão como um doente.

Foi possível observar também que os professores são capazes de perceberem sinais e sintomas diversos nos alunos, como se pode ver nos relatos que seguem:

³ Essa fala foi registrada minutos depois que a pesquisadora havia desligado o gravador.

Dores de cabeça, problemas de visão, desnutrição, déficit de atenção. Muitas vezes percebo que tem algo de errado com determinado aluno, aí sento junto, pergunto o que está acontecendo e juntos tentamos entender o porquê de alguma coisa que está acontecendo, aconselho ir ao médico, ou procurar um profissional da saúde especializado e até faço encaminhamentos para psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais e outros, e convido os pais e tomamos as providências necessárias. (E9)

Tenho identificado déficit de atenção, hiperatividade, depressão, síndrome do pânico, isso... (E2)

Ah, tenho sim, eu tenho alunos com problemas psicológicos, aqui tenho aluno esquizofrênico, alunos com problemas de aprendizagem, dislexia, depressão, obesidade, drogaditos. (E7)

Tenho sim, problemas de dificuldade de aprendizagem e ao meu ver, um problema que requer maiores atenções por parte dos coordenadores, por parte de membros da saúde, o que a escola pode fazer até faz, mas alguns casos devem ser mais dirigidos pelos profissionais da saúde. (E14)

Sim, percebo muitas vezes que há algum problema, mas não consigo diagnosticar, por exemplo, já percebi problemas de pele, o aluno se coçava muito e então a escola chamou os pais colocaram-nos por dentro da situação, aí o menino foi levado ao médico e se tratou, percebo também alunos que não enxergam e precisam de óculos, outros que não fazem uma boa higiene e aparecem com piolho ou mal-cheirosos... (E8)

Os sinais e sintomas observados pela grande maioria dos professores são comuns às várias doenças que frequentemente aparecem em idade escolar. No entanto, eles também se mostraram atentos aos outros agravos importantes como problemas visuais, déficit de atenção, depressão, etc., que quando diagnosticados, podem ser tratados, melhorando muito o desenvolvimento e a qualidade de vida do escolar. Isso nos leva a entender que mais da metade dos professores sentem-se preparados para identificar problemas de saúde nos alunos em sala de aula, ou seja, a maioria permanece com o olhar atento a cada criança/adolescente, porém, a grande maioria deles não se sente preparada para lidar com esses problemas, ressaltando ser dever do profissional da saúde.

Assim, o professor acaba sendo 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 (VALADÃO, 2004). Davis et al. (1985) realizaram um estudo sobre a percepção de professores sobre seu preparo e habilidade em

reconhecer e lidar com problemas de saúde dos seus alunos. Os autores verificaram que mais da metade dos entrevistados não se sentia à vontade para lidar com desvios da saúde, preferindo deixá-los a cargo de profissionais de saúde, pois os professores com treinamento insuficiente sentem-se menos à vontade para lidar com distúrbios de saúde do aluno (TEMPORINI, 1988). Convém destacar que, na maioria das vezes, o professor não possui conhecimentos e habilidades necessários na área de saúde na escola por não terem adquirido-os no curso de graduação.

Assim, os professores acabam encaminhando alunos com problemas de aprendizagem para o setor da saúde como se o problema fosse exclusivamente da criança, resultando-se em um descrédito mútuo, certificando-se a incapacidade resolutiva da saúde e a incompetência da educação (BOARINI, 1993).

Para Valadão (2004):

Tratar a escola como extensão do sistema de saúde envolve, entre outras coisas, a incorporação do professor e demais profissionais da educação na equipe de saúde [...]. De fato, a educação do professor requer grandes investimentos para que ele possa atender os requisitos de nosso tempo para o desempenho da função, e certamente, não permite envolver a sua qualificação como profissional de saúde (p. 108).

A sociedade ainda deposita grandes expectativas em relação aos professores, no entanto não basta apenas treinar o professor, afirma Valadão (2004), pois essa tarefa não resolve os problemas gerados. Além disso, 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.

6.4.6 A percepção dos professores quanto aos possíveis riscos para a saúde no ambiente escolar e como atuam para preveni-los

Foi possível observar que os professores identificaram o ambiente físico e outros fatores como riscos significativos à saúde daqueles que estão inseridos no contexto escolar:

Eu vejo a escada como sendo um agravo, mais para os alunos, que podem sair correndo, ou para alguma criança com algum comprometimento físico e até mental, mas mais do que isso, eu identifico as agressões verbais e físicas entre os próprios alunos, o chamado Bullying, falta de educação e respeito com o próximo. (E10)

Com funcionários, eu acredito que não, com os alunos, nós temos escadas né... como você viu que podem trazer problemas sim, tanto para os alunos que não apresentam limitações físicas e principalmente, para aqueles alunos que apresentam. (E9)

Então, eu identifico, a escola é separada em dois blocos, um em cima, onde tem dois lances de escadas e o outro bloco em baixo, que tem mais um lance de escada. E os menores estão mais longe, eu fico apavorada, principalmente porque são escadas que acabam molhando quando chove, o que aumenta ainda mais o risco de acidentes... e outro lance de escadas para ir para quadra, nessa eu já caí e machuquei. (E12)

A exposição ao barulho intenso, isso dificulta a aprendizagem do aluno que fica o tempo todo exposto àquele barulho, o professor que está sempre tendo que elevar a voz, e esse barulho é devido ao número excessivo de alunos em sala de aula. (E2)

Algumas salas fazem muito barulho, isso realmente pode comprometer a audição, a voz, além disso, também psiquicamente como o estresse, mas aí precisaria de um especialista para analisar melhor essa situação. (E5)

Pode-se dizer que metade dos professores identificou o espaço físico como sendo o principal fator de risco no ambiente escolar, dando ênfase à ‘escada’. Já, a outra metade identificou os comportamentos “*hiperativos, barulhentos e agressivos*” dos alunos como sendo o outro fator também de risco no ambiente escolar. Para a Organização das Nações Unidas (ONU), o conceito de segurança humana deve estar centrado no desenvolvimento do ser humano, abrangendo a segurança de todos os cidadãos no seu cotidiano: nas vias públicas, no trabalho, *na escola*, no lazer e no lar (LIBERAL et al., 2005).

