ISABEL MARIA TEIXEIRA BICUDO PEREIRA

O EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA
EM UM SISTEMA DE EDUCAÇÃO

Monografia apresentada à
Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São
Paulo, para obtenção do título de Mestre em Saúde Pública.

São Paulo

1 977

*À Cláudia,
minha filha.*

AGRADECIMENTOS

Quero deixar expresso meus agradecimentos às seguintes pessoas, que contribuíram de forma definitiva na elaboração do presente estudo:

- Profa. Dra. Ruth Sandoval Marcondes, pela orientação, pelos ensinamentos e sugestões, pelo incentivo e amizade;
- Prof. Dr. Cornélio Pedroso Rosenberg, Nelly Martins Ferreira Candeias, William Moffitt Harris e Dr. Carlos Eduardo de Mattos Bicudo, que de várias formas e em momentos diferentes da elaboração desta monografia, partilharam comigo seus conhecimentos, tempo e, principalmente, amizade;
- Sra. Leda Corrêa Porto de Campos Camargo e Srta. Daisy Pires Noronha, bibliotecárias da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, pela revisão das citações bibliográficas.

O presente trabalho foi subvencionado parcialmente pela Coordenação do Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), através de concessão de Bolsa de Estudos para Pós-Graduação (Processo SBP nº 003183/74).

ÍNDICE

	Pág.
RESUMO	6
INTRODUÇÃO	7
CAPÍTULO I - ASPECTOS HISTÓRICOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA	10
1. A Educação em Saúde Pública no Mundo.	10
2. A Educação em Saúde Pública no Brasil	40
CAPÍTULO II - CONCEITUAÇÃO	57
CAPÍTULO III - A SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO ..	74
1. Aspectos relativos à população escolar do Município de São Paulo	75
2. A Educação em Saúde na Secretaria Municipal de Educação	82
CAPÍTULO IV - O EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA NA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO.	97
CONCLUSÕES	134
SUMMARY	136
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	138

RESUMO

Apresenta-se, inicialmente, alguns aspectos históricos da Educação em Saúde Pública, desde seus primórdios, até os tempos atuais, quando já conta com um profissional especializado — o educador de saúde pública.

Trata-se dos conceitos de Saúde, Educação, Educação em Saúde Pública e Educação em Saúde na escola, bem como se discute seus objetivos.

Relata-se, também, a situação atual da Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura de São Paulo, no que se refere à Educação em Saúde.

Finalmente, estima-se o número mínimo de educadores de saúde pública necessários à Secretaria, visando sua programação, e sugere-se linhas gerais para sua atuação.

★ ★ ★

INTRODUÇÃO

A preocupação com a problemática da saúde em vários países, entre os quais o Brasil, levou ao desenvolvimento de estudos dos recursos humanos necessários para a área da Saúde Pública. Entre estes contam-se os relativos ao profissional que atua na área da Educação em Saúde Pública, denominado no Brasil de "educador de saúde pública".

O educador de saúde pública é um profissional novo, relativamente desconhecido no nosso meio, que vem de modo gradual se firmando na área da saúde comunitária, bem como na da saúde escolar.

São inúmeros os trabalhos na literatura internacional, particularmente na URSS e EUA, que relatam experiências do educador de saúde pública nos mais diversos campos da Saúde Pública. No Brasil, onde o educador de saúde pública é um profissional de formação recente, datando sua preparação de 1967, são ainda pouco numerosos os trabalhos relacionados ao assunto.

Este estudo tem, pois, por objetivo, analisar a importância da Educação em Saúde como par

te do currículo pleno de primeiro grau e, particularmente, a participação do educador de saúde pública nos programas desenvolvidos pela Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura de São Paulo. Sugere ainda formas para sua atuação e propõe o número de profissionais necessários para atender às necessidades mínimas atuais da Secretaria na área da Educação em Saúde Pública.

* * *

C A P Í T U L O I

ASPECTOS HISTÓRICOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

CAPÍTULO I

ASPECTOS HISTÓRICOS DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA

1. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO MUNDO

- IDADE ANTIGA

Para entendermos os problemas de nossa própria sociedade e sermos capazes de desempenhar um papel inteligente na nossa civilização é preciso ter senso de continuidade no tempo e consciência de que ninguém pode avançar no futuro sem olhar atentamente para o passado; é preciso conhecer o passado e alicerçado nele, conduzir o presente⁴⁰. "O estudo da história da humanidade revela a grande herança que recebemos do passado em matéria de educação sanitária"²⁷. Esta afirmação, completada com a de que a Educação em Saúde sempre esteve intimamente ligada à Saúde Pública, leva-nos a buscar as origens da Educação em Saúde nas da sa

úde pública, isto é, na própria história da humanidade.

De acordo com ROSEN⁴⁰, as origens da Saúde Pública remontam há mais ou menos 4.000 anos. Escavações realizadas ao norte da Índia revelaram a existência de uma civilização antiquíssima, cujas cidades eram conscienciosamente planejadas, construídas em quarteirões retangulares com ruas amplas, pavimentadas e drenadas por sistema de esgoto coberto. As ruínas de Tel-el-Amarna e Kahum, no Egito, revelam situação semelhante.

De certa forma, a higiene e a limpeza estiveram ligadas ao homem desde sua origem, e por muito tempo permaneceram relacionadas à religião. A pureza era elemento indispensável aos homens para se apresentarem frente a seus deuses. E exatamente a estes é que se atribuía, até o início da civilização grega, a responsabilidade pelo aparecimento de doenças. Foram os gregos os primeiros a suspeitar que essas crenças eram falsas, começando a se preocupar com a investigação das causas das doenças. Essa preocupação foi se intensificando até que, nos

séculos IV e V a.C., tentaram a elaboração de uma teoria sobre a etiologia das doenças.

Apesar da evidente contribuição de outros povos, sem dúvida alguma três grandes fontes colaboraram para que se chegasse ao atual panorama de saúde: Israel, Grécia e Roma⁸.

Os cinco livros de Moisés contêm inúmeros preceitos que podem ainda hoje ser considerados atuais em Saúde Pública. No Deuteronômio* 23, v. 12-13, por exemplo, encontramos: "Haverá fora do acampamento um lugar retirado, aonde poderás dirigir-te. Terás contigo, em tuas bagagens, uma pã de que te servirás para abrir um buraco quando fores assentar-te lá fora e, partindo, cobrirás com terra os teus excrementos". Estas e algumas outras referências bíblicas sobre pureza e rituais de limpeza marcaram os hebreus e, assim, muito cedo encontramos em sua cultura, vestígios de Educação em Sa

* DEUTERONÔMIO - In: Bíblia Sagrada, 3a. ed., São Paulo, Ed. Ave-Maria, 1961, p.244.

úde Pública. No Levítico* 15, v. 3-13, aparece a seguinte citação sobre gonorréia: "Todo o homem que tem gonorréia será por isso mesmo impuro. A impureza está no fluxo: quer sua carne deixe correr o fluxo, quer o retenha, há impureza. Qualquer cama em que se deitar aquele que tem gonorréia, bem como qualquer cadeira em que ele se sentar, será impura. Quem tocar sua cama lavará suas vestes, banhar-se-á em água e ficará impuro até a tarde. Quem se assentar na cadeira onde esteve um homem atacado de gonorréia, lavará suas vestes, banhar-se-á em água e ficará impuro até a tarde. Aquele que tocar o seu corpo, lavará suas vestes, banhar-se-á em água, e ficará impuro até a tarde. Todo o que tocar alguma coisa que tenha estado debaixo dele, ficará impuro até a tarde; quem transportar algumas dessas coisas lavará suas vestes, banhar-se-á em água e ficará impuro até à tarde. Aquele que for tocado pelo homem que tiver gonorréia, antes de ter este lavado as mãos em água, lavará suas vestes, ba-

* LEVÍTICO - In: Bíblia Sagrada, 3a. ed., São Paulo, Ed. Ave-Maria, 1961, p. 162.

nhar-se-á em água e ficará impuro até à tarde. Todo o recipiente de terra tocado por esse homem será quebrado e todo vaso de madeira será lavado com água. Quando se tiver purificado aquele que tem gonorréia, contará sete dias para sua purificação; lavará suas vestes, banhar-se-á em água corrente e será puro".