Alguns professores destacaram os riscos no ambiente escolar relacionando-os não só à saúde dos alunos, mas também, à própria saúde:

É, o número de alunos por sala aumentou, deixando as salas pequenas, abafadas e desconfortáveis, então isso eu considero também um agravante de saúde e aprendizagem, a acústica é indevida. (E12)

[...] eles falam alto demais, e aí prejudica tanto a audição deles como a dos professores, aí temos que falar mais alto e causa um agravo

maior ainda nas nossas cordas vocais... (eu mesma, você pode perceber minha rouquidão). (E13)

Hoje eu vejo muito o barulho como um causador de problemas futuros, hoje as crianças são muito barulhentas, né... O mundo é barulhento, e isso causa problemas para os professores e para eles também. Com o tempo eu sinto que estou escutando menos, isso é grave, porque eu tenho só dez anos de profissão. (E15)

Pôde-se perceber que alguns professores mencionaram os agravos à própria saúde, fazendo referência aos danos na voz e audição, justificando terem que falar mais alto devido ao número indevido de alunos em sala de aula e à estrutura física inadequada das salas. Vieira et al. (2004) afirmam que os professores sofrem as consequências de ambientes desfavoráveis em sala de aula, como: ruídos ambientais (de alunos, da rua, de ventiladores, ar condicionado), salas grandes com acústica ruim, muitos alunos em sala de aula, competição sonora com os próprios alunos, pó de giz, etc.

Carvalho (1995), em sua tese de doutorado, ao estudar sobre a saúde do professor e a saúde na escola, observou um curioso paradoxo: ainda que o professor tenha como uma das tarefas, promover a educação em saúde das novas gerações, não vem sendo beneficiado pela Medicina Social e do Trabalho, pelas Normas de Segurança, não tendo respeitados os seus direitos de atenção à saúde. Os professores não têm qualquer amparo específico e acabam sendo vítimas de uma situação. Há que se considerar também que, sem amparo do poder público, os professores acabam se percebendo como meros executores no processo educativo, pouco influenciando na formulação de políticas voltadas à educação em saúde (MARQUES et al., 2007).

Com relação à prática dos professores para prevenir os acidentes e agravos no ambiente escolar, a grande maioria se ausentou da responsabilidade quanto ao aspecto físico, mas disseram fazer sua parte quanto aos outros agravos:

Todos tentam... mas é algo bastante complicado... Os professores, diretores, coordenadores conversam com os alunos, explicam sobre a poluição sonora dos seus agravos, mas é muito difícil os alunos entenderem. Eu uso microfone, para que eu possa falar mais baixo e não desgastar a minha voz, pois tenho nódulo vocal, essa foi a alternativa que encontrei para prevenir maiores agravos à minha saúde. (E2)

Tem, todo começo de ano nós passamos as normas da escola – os direitos e deveres do aluno, então o aluno já está ciente de quais são

as regras da escola, além disso, falo muito em ética, cidadania e mostra que o aluno tem que ter respeito pelos professores e funcionários e vice versa e entre eles, então nós estamos tentando através de conversas ver se diminui essa agressividade que ocorre principalmente entre eles. Em outros casos, quando machuca muito chamamos os pais, a escola sempre acha importante chamar os pais. (E8)

Bom, quanto às escadas, a escola toma o cuidado de nos intervalos e na hora de ir embora de liberar sala por sala, para evitar acidentes na escada. Quanto ao espaço físico das salas de aula, nada foi feito. E com relação à agressividade dos alunos tanto verbal, eu tento e os professores também tentam passar conceitos de ética, respeito ao outro... Isso são todos os dias antes de iniciar o conteúdo específico. Eu também trabalho muito com textos que trabalham sobre ética, moral, pra mostrar para os meninos a importância disso na vida. (E9)

Não, quanto medidas físicas não, mas de ordem ética, isso fica para o professor orientador de cada sala, conversa, orienta, organiza a sala, separa os alunos problemas. Eu sempre oriento para não correr, não empurrar, não brincar na escada. (E12)

Tem, com relação às escadas agora foi feita uma rampa na entrada, pois muitos já quase caíram nessas, e também agora com a inclusão, quando o aluno é cadeirante... e com os alunos a gente tenta conscientizá-los a respeito do falar mais baixo, ouvir sons mais baixo... mas é difícil nessa idade. (E13)

A minoria dos entrevistados citou o ambiente relacional como importante fator de risco, isso fica claro na fala da entrevistada 8. Sabe-se que, atualmente, as relações humanas estão cada vez mais restritas, as pessoas, principalmente aquelas que vivem nas grandes cidades estão se tornando cada vez mais solitárias, individualistas e competitivas ao extremo, características que já se percebe desde a mais tenra idade. Professores capacitados e preocupados com a promoção da saúde no ambiente escolar também se preocupam em preparar as crianças para o ambiente relacional.

É importante destacar que os professores trabalham no sentido de orientar os alunos quanto aos bons costumes: *não correr, não gritar, não brincar perto de escadas, não empurrar*, no entanto, apenas a entrevistada 13 mencionou sobre mudanças no ambiente físico para evitar esses agravos, que foi a *construção de uma rampa*, podemos afirmar que para isto, é necessário recorrer ao governo, que na maioria das vezes, nega o pedido. Para Martins (2006), os acidentes são passíveis de serem controlados e evitados por meio de cuidados físicos, materiais,

emocionais e sociais, colocando em discussão a “acidentalidade” destas ocorrências, destacando a importância e necessidade de prevenção.

A escola exerce papel fundamental na orientação e formação das crianças quanto à prevenção de acidentes e adoção de atitudes seguras em relação à saúde (IERVOLINO, 2000). Isso deve fazer parte do currículo e ser desenvolvido por meio de apelos positivos, que estimulem o conhecimento e a autoconfiança dos alunos (OPAS, 1998).

Quando se fala em reformas na estrutura física de um estabelecimento governamental, pode-se esperar muitas dificuldades, dentre elas, uma extensa burocracia e também a falta de verbas, que é uma constante. Alguns professores ressaltaram que as escadas podem ser consideradas um risco à saúde dos que estão na escola, principalmente daqueles com necessidades especiais. Esta se torna um obstáculo para a inclusão de portadores de necessidades especiais, principalmente aqueles que têm deficiência física e que ficam impossibilitados de transitarem em todas as dependências escolares, de forma segura e autônoma (CARDOSO et al., 2008).

Atualmente grande parte dos espaços escolares apresenta barreiras arquitetônicas, falta de mobiliários adaptados, ausência de equipamentos de ajuda e de materiais pedagógicos adequados para as diferentes dificuldades (visuais, auditivas, cognitivas e motoras). Esses fatores, apesar de não serem determinantes, também dificultam o acesso pleno ao espaço regular de ensino (ROCHA et. al., 2003).