É impressionante a percepção dos israelitas que, mais ou menos 3.000 anos antes da descoberta do agente etiológico da gonorréia, compreenderam claramente três dos principais elos da cadeia de transmissão de doenças: a infecção pelo contato, a desinfecção dos contatos e o papel desempenhado pelos fômites.

O Novo Testamento, baseado na doutrina de Cristo, ao contrário do Antigo, enfoca exclusivamente o bem-estar social e emocional. O amor ao próximo (restrição da agressão), a aceitação e o carinho para com as crianças (segurança emocional), a confissão (catarse) são pontos que podem perfeitamente ser apoiados pelas mais modernas teorias psicológicas. Quanto aos gregos e romanos, ambos pos

suiam interesse marcante pelo bem-estar físico⁴⁰.

Roma deixou grande legado no campo da sa
úde representado pela preocupação constante com a-
bastecimento d'água. Os romanos foram engenheiros,
administradores e construtores excelentes, superando
os gregos nesse campo. Seus costumes eram ri-
cos no que se refere à higiene pessoal: banhos, pu-
rificação das mãos antes das refeições, regime de
vida. O conhecimento de recursos para a promoção
da saúde e o tratamento de doenças constituíam ele-
mentos integrantes da educação do cidadão e do ofi-
cial romanos (herança dos gregos). Documentos com-
pilando todos esses conhecimentos atravessaram sé-
culos, chegando até a Renascença. Dentre esses po-
demos citar a "Hygieia" de Claudius Galen (129 d.C.),
que recomendava dieta, enfatizando a importância dos
banhos e exercícios físicos. Realmente, era nas
casas de banho que se discutia, analisava e ensina-
va saúde.

Quanto à Grécia, tanto em Creta como em
Tróia, o sistema de abastecimento de água potável

era fato comum, assim como a disposição do lixo e o sistema de drenagem de esgotos. Os gregos cultivavam o atletismo, fazendo dos exercícios físicos o centro de suas atividades. Um corpo saudável se constituia em objetivo de vida para eles, daí seu interesse pela cura de doenças. Sua medicina, entretanto, nunca foi exclusivamente curativa, sendo dada grande importância aos assuntos de higiene para a preservação da saúde. Aríphron, poeta grego, dizia em um poema: "Saúde, o mais antigo dos deuses"⁴⁰. Entretanto, a vida saudável na Grécia era privilégio de uma classe superior minoritária, cuja vida ociosa se alicerçava em uma economia escrva; isto é evidente na literatura médica grega, que se preocupava grandemente com a saúde dos aristocratas e quase nunca com os problemas de saúde dos trabalhadores. Com a queda da civilização greco-romana todo esse acervo de conhecimentos relativos à saúde foi se diluindo, acabando por ser esquecido.

- IDADE MÉDIA

Na Idade Média⁴⁰, período compreendendo mais

ou menos 1.000 anos, volta a reinar o conceito de doenças ligadas ao sobrenatural, tanto entre cristãos como entre pagãos. As sucessivas invasões dos bárbaros, destruindo e saqueando cidades, aliadas a outros acontecimentos políticos determinaram a de sintegração da Saúde Pública como organização e co mo prática. Durante essa época difícil do ponto de vista sanitário é nos mosteiros que se vão encontrar algumas atividades voltadas para a saúde. Ao que se sabe, os mosteiros foram, durante a Idade Mé dia, os depositários do conhecimento dos povos antigos, inclusive no campo da saúde. Constituíam-se nessa época em grandes comunidades e, para que a vi da em comum fosse possível, começaram por estabelecer medidas que favoreciam a saúde da própria comu nidade, tais como, abastecimento de água potável, destino adequado de dejetos humanos, ventilação adequada nos dormitórios. O sucesso dessas medidas ultrapassou os limites dos mosteiros e passou a in fluenciar, positivamente, outras comunidades da época. É desse período que chegaram até nós alguns dos primeiros enfoques de Educação em Saúde Pública, através de documentos conhecidos como regimes³⁵.