Enfim, o potencial para ocorrência de acidentes existe em qualquer ambiente. Para viver em segurança, é necessário ter habilidade para ajustar-se às novas situações no decorrer da vida.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O comportamento humano é construído a partir da influência de uma série de fatores, dentre eles, os conceitos incorporados ao longo do processo educativo do indivíduo. Qualquer estudo que vise analisar o comportamento humano, buscando soluções para problemas, deveria investigar a teoria subjacente à prática. Assim, buscando soluções para os problemas de saúde, é importante conhecer as idéias que os profissionais desta área apresentam. Considerando-se a escola como um local privilegiado para o trabalho de educação em saúde, conhecer as concepções dos professores relativas à saúde e à saúde na escola torna-se imperativo.

Embora seja claro que os conceitos implicam sobre as práticas, as formas de conceituar são bastante polêmicas. A pretensa objetividade na construção do conhecimento científico mostra-se insuficiente, principalmente no campo das Ciências Humanas e Sociais. As construções teóricas são redutoras e incapazes de abranger a totalidade dos fenômenos de saúde, são sempre *aproximações, recortes parciais* de uma realidade mais complexa. Contudo, são os conceitos que nos possibilitam rediscutir as intervenções sobre esta mesma realidade. Não se trata de questionar o pensamento científico por ser limitado e redutor, mas ter consciência de seus limites (CZERESNIA, 2003). Assim, percebemos que os professores participantes desta pesquisa, embora apresentem conceitos sobre saúde, alguns um conceito mais ampliado, outros, mais reduzido, eles não estão bem preparados para atuarem em educação em saúde.

Se pretendemos, como pressuposto da educação profissional em saúde, formar trabalhadores críticos, capazes de compreender e atuar na transformação da realidade social e de saúde da população é preciso tomar a discussão do processo saúde-doença como eixo fundamental na organização dos currículos de formação. Mais do que isso, procurando superar uma concepção de educação profissional tecnicista, na qual a fragmentação entre teoria e prática reduz o ensino às tarefas do posto de trabalho, é preciso situá-la em suas dimensões histórica, social e cultural, reestabelecendo, assim, as relações fundamentais entre formação geral e técnica (BATISTELA, 2007b).

Neste contexto, a interdisciplinaridade torna-se imprescindível, não apenas na formação dos profissionais em saúde, mas no trabalho de educação em saúde na

escola. Conforme concluímos na introdução, “a interdisciplinaridade é o fundamento cognitivo da promoção de saúde” (BUSS, 2000). No entanto, a interdisciplinaridade apresenta-se como um desafio na educação, uma vez que esta se estrutura na divisão em diversas disciplinas, comumente apresentadas de maneira independente. Aliás, o reducionismo cartesiano é uma característica da ciência que se fundamenta nele. O trabalho interdisciplinar exige profissionais, tanto no ambiente acadêmico como na escola, melhores preparados e aptos para lidar com diversos tipos de conhecimento.

Desta forma, o trabalho de educação em saúde apresenta-se como um desafio, uma vez que a grande maioria dos profissionais da educação, apesar de bem intencionados, apresentam pouca formação em saúde, estando pouco preparados para atuarem como agentes de Promoção de Saúde na Escola, como foi possível observar nesta pesquisa. O Projeto ‘SPE,’ responsável por trabalhar saúde na escola na cidade de Franca – SP, transmite orientações de saúde aos coordenadores das escolas para que os mesmos capacitem os professores, porém, muitas vezes essas capacitações acabam sendo fragmentadas por acontecerem fora de um contexto e sem o devido preparo. Outro fator observado é que os profissionais da saúde também vão até as escolas e trabalham educação em saúde por meio de palestras, mas será que existe de fato o aprendizado destes ensinamentos passados? Esta é uma dúvida que merece maiores investigações.

Compreende-se que há necessidade de articular, além de ações pontuais de educação em saúde, outras que sejam planejadas e realizadas durante todo o ano letivo por meio de ações interdisciplinares e intersetoriais estabelecendo fluxos e ações contínuas entre as Secretarias de Saúde e de Educação. Espera-se que se realize um trabalho contínuo, que faça parte do cronograma de atividades curriculares das escolas, como temas transversais, que abordem a saúde de forma positiva, com enfoque na qualidade de vida. É necessário também, que as ações dos profissionais de saúde nas atividades intersetoriais se distanciem das antigas relações de saúde e educação, é preciso criar vínculos e envolver os professores de forma participativa, respeitando os diferentes saberes e necessidades.

Convém destacar também que, apesar dos professores mencionarem alguns elementos relacionados à promoção da saúde, notamos, em geral, que seu trabalho se restringe a questões meramente preventivas, ou seja, ainda estão preocupados em trabalhar no sentido de evitar algo que está acontecendo, como por exemplo:

gravidez precoce e uso de drogas. Os professores estão longe de trabalhar questões de promoção que remetem em aumentar a saúde e o bem-estar gerais.

A promoção da saúde 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 revisão de suas práticas pedagógicas. Esta limitação em educação em saúde observada pode ser entendida, uma vez que o projeto 'SPE' como o próprio nome diz, tem o objetivo de se trabalhar no âmbito da prevenção. Entretanto, seria necessária uma análise das aulas e dos conteúdos trabalhados pelos professores e da forma como eles abordam essas questões para se propor mudanças no setor de saúde na escola. Além disso, 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.

Considera-se então que os programas de educação em saúde na escola, em especial o projeto 'SPE', precisam ter seu papel reavaliado, já que podem ser muito efetivos em prover informações básicas sobre saúde para além da comunidade escolar. Este resultado embora ainda limitado, é consistente com o direito de tomar decisões informadas, de modo que experiências de aprendizagens posteriores podem ser beneficiadas a partir desses conhecimentos.

No entanto, a educação em saúde na escola se insere dentro de um desafio ainda maior: a educação no Brasil. É evidente que os problemas do sistema educacional se reflitam nos problemas da educação em saúde na escola; estes problemas já eram identificados nos anos 50, quando se considerava que o ensino era melhor que hoje. Se considerarmos a degradação das condições de ensino e a desvalorização do conhecimento, hoje em dia podemos dizer que está muito difícil ensinar ciência no Brasil!

A escola nos dias atuais está sendo vista como panacéia para a superação de desafios de diversos âmbitos, tornando-se o local para a concretização de objetivos e práticas de outros setores, entre eles a saúde. Esta visão poderia ser diferente, uma vez que a escola deve ser vista como um complemento do setor saúde e não, seu substituto. Embora os professores participantes desta pesquisa, acreditem que a escola é o ambiente ideal para se trabalhar questões de saúde, acabam delegando

algumas tarefas aos profissionais da saúde, se ausentando de responsabilidades que poderiam ser do professor enquanto, educador. É mais conveniente para o professor encaminhar o aluno à alguém que o rotule com um diagnóstico do que descobrir a essência do ‘problema’.

Nesta pesquisa observou-se que os professores conseguem identificar problemas de saúde nos alunos por meio de observações contínuas, porém, não sabem como lidar, encaminhando os alunos aos profissionais da saúde. Podemos identificar esta ação como um processo de medicalização social entendida como um fenômeno complexo por estar associada a amplas transformações socioculturais, políticas e científicas relacionadas à incorporação de normas de conduta de origem biomédica na cultura geral e à redefinição de experiências humanas como se fossem *problemas exclusivamente médicos* (ILLICH, 1981). Assim, a medicalização social acaba diminuindo o manejo autônomo de parte dos problemas de saúde, gerando assim excessiva demanda ao Sistema Único de Saúde. Conclusão, a responsabilidade da educação é passada para a saúde e vice versa, e a resolução dos ‘problemas’ acabam não acontecendo.

Por esta razão, constatamos que os professores necessitam receber capacitação sobre os principais problemas de saúde dos escolares e devem ser capacitados para a observação da *saúde*, desta forma eles conseguiriam perceber a criança em todas as suas necessidades e não só suas doenças. É necessário que os professores entendam as relações que as crianças têm com o mundo em que vivem, com suas famílias e grupo social a que pertencem. Considera-se importante que os professores participem de discussões sobre qualidade de vida, assim como condicionantes e determinantes de saúde, para terem subsídios e assim, aguçarem sua percepção. Um professor capacitado para observar, pode contribuir no desenvolvimento da aprendizagem, bem como cooperar para possíveis encaminhamentos de problemas que não são de sua competência técnica.

Por fim, o fato de que os professores não se sentem preparados para receber alunos da inclusão uma vez que, estes são estigmatizados por eles como doentes, chamou nossa atenção. A preocupação e a abordagem sobre o preconceito e a exclusão de qualquer natureza também devem fazer parte do currículo da escola promotora da saúde; a inclusão social é um potencial indicador de saúde do ser humano, tendo ou não necessidades especiais. Da educação infantil ao ensino médio, muitas transformações acontecem; considera-se então, que o terapeuta

ocupacional deve estar presente em todos os momentos para promover a saúde e garantir que todas as crianças tenham acesso ao ensino de maneira global. Faz parte das funções deste profissional analisar o desenvolvimento das habilidades motoras e de processamento da criança no ambiente escolar, além de sugerir *adaptações* ou modificações para os *alunos* e *professores*. Verificou-se a partir deste estudo que a figura do terapeuta ocupacional torna-se indispensável nesse contexto de escola que agrega alunos de diferentes tipos, classes sociais e também deficiências. A inserção de outros profissionais também se faz necessária, quando o objetivo é promover saúde.

Enfim, vimos que este estudo não esgota a discussão sobre esta temática, e sim, remete a novos debates que necessitam de aprofundamento. Esperamos que essa dissertação estimule novos estudos e contribua para o amadurecimento, emancipação e aprimoramento das ações de promoção em saúde na escola, a fim de proporcionar melhoria das condições de saúde dos principais agentes envolvidos; alunos, professores e comunidade escolar, além de toda a população no âmbito geral.

REFERÊNCIAS

ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R. F. S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral de saúde-doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Org.). **Promoção da Saúde: conceitos, reflexões e tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

BATISTELA, C. Saúde, doença e cuidado: complexidade teórica e necessidade histórica. In: FONSECA, A. E.; CORBO AD'A. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007a. Cap. 1, p. 25-50.

BATISTELA, C. Abordagens contemporâneas do conceito de saúde. In: FONSECA, A. E.; CORBO AD'A. **O território e o processo saúde-doença**. Rio de Janeiro: EPSJV/Fiocruz, 2007b. Cap. 2, p. 51-86.

BICUDO-PEREIRA, I. M. T.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **O Mundo da Saúde**, São Paulo, v. 24, n.1, p. 39-44, jan/fev. 2000.

BOARINI, M. L. **Unidades básicas de saúde: uma extensão da escola pública?** 1993. 225f. Tese (Doutorado em Psicologia) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1993.

BOLEIZ JÚNIOR, F. **Pistrak e Makarenko: uma pedagogia social e educação do trabalho**. 2008. 170f. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988. Contem as emendas constitucionais posteriores. Brasília, DF, Senado, 1988.

BRASIL. **Projeto Promoção da saúde**. Declaração de Alma-Ata. Carta de Ottawa. Declaração de Adelaide. Declaração de Sundsvall. Declaração de Santafé de Bogotá. Declaração de Jacarta. Rede de Megapaíses. Declaração do México. Brasília: Ministério da Saúde, 2001. p. 15.

BRASIL. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDBEN)**. Lei nº 9.394/96, de 20 de dezembro de 1996. Estabelece as diretrizes e bases da educação nacional.

BRASIL. **Lei nº 8080**, de 19 de Setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Rev. Ciênc. & Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 163-167, 2000.

BUSS, P. M. **Promoção da saúde no Brasil**. I Seminário Brasileiro de Efetividade da Promoção da Saúde. 2005. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/eventos_novo/dados/arq547.ppt>. Acesso em: 15 maio 2011.

BUSS, P. M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 15-38.

BYDLOWSKI, C. R. **Cidadania: o papel do professor**. 2006. 136f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2006.

CANESQUI, A. M. Trajetória da educação popular nas instituições estaduais de saúde. In: PAIVA, V. (org.). **Perspectivas e dilemas da educação popular**. Rio de Janeiro: Graal, 1984. p. 315-324.

CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. 6. ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2006.

CAPONI, S. **A proposito del concepto de salud**. Florianópolis: UFSC, 1997. mimeogr.

CARDOSO, V.; REIS, A. P.; IERVOLINO, S. A. Escolas promotoras de saúde. **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.**, v. 18, n. 2, p. 107-115, ago. 2008.

CARNEIRO, S. M. M. Saúde e Educação – um direito do cidadão. **Jornal A Página da educação**, ano 7, n. 64, p. 18, jan. 1998. Disponível em: <<http://www.apagina.pt/arquivo/Artigo.asp?ID=256>>. Acesso em: 15 maio 2011.

CARTA DE OTTAWA. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. 21 de novembro de 1986. Disponível em: <<http://www.saudeemmovimento.com.br>>. Acesso em: 18 mar. 2010.