Esses regimes eram escritos em versos de fácil memorização. Assim como os menestréis levavam notícias em suas canções, professores viajantes repetiam versos que ensinavam como viver sadiamente. Essa literatura enfatizava higiene pessoal, englobando três assuntos: alimentação, habitação e corpo humano. Quanto mais curtos e fáceis de memorizar, mais populares esses versos se tornavam. Houve, entretanto, uma exceção nesse sentido, o regime proposto por Galeno; possuindo cerca de 10.000 palavras, assim mesmo tornou-se famoso. Parece que tal fato se deve à maneira dogmática com que foi redigido. Dentre todos esses regimes primitivos, o mais famoso foi o "Regimen Sanitatis Salernitanum", cuja origem remonta aos séculos XII ou XIII, sendo reeditado até o século XIX (1846). Durante esse tempo foi reeditado pelo menos 240 vezes, sendo traduzido para inúmeras línguas européias. Um trabalho que perdurou por tanto tempo não pode ser menosprezado e, na verdade, os conselhos aí oferecidos resistem ainda hoje ao progresso dos conhecimentos no campo da saúde. Esses conselhos são relativos à prevenção da obesidade e das moléstias car

dio-vasculares, bem como à promoção da saúde mental. O grande valor da escola de Salerno reside no reconhecimento da relação entre o comportamento do indivíduo e sua saúde.

Os educadores primitivos, embora empíricos, muitas vezes chegaram a conclusões que podem hoje ser mantidas por evidências científicas. Está nesse caso o livro de etiquetas, de origem italiana, "Galateo Della Casa" (1550), que preconizava os comportamentos à mesa que ainda hoje repetimos às nossas crianças.

Em síntese, durante vários séculos os regimes se preocuparam em difundir preceitos de higiene pessoal, higiene da habitação, nutrição, repouso, prevenção de certas moléstias, e com a promoção da saúde mental; entretanto, apesar de sua grande popularidade, não há evidência suficiente de que tenham sido realmente eficientes do ponto de vista da Educação em Saúde Pública. É só no século XVIII, com o Capitão Cook, que se realiza uma primeira tentativa de implantação de medidas higiênicas preventivas, com o objetivo de se evitar a perda de vi-

das. Cook foi premiado com a "Copley Medal" da "Royal Society" da Inglaterra, em 1776, não só pelo brilhantismo de suas pesquisas geográficas, mas também por conseguir efetuar uma viagem ao redor do mundo sem perder um único homem, o que no seu tempo era praticamente impossível.

Segundo Simon, citado por PIRRIE & DALZELL-WARD³⁵, o Capitão Cook conseguiu essa vitória introduzindo medidas simples mas profundamente inovadoras na vida de bordo, tais como: ventilação dos conveses inferiores, fornalha acesa para secar roupas e aquecer os homens após a lavagem dos conveses, fornecimento de comida fresca, incluindo verduras e frutas como medida preventiva do escorbuto, e racionalização do período de trabalho.

A implantação dessas medidas supõe um trabalho educativo de alto nível, uma vez que se constituíam em situação nova e em mudança de comportamento. Sem dúvida alguma foi necessária grande motivação para que essa nova situação fosse integrada à vida do pessoal de bordo. Dentro do quadro ge

ral da Saúde Pública é esta a primeira demonstração do princípio de que Educação em Saúde implica em envolvimento da população para a qual se destina. De acordo com PIRRIE & DALZELL-WARD, foi esse princípio que bem mais tarde, no século XIX, veio influenciar o trabalho de Florence Nightingale. Pioneira em Enfermagem de Saúde Pública, foi ela a primeira a advogar a utilização de visitantes treinados para aconselhar mães em seus próprios domicílios; acreditava que se o visitante pudesse trabalhar com as mães, poderia conhecer mais profundamente as dificuldades enfrentadas pela clientela, ganhar sua confiança e assim o processo educativo se estabeleceria com bases mais sólidas³⁵.

Durante o longo período abrangido pela Idade Média outros aspectos da Saúde Pública, como a implantação da quarentena, a expansão dos hospitais, a preocupação com assistência social e problemas sanitários da vida urbana, se constituíram em uma primeira tentativa de se resolverem os problemas de saúde das populações. Do ponto de vista histórico, o mais importante é que no período me-

dieval se desenvolveram os padrões básicos de idéias e práticas dentro dos quais a Saúde Pública funcionaria nos próximos 250 anos⁴⁰.