CARVALHO, G. **Critical issues for success of health promoting schools: a case study.** (Dissertation of máster of Science Degree). 2000 London: Kings College London School of Education, 2000.

CARVALHO, M. M. B. **O professor** – um profissional, sua saúde e a educação em saúde na escola. 1995. 237f. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 1995.

CATRIB, A. M. F. et al. Saúde no espaço escolar. In: BARROSO, M. G. T.; VIEIRA, N. F. C.; VARELA, Z. M. V. (org.). **Educação em saúde no contexto da promoção humana.** Fortaleza: Demócrito Rocha, 2003. 120p.

CHIZZOTTI, A. **Pesquisa em ciências humanas e sociais.** São Paulo: Cortez, 1995.

CONCEIÇÃO, J. A. N. Conceito de saúde escolar. In: CONCEIÇÃO, J. A. N. (coord.). **Saúde escolar:** a criança, a vida, e a escola. São Paulo: Sarvier; 1994. p. 8-15.

CUNHA, C. Fundeb falha ao não definir metas, afirma especialista. **Folha de São Paulo**, São Paulo, 11 dez. 2001. Caderno Cotidiano, p. 4.

CZERESNIA, D. O conceito de Saúde e a diferença entre Prevenção e Promoção. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (org.). **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003. p. 39-53.

CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. **Promoção da Saúde:** conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.

DAVIS, C. et al. Health concerns and teacher training of selected elementary teachers in Michigan. **J. Sch. Health**, v. 55, n. 4, p. 151-153, Apr. 1985.

DEJOURS, C. Por um novo conceito de saúde. **Rev. Bras. Saúde Ocupacional**, v. 14, n. 54, p. 7-11, abr./ jun. 1986.

DENZIN, N. K.; LINCOLN, Y. S. Handbook of qualitative research. In: TURATO, E. R. **Tratado da metodologia da pesquisa clínico-qualitativa:** construção teórica epistemológica – discussão comparada e aplicação nas áreas da saúde e humanas. Petrópolis: Vozes, 2003. 685p.

DIRETORIA DE ENSINO DE FRANCA. **Registros e Memórias**. Franca, 2007.

ESCOBAR, E. M. A.; BERCINI, L. O.; SILVA, M. L. M. R. Enfermagem e saúde escolar. **Acta. Paul. Enf.**, v. 4, n. 1, p. 17-22, mar. 1991.

FERRAZ, S. T. **Cidades saudáveis**: uma urbanidade para 2000. Brasília: Paralelo 15; 1999.

FERREIRA, V. A.; MAGALHÃES, R. Nutrição e promoção da saúde: perspectivas atuais. **Cad. Saúde Pública**, v. 23, n. 7, p. 1674-1681, jul. 2007.

FERRIANI, M. G. C. **A inserção do enfermeiro na saúde escolar**: análise crítica de uma experiência. São Paulo: Edusp, 1991.

FERRIANI, M. G. C.; CANO, M. A. T. Assistência de enfermagem ao escolar – uma introdução ao problema. **Rev. Bras. Enf.**, v. 36, n. 3/4, p. 231-234, jul./dez. 1983.

FIGUEIREDO, T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. **Ciênc. Saúde Coletiva**, v. 15, n. 2, p. 397-402, jan./mar. 2010.

FOCESI, E. Saúde Escolar: promoção e educação em saúde. **Insight Psicoter.**, v. 6, n. 2/3, p. 24-26, 1996.

FOCESI, E. Uma visão de saúde escolar e educação em saúde na escola. **Rev. Bras. Saúde Esc.**, v. 2, p. 19-21, 1992.

FREINET, C. **A Educação do Trabalho**. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**: saberes necessários à prática educativa. 27. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1996.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia**. 3. ed. São Paulo: Paz e Terra, 1997.
FUNDAÇÃO OSWALDO CRUZ. **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa**. Brasília (DF), 1996a.

_____. **Promoção da Saúde: Declaração de Adelaide**. Brasília (DF), 1996b.

_____. **Promoção da Saúde: Declaração de Santa Fé de Bogotá.** Brasília (DF), 1996c.

_____. **Promoção da Saúde: Declaração de Sundsval.** Brasília (DF), 1996d.

FUSARI, J. C.; RIOS, T. A. **Tempo da escola... Tempo da sociedade.** In: III Congresso Estadual Paulista sobre a formação de Educadores. São Paulo, 1994.

GILBERT, M. J. The anthropologist as alcoholologist: qualitative perspectives and methods in alcohol research. **Int. J. Addict.**, v. 25, n. 2, p. 127-148, 1990/1991.

IERVOLINO, S. A. **Escola promotora da saúde:** um projeto de qualidade de vida. 2000. 167f. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

IERVOLINO, S. A.; PELICIONI, M. C. F. Capacitação de professores para a promoção e educação em saúde na escola: relato de uma experiência. **Rev. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.**, v. 15, n. 2, p. 99-110, 2005.

ILLICH, I. **A expropriação da saúde:** Nêmesis da Medicina. 4. ed. São Paulo: Nova Fronteira, 1981.

ILLICH, I. **Celebração da consciência.** Rio de Janeiro: Vozes, 1975.

IPPOLITO-SHEPHERD, J. A promoção da saúde no âmbito escolar: a iniciativa regional. Escolas promotoras de saúde. In: **Escola promotora de saúde.** Brasília: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2003.

JUNQUEIRA, C. R.; MELO, L. M. C.; RAMOS, D. L. P. Contribuição do método qualitativo de pesquisa nos estudos sobre ética na saúde. **Rev. Pós-Graduação da Faculdade de Odontologia da Universidade de São Paulo**, v. 9, n. 3, p. 265, 2002.

KORT, M. The delivery of primary health care in American public schools, 1890-1980. **J. Sch. Health**, v. 54, n. 11, p. 453-457, Dec. 1984.

LABONTE, R. Social Inequality and Health Public Policy. **Health Promotion**, v. 1, n. 3, p. 341-351, 1986.

LEAVELL, S.; CLARK, E. G. **Medicina Preventiva**. São Paulo: McGraw-Hill, 1976.

LEVY, P. S., LEMESHOW, S. **Sampling for Health Professionals**. Belmont: Lifetime Learning Publications, 1980.

LEVY, S. N. et al. **Educação em Saúde**: histórico, conceitos e propostas. In: 10ª Conferência Nacional de Saúde [online]. 2 a 6 de setembro de 1996. Brasília, 1996. Disponível em: <<http://www.datasus.gov.br/cns/temas/educacaosaude/educacaosaude.htm>>. Acesso em: 20 jul. 2010.

LIBERAL, E. F. et al. Escola segura. **Jornal de Pediatria**, v. 81, n. 5, p. 155-163, Nov. 2005.

LIMA, G. Z. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

LOUREIRO, S. A questão do social na epidemiologia e controle da esquistossomose mansônica. **Mem. Inst. Oswaldo Cruz**, v. 84 (supl.I), p. 124-133, out. 1989.

LUNARDI, V. L. Problematizando conceitos de saúde, a partir do tema da governabilidade dos sujeitos. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 20, n. 1, p. 26-40, jan. 1999.

LUZ, M. T. **As instituições médicas no Brasil**: instituição e estratégia de hegemonia. 2. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1981.

MAINARDI, N. **A ingestão de alimento e as orientações da escola sobre alimentação, sob o ponto de vista do aluno concluinte do Ensino Fundamental**. 2005. 168f. Dissertação (Mestrado) – Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiroz, Universidade de São Paulo, Piracicaba, 2005.

MAINARDI, N. **Educação em saúde**: problema ou solução? 2010. 147f. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MAINARDI, N.; BICUDO-PEREIRA, I. M. T. **O tema transversal saúde nas escolas do Brasil**. Anais do XI Congresso da Associação Paulista de Saúde Pública (CD ROM). São José dos Campos, Ago. 2009a.

MAINARDI, N.; BICUDO-PEREIRA, I. M. T. **El tema transversal salud em las escuelas del Brasil**. In: IV Conferência Latinoamericana de Promoción para la Salud y Educación para la Salud, 2009, Medellín. Anales de la IV Conferencia Latinoamericana de Promoción para la Salud y Educación para la Salud. Medellín, Nov. 2009b.

MARCONDES, R. S. Educação em Saúde na Escola. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 6, n. 1, p. 89-96, 1972.

MARQUES, E. P.; PELICIONI, M. C. F.; PEREIRA, I. M. T. B. Educação Pública: falta de prioridade do poder público ou desinteresse da sociedade? **Rev. Bras. Crescimento Desenvol. Hum**, v. 17, n. 3, p. 8-20, 2007.

MARTINAZZO, C. J. **A construção de conhecimentos pertinentes na educação escolar**. In: Anais da Conferência Internacional sobre os Sete Saberes, UNESCO e Universidade Estadual do Ceará, 2010.

MARTINAZZO, C. J. A construção de conhecimentos pertinentes na educação escolar com base no paradigma da complexidade. **Contrapontos**, v. 7, n. 2, p. 347-363, maio/ago. 2007.

MARTINS, C. B. G. Acidentes na infância e adolescência: uma revisão bibliográfica. **Rev. Bras. Enferm**, v. 59, n. 3, p. 344-348, maio/jun. 2006.

MELO, J. A. C. Educação sanitária: uma visão crítica. **Cadernos do CEDES**, v. 4, p. 28-64, 1987.

MENDES, E. V. **Uma agenda para a saúde**. São Paulo: Hucitec, 1996. 300p.

MENDES, I. A. C. Desenvolvimento e Saúde: a Declaração de Alma-Ata e movimentos posteriores. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v. 12, n. 3, p. 447-448, maio/junho. 2004.

MENDES, V. R. Reflexões sobre os conceitos de homem, liberdade e Estado em Marx e as políticas educacionais. In: PARO, V. H. **A teoria do valor em Marx e a educação pública**. São Paulo: Cortez, 2006, p. 157-178.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento científico: pesquisa qualitativa em saúde**. 2. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec-Abrasco, 1993.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 3. ed. São Paulo/Rio de Janeiro: Abrasco, 1994.

MINAYO, M. C. S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 8. ed. São Paulo: Hucitec, 2004.

MINAYO, M. C. S. et al. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 7-31, 2000.

MINAYO, M. C. S. **Saúde em estado de choque**. 2. ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo, 1987.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Saúde na Escola**. 2009. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=14578%3Aprograma-saude-nas-escolas&catid=194%3Asecad-educacao-continuada&Itemid=817>. Acesso em: 20 jan. 2011.

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. **Programa Saúde na Escola**. 2010. Disponível em: <http://gestao2010.mec.gov.br/o_que_foi_feito/program_49.php>. Acesso em: 15 set. 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México**. Brasília, 2001. p. 15.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Carta de Ottawa**. Primeira Conferência Internacional sobre promoção da saúde; novembro de 1986; Ottawa; Ca. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília, 2001a. p. 19.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Declaração de Adelaide**. Segunda Conferência Internacional sobre promoção da saúde; 5-9 de abril 1988; Adelaide; Au. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília, 2001b. p. 25.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Declaração de Alma-Ata**. Conferência Internacional sobre cuidados primários de saúde; 6-12 de setembro 1978; Alma-Ata; USSR. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília, 2001c. p. 15.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Declaração de Santafé de Bogotá**. Conferência Internacional de promoção da saúde; 9-12 de novembro 1992; Santafé de Bogotá; Co. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília, 2001d. p. 15.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Declaração de Sundsvall**. Terceira Conferência Internacional de promoção da saúde; 9-15 de junho 1991; Sundsvall; Su. In: Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. Declaração de Alma-Ata; Carta de Ottawa; Declaração de Adelaide; Declaração de Sundsvall; Declaração de Santafé de Bogotá; Declaração de Jacarta; Rede de Megapaíses; Declaração do México. Brasília, 2001e. p. 33.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **8ª Conferência Nacional de Saúde: relatório final**. Brasília: Ministério da Saúde. 1986. Disponível em: <http://conselho.saude.gov.br/biblioteca/Relatorios/relatorio_8.pdf>. Acesso em: 9 Maio 2011.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Política nacional de alimentação e nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 1999.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Relatório Final da 10ª Conferência Nacional de Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 1998.

MOHR, A.; SCHALL, V. T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v. 8, n. 2, p. 199-203, abr./jun. 1992.

MONCORVO FILHO, C. A. A. **Higiene escolar: seu histórico no Brasil**. In: Anais do Primeiro Congresso Médico Paulista. São Paulo: Seção de Obras d'O Estado de São Paulo, v. 3, p. 141-153, 1917.

MORIN, E. **Os sete saberes necessários à educação do futuro**. São Paulo: Cortez, 2000.

MORIN, E. A. **Religação dos Saberes: o desafio do século XXI**. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2001.

NASCIMENTO, P. C. Democracia e saúde: uma perspectiva arendtiana. In: FLEURY, S. (org.) **Saúde coletiva?** Questionando a onipotência do social. Rio de Janeiro: Relume-Dumará, 1992. p. 177-196.