- RENASCENÇA

Durante o pontificado de Leão X, surge na Itália Girolamo Fracastoro, médico, poeta e cientista, que entrevê, apesar das guerras e doenças da época, o surgimento de uma nova era, a Renascença.

Segundo ROSEN⁴⁰, embora a Renascença se apresente sempre como uma fase brilhante, de grandes descobrimentos, no campo da Saúde Pública ela é significativa não por seu esplendor, mas por ter sido o início de novo período da História, no qual a Saúde Pública foi verdadeiramente impulsionada. Esse período testemunhou o nascer da civilização moderna e o início da ciência moderna, com consequente influência sobre a Saúde Pública. Nesse período foram descobertos os microorganismos, embora sua relação com doenças infecto-contagiosas tenha permanecido desconhecida ainda por algum tempo; a pos

sibilidade de contágio direto ou indireto através de fômites e do ar foi percebida e apresentada por Fracastoro. Surgiram também as primeiras tentativas no sentido de se utilizar a estatística como instrumento para se estudar uma população, assim como o relacionamento entre o estado de saúde de uma comunidade e sua situação política. Inicialmente é William Petty, médico, economista e cientista, criador do termo estatística, que luta e defende a importância de se colecionarem dados sobre educação e doenças da população; mas é a seu amigo John Graunt que se atribui a primeira grande contribuição a esse campo, através do livro "Natural and Political Observations upon the Bills of Mortality", em 1662.

Os problemas de saúde enfrentados pelos centros urbanos dessa época foram muitos e de difícil solução. A limpeza das ruas, a disposição final do lixo, o problema de esgotos e do abastecimento de água, as doenças epidêmicas, são alguns deles.

Segundo ROSEN⁴⁰, o período compreendido entre o início do século XVI e a metade do século XVIII (1500-1750) constitui um período de transição. As grandes explosões científicas dos séculos XVI e XVII estabeleceram os alicerces da ciência médica no campo da anatomia e fisiologia. A observação e classificação tornaram possível o reconhecimento preciso das doenças. Ao mesmo tempo, a possibilidade e importância da aplicação do conhecimento científico às necessidades de saúde das comunidades começou a tomar forma ideal. Desenvolveu-se um enfoque quantitativo dos problemas de saúde relacionado com as necessidades políticas e econômicas do Estado moderno. A idéia de que micro-organismos poderiam ser a causa de doenças contagiosas começou a assumir forma concreta. As comunidades do século XVI, XVII e mesmo XVIII enfrentaram problemas de doenças epidêmicas, de adequação de cuidados médicos, de saúde ambiental, tratando-os sob alguns aspectos da mesma maneira que as comunidades do período medieval. Mas durante essa época, rica de problemas e também de novos conhecimentos, é que as bases para a implantação de uma nova era foram lançadas.

- IDADE MODERNA E CONTEMPORÂNEA

Após a Renascença segue-se um período de aproximadamente 80 anos (1750-1830) de grande progresso e desenvolvimento, principalmente no que diz respeito à Saúde Pública. Ainda segundo ROSEN⁴⁰, é nesse período de revoluções e restaurações, intensamente confuso do ponto de vista político, que a Europa se empenha em construir um futuro alicerçado em novas bases. As grandes revoluções políticas na França e América, a ascensão e queda do império napoleônico, assim como o esforço em restaurar o antigo regime, são os mais importantes acontecimentos desse processo de mudança. Durante esses anos a Europa, embora com problemas diversos, de diferentes e complexos antecedentes e objetivos muitas vezes colidentes, manteve uma espécie muito tênue de unidade: a mudança era aceita como algo inevitável. Nessa atmosfera germinaram as novas idéias que revolucionaram a Saúde Pública no século XIX.

É nesse período que Jenner faz sua descoberta em relação à vacina anti-variólica, abrindo novos horizontes em relação às doenças infecto-contagiosas; o valor desta descoberta, entretanto, só é realmente reconhecido em fins do século XIX, principalmente com os trabalhos de Pasteur e Kock. Embora soluções fossem sendo encontradas para os vários problemas decorrentes do complexo binômio saúde-doença, numerosos outros permaneceram sem solução, enquanto novos surgiam, decorrentes do desenvolvimento da indústria.

A Revolução Industrial, que consistiu essencialmente na mudança da produção industrial, associada ao aparecimento das máquinas movidas a vapor, encontrou a Inglaterra sem um sistema efetivo de governo local. Desse modo, enquanto de um lado floresciam as indústrias, de outro decaía e deteriorava-se a saúde e bem-estar dos trabalhadores. Essa situação, atuando como elemento de pressão, deu origem a iniciativas e protestos que se aglomeraram, originando o Movimento de Reforma Sanitária.

Esse movimento do século XIX começou na Inglaterra, uma vez que foi lá que se iniciou a Revolução Industrial e ocorreram os acontecimentos de la decorrentes. Uma análise histórica desse período revela que a França, a Alemanha e os Estados Unidos viveram os mesmos problemas que a Inglaterra, para os quais buscaram soluções semelhantes.

Em termos de morbidade e mortalidade precoce, o preço pago pela industrialização foi muito alto; o objetivo do Movimento de Reforma Sanitária visava despertar na comunidade a preocupação pe la saúde de seus membros.

Como se pode perceber, a Educação em Saúde Pública, embora não reconhecida ainda oficialmente, esteve sempre ligada à Saúde Pública como fa tor indispensável na consecução de objetivos relacionados com a melhoria do bem-estar dos indivíduos. No período entre o final do século XVIII e início do século XIX, Educação em Saúde Pública só era compreendida como divulgação de conhecimentos sobre saúde, através de publicações variadas como

livros, almanaques, folhetos e periódicos. "Avis au peuple sur sa Santé", de S.A. TISSOT, escrito em 1762, em apenas 6 anos teve 10 edições publicadas somente na França. "Gesundheitskatechismus", de B.C. FAUST, publicado em 1794, teve grande aceitação popular. Nos Estados Unidos, vários periódicos foram publicados no início do século XIX com o objetivo de divulgar Educação em Saúde Pública. O primeiro, datando de 1806, foi o "Medical and Agricultural Register", cujo conteúdo versava sobre higiene pessoal e assuntos referentes à agricultura. Em 1830, um grupo de médicos iniciou a publicação do "Journal of Health", também de curta duração (4 anos) e que como o anterior, enfocava principalmente higiene pessoal. Os guias médicos a nível popular eram muito comuns nessa época, e segundo ROSEN⁴⁰ o autor mais popular nesse campo foi William Buchanan, escocês, autor de "Domestic Medicine" ou "The Family Physician", que foi publicado em 1769, com 19 edições posteriores. Finalmente, não se pode deixar de citar Southwood SMITH, um dos mais ativos reformadores ingleses no campo da Saúde Pública, que levou ao conhecimento do público o corpo hu

mano e suas funções, através do livro "The Philosophy of Health", em 1835. O período compreendido entre 1830 e 1875 é o que ROSEN⁴⁰ denominou de "Período do Industrialismo e Movimento Sanitário"; o desenvolvimento industrial dessa época foi muito grande e veio determinar a organização das indústrias em forma de sistema fabril, com todas as suas vantagens e desvantagens. A situação que se criou a partir desse momento obrigou as comunidades a buscar soluções para seus próprios problemas. Foi em Manchester, Inglaterra, que isto se evidenciou pela primeira vez. Uma série de surtos de febre tornou a comunidade consciente da necessidade de encontrar meios para impedir o aparecimento e a propagação das doenças. O primeiro passo nesse sentido foi dado em 1795, com a criação do Conselho Voluntário de Saúde, em decorrência da rápida difusão da febre tifóide na região. Essa iniciativa, posteriormente, originou, entre 1830 e 1875, pressões que visavam a organização de entidades sanitárias de âmbito estadual, nacional e internacional. Em 1848, graças ao trabalho de CHADWICK, principalmente, é criado na Inglaterra o Conselho Geral de

Saúde, que constitui um marco na história da Saúde Pública, a despeito de sua breve existência (1848-1854) e das desvantagens sob as quais funcionou. Em 1879 é criado o Conselho Nacional de Saúde nos Estados Unidos da América, com função de assessorar os governos estaduais e federal no campo da Saúde Pública, assim como, de planejar a organização nacional da Saúde Pública. Em 1883 o Conselho é extinto devido ao difícil manejo da estrutura administrativa, assim como por ter estimulado o antagonismo dos Estados, que sentiam que seus direitos estavam sendo prejudicados pela ação do Conselho.

Como se percebe, os problemas sanitários decorrentes da industrialização fizeram-se sentir da mesma forma em todos os países, à medida que o iam adotando. Foi na Alemanha, por volta de 1870, que Max von PETTENKAFFER levantou a problemática de que a saúde do indivíduo não era influenciada apenas pelo ambiente físico, mas também pelo meio social. Ele acreditava e pregava que a Saúde Pública era de interesse da comunidade. Alimentado por esta convicção, desenvolveu um trabalho pioneiro so

bre higiene da alimentação, do vestuário, da habitação, da água, do lixo, conseguindo fazer de Munique uma cidade saudável. Por essa época, a controvérsia sobre as doenças infecto-contagiosas, sua origem e transmissão, era sentida não mais a nível nacional, mas internacional. A cooperação internacional na prevenção de doenças transmissíveis tornou-se assunto de grande importância, até que, em 1851, a realização do primeiro Congresso Sanitário Internacional, em Paris, veio tornar mais próxima a possibilidade da criação de uma organização internacional de saúde. A essa conferência compareceram representantes de vários países europeus. Como era de se esperar de um primeiro encontro internacional, em uma época de grandes controvérsias científicas, os trabalhos desenvolveram-se morosamente, superando incontáveis problemas, até que se chegou à elaboração de uma série de normas que vieram constituir a primeira tentativa de elaboração de um Código Sanitário Internacional. Só em fins do século XIX, entretanto, o desenvolvimento da bacteriologia e imunologia veio abrir novos horizontes e oferecer reais possibilidades para um acordo no

campo da Saúde Pública.

Para se prevenir as doenças e promover a saúde é necessário combater a ignorância. Esta ên fase que caracterizou um período, com início no sé culo passado, fazia acreditar ser a Educação em Saúde Pública a base dos programas de Saúde, constituindo um início indispensável para obtenção de êxito dos programas sanitários.

Nos países europeus, assim como na América, foram vários os fatores que influenciaram o desenvolvimento maior ou menor da Educação em Saúde Pública. Entretanto, foi nos EUA que ela atingiu até nossos dias, um maior grau de desenvolvimento. Tudo começou com um movimento muito importante na época, cujo objetivo era estudar as necessidades da criança e especialmente atividades relacionadas com alimentação escolar, segurança, e saúde mental. Na segunda década do século XX, agências de saúde existentes na época resolveram organizar suas atividades e, como consequência dessa resolução, em 1911 e 1912 os Departamentos de Saúde de Nova York e Chicago iniciaram a publicação de boletins.

O boletim do Departamento de Nova York tinha por objetivo contribuir para a educação dos profissionais médicos nos aspectos preventivos do seu trabalho diário. Em 1914, o Departamento de Saúde de Nova York criou o primeiro órgão de Educação em Saúde Pública na estrutura administrativa. A primeira Guerra Mundial veio, por sua vez, colaborar para o desenvolvimento da Educação em Saúde Pública. Necessidades de tempo de guerra, tais como o controle das doenças venéreas, especialmente entre o pessoal das forças armadas, aliadas ao progresso contínuo no campo da saúde infantil, vieram contribuir para o reconhecimento da Educação em Saúde como a mais recente especialidade da Saúde Pública. Em 1918 é criada nos EUA a "Child Health Organization of América" (Organização Americana de Saúde da Criança), tendo à sua frente L. Emmet HOLT, pediatra, e Sally Lucas JEAN, enfermeira. Foi ela que, em 1919, em reunião patrocinada pela nova Organização, propôs o termo "Educação em Saúde" (Health Education). Desde então, Educação em Saúde passa a ter vida própria e em 1937 o governo americano reconhece publicamente sua importância, criando uma

seção especializada dentro do United States Public Health Service²⁷. Vagarosamente começaram a ser preparados recursos humanos para esse campo de trabalho. O primeiro a oferecer treinamento a nível de graduação para educadores de saúde pública foi o Massachussets Institute of Technology, sob orientação de Clair F. TURNER²⁷. Essa iniciativa foi logo seguida de outras; entretanto, estudo realizado em 1942 mostrou que existiam educadores de saúde