NOGUEIRA-MARTINS, M. C. F. **Humanização das relações assistenciais: a formação do profissional de Saúde**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001. 130p.

NOVAES, H. M. D. **A puericultura em questão**. 1979. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1979.

OLIVEIRA, D. G. **O professor alfabetizador como multiplicador de saúde**. 2001. Disponível em: <<http://www.unoesc.br/site/comunidade/comprojetos2.asp>>. Acesso em: 28 ago. 2009.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Comissão de Especialistas em Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde**. Washington: OMS, 1954.

ORGANIZAÇÃO PANAMERICANA DE SAÚDE (OPAS). ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). **Educación para la salud: un enfoque integral**. Washington: OPS, 1995. (Série HSS/SILOS, n. 37).

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Escuelas promotoras de salud: modelo y guía para la acción**. Washington (DC), 1996. p. 1-19.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Escuelas promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras**. Washington (DC), 1998.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **Promoción y educación de la salud escolar, una perspectiva integral: marco conceptual e operativo**. Washington, 1995.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD (OPAS). **IV Conferência Internacional sobre promoção da saúde**. Washington, 2011.

PAIM, J. S.; ALMEIDA FILHO, N. **A crise da Saúde Pública e a utopia da Saúde Coletiva**. Salvador: Casa da Qualidade, 2000. 125p.

PAIXÃO, W. **História da Enfermagem**. 5. ed. Rio de Janeiro: Júlio S, 1979.

PARO, V. H. Políticas educacionais: considerações sobre o discurso genérico e a abstração da realidade. In: PARO, V. H. **Escritos sobre educação**. São Paulo: Xamã, 2001, p. 121-139.

PEIXOTO, A. **Clima e Saúde**. 2. ed. São Paulo: Editora Nacional, 1908.

PELICIONI, M. C. F. As interrelações entre a educação, saúde e meio ambiente. **Biológico**, v. 61, n. 2, p. 1-4, jul./dez. 1999.

PELICIONI, M. C. F. **Serviços de saúde**: utilização e opinião dos usuários. 1989. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 1989.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F. Educação e Promoção da Saúde: uma retrospectiva histórica. **Revista O Mundo da Saúde**, v. 31, n. 3, p. 320-328, jul./set. 2007.

PELICIONI, M. C. F.; PHILIPPI JÚNIOR, A. Bases políticas, conceituais, filosóficas e ideológicas da educação ambiental. In: PHILIPPI JÚNIOR, A.; PELICIONI, M. C. F (ed.). **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri: Manole, 2005, p. 1-12.

PELICIONI, M. C. F.; TORRES, A. I. **A escola promotora de saúde**. Série monográfica n. 12. São Paulo: Departamento de Práticas de Saúde Pública FSP/USP, 1999.

PELICIONI, M. C. F.; WESTPHAL, M. F. Contribuição da Educação em Saúde para a Reforma Sanitária. **Saúde em Debate**, v. 33, p. 68-73, 1991.

PEREIRA, I. M. T. B.; PENTEADO, R. Z.; MARCELO, V. C. Promoção da saúde e educação em saúde: uma parceria saudável. **Mundo Saúde**, v. 24, n. 1, p. 39-44, jan./fev. 2000.

PIGG, M. R. The contribution of school health programs to the broader goals of public health: the American experience. **J. Sch. Health**, v. 59, n. 1, p. 25-30, Jan. 1989.

QUEIROZ, A. D. **A contabilidade por atividades para o controle estratégico de gestão**. Palestra no Congresso Brasileiro de Custos. Guarapari, 16 de outubro de 2003.

ROBERTSON, A. Shifting discourses on health in Canada: from health promotion to population health. **Health Promotion International**, v. 13, p. 155-166, 1998.

ROCHA, A. A. et al. Educação e Saúde. Construindo coletivamente a cidadania em Tobias Barreto. **Rev. Promoção e Saúde**, v. 1, p. 32-37, 2000.

ROCHA, E. F.; LUIZ, A.; ZULIAN, M. A. R. Reflexões sobre as possíveis contribuições da terapia ocupacional nos processos de inclusão escolar. **Rev. Ter. Ocup.**, v. 14, n. 2, p. 71-78, ago. 2003.

RODRÍGUEZ, C. A.; KOLLING, M. G.; MESQUIDA, P. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Rev. Bras. Educ. Med.**, v. 31, n. 1, p. 60-66, jan./abr. 2007.

ROSEN, G. **Da polícia médica à medicina social**: ensaios sobre a história da assistência médica. Rio de Janeiro: Graal, 1979.

ROSEN, G. **Uma história da Saúde Pública**. São Paulo/Rio de Janeiro: Hucitec, Unesp, Abrasco, 1994.

ROSSI, P. Artes mecânicas e filosofia no século XVI. In: ROSSI, P. (Org.). **Os filósofos e as máquinas**. São Paulo: Companhia das Letras, 1989.

SANTOS, W. L. P.; MORTIMER, E. F. Tomada de decisão para ação social responsável no ensino de ciências. **Rev. Ciência & Educação**, v. 7, n. 1, p. 95-111, 2001.

SCLIAR, M. **Do Mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. São Paulo: LEPM Editores, 1987.

SCLIAR, M. História do Conceito de Saúde. **PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SIGERIST, H. The social sciences in the medical school. In: SIGERIST, H. (org.). **The university at the crossroad**. Nova York: Henry Schumann Publisher, 1946. p. 35-72.

SILVA, R. R. **A Integração do aluno surdo no ensino regular e sua permanência nele**. 1997. 56f. Monografia – Faculdade de Educação, Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 1997.

SILVEIRA, G. T. **Escolas promotoras de saúde: quem sabe faz a hora!** 2000. Tese (Doutorado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

SOUZA, C. F. M. et al. **Avaliação das condições de saúde da população estudantil**. In: Encontro de Secretários de Educação e Presidentes de Conselhos de Educação, com a participação dos Secretários de Saúde, 10º, Brasília, 1976. Anais: Brasília, Departamento de Documentação e Divulgação. MEC, 1977. p. 25-52.

SOUZA, M. F. M. et al. .Vigilância à saúde: epidemiologia, serviços e qualidade de vida. In: ROUQUAYROL, M. (org.). **Epidemiologia & Saúde**. Rio de Janeiro: Medici, p. 467-476. 1994.

SQUIZATO, R. Educação: lições por fazer. **Rev. Página 22**, v. 2, p. 20-31, 2006.

TEMPORINI, E. R. Percepção de professores do sistema de ensino do estado de São Paulo sobre seu preparo em saúde do escolar. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 22, n. 5, p. 411-421, out. 1988.

TETAGA, J. E. Challenges to implementing health promoting schools: the Papua New Guinea experience. **Promot. Educ.**, v. 4, n. 3, p. 11-14, Sept. 1997.

TORRES, A. L. **A saúde bucal coletiva sob a ótica de professores da rede estadual de ensino de São Paulo**. 2002. Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2002.

UNESCO. Organização para a cooperação econômica e o desenvolvimento. Ministério da Saúde. **Educação e cuidado na primeira infância**: grandes desafios. Brasília: Unicef, 2002.

UNICEF. **Situação da infância brasileira**. Brasília: UNICEF, 2001.

VALADÃO, M. M. **Saúde na escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004. Tese (Doutorado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VALENTE, F. L. S. **Direito Humano à alimentação**: desafios e conquistas. São Paulo: Cortez; 2002.

VALLA, V. V. Educação popular, saúde comunitária e apoio social numa conjuntura de globalização. **Cad. Saúde Pública**, v. 15, p. 7-14, 1999.

VIEIRA, T. P. G. et al. **Uso da voz e condições de trabalho de professores da rede pública de ensino**. In: Anais do 12º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2004.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Renewing the health-for-all strategy**: elaboration of a policy for equity, solidarity and health. Geneva, 1995.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Constitution de l'OMS**. In: Genève; Organization mondiale de La Santé; 1985. 18p. Disponível em: <<http://whqlibdoc.who.int/publications/1985/9242602515.pdf>>. Acesso em: 15 maio 2011.

ZULIAN, M. A. R. **Formação de professores da escola regular para receber a criança portadora de necessidades motoras especiais**. 2002. 95p. Dissertação (Mestrado) – Campinas, Faculdade de Educação da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, Campinas, 2002.

APÊNDICE A

ENTREVISTA

NOME:

IDADE:

SEXO:

TEMPO DE TRABALHO NO ENSINO:

TEMPO DE TRABALHO DESDE A IMPLANTAÇÃO DO PROGRAMA SPE:

FORMAÇÃO:

Questões:

- 1 O que você entende por saúde?
- 2 O que você entende por educação em saúde?
- 3 Você conhece o programa Saúde e Prevenção nas Escolas? Fale sobre ele.
- 4 Você vê importância em se trabalhar temas de saúde no ambiente escolar?
- 5 Você tem realizado ou considera importante as atividades de educação em saúde na escola? Por quê? Dê exemplos de atividades.
- 6 Tem identificado problemas de saúde nos alunos na sala de aula? Quais?
- 7 Na sua escola você identifica condições que podem provocar ou favorecer acidentes ou agravos com as crianças, com os professores ou funcionários?
- 8 A escola tem utilizado alguma medida de prevenção desses acidentes? Quais? Você já fez algo para preveni-los?
- 9 Qual sua avaliação das ações desenvolvidas para promover saúde no ambiente escolar?
- 10 Depois da implantação do programa Saúde e Prevenção nas Escolas, você se sente preparado para educar em saúde, no ambiente escolar? Por quê?
- 11 Gostaria de complementar algo que não foi abordado na entrevista?

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO⁴

Você está sendo convidado a participar do estudo “A Percepção de professores sobre Saúde na Escola”. Os avanços na área da saúde ocorrem através de estudos como esse e, por isso, sua participação é importante. O objetivo desse estudo é investigar a concepção de professores sobre saúde na escola na cidade de Franca (SP). Caso você participe, será necessária a sua disponibilidade para responder as perguntas de um questionário. Será realizada uma entrevista aberta e para tal será utilizado um gravador a fim de não perder nenhum dado importante. Não será feito nenhum procedimento que lhe traga qualquer desconforto ou risco à sua vida.

Você poderá ter todas as informações que quiser e poderá não participar da pesquisa ou retirar seu consentimento a qualquer momento, sem nenhum prejuízo. Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro, mas terá a garantia de que todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa não serão de sua responsabilidade. Além disso, seu nome não aparecerá em qualquer momento do estudo.

Eu, _____, portadora de Carteira de Identidade RG nº _____/_____, li e/ou ouvi o esclarecimento acima, compreendi a utilidade do estudo e os procedimentos a que serei submetido (a). A explicação que recebi esclarece os possíveis riscos e benefícios do estudo e garante que sou livre para, a qualquer momento interromper, sem necessidade de justificativas, minha participação. Tenho ciência de que não terei quaisquer despesas e que, por minha participação, não receberei qualquer quantia em dinheiro ou qualquer outra vantagem.

Autorizo que as entrevistas sejam gravadas, para que não se deixe passar nada do que foi conversado e que pode ser importante para a pesquisa.

Estou ciente que o presente estudo tem finalidade de pesquisa e que os dados obtidos virão a ser utilizados em publicações científicas, sem que as pessoas participantes sejam identificadas.

Assim, através deste, concordo em participar do estudo.

Assinatura do participante

Franca, / /

Assinatura do pesquisador responsável

Assinatura do pesquisador orientador

Telefone de contato dos pesquisadores: _____

⁴ Termo entregue aos entrevistados antes da entrevista.

ANEXO A

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA
DA FACULDADE DE MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA
UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO**

COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO CENTRO DE SAÚDE ESCOLA DA FACULDADE DE
MEDICINA DE RIBEIRÃO PRETO DA UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO-CEP/CSE-FMRP-USP.

Ribeirão Preto, 18 de fevereiro de 2010.

Of. N.º.15/10/COORD.CEP/CSE-FMRP- USP.

Prezado Senhor,

Temos a grata satisfação de comunicar que o Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Saúde Escola da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, em reunião, realizada em 09 de fevereiro de 2009, analisou e apreciou o parecer, referente ao projeto de pesquisa: “A Percepção de Professores sobre Saúde na Escola”, protocolo n.º.370/CEP-CSE-FMRP-USP, sob a orientação de V.Sª e que será desenvolvido pela pesquisadora: Maísa Rezende de Melo Ferraro (pós-graduanda em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto-USP, foi **aprovado ad-referendum**.

Em atendimento à Resolução 196/96, deverá ser encaminhado a este CEP, o relatório final da pesquisa e a publicação de seus resultados.

No ensejo, renovamos os votos de estima e consideração, despedimo-nos.

Atenciosamente,

Prof. Dr. Laércio Joel Franco
Coordenador do CEP/CSE-FMRP-USP

Ilmo. Sr.
Prof. Dr. Antônio Carlos Duarte de Carvalho
Depto. de Medicina Social da Faculdade de
Medicina de Ribeirão Preto-USP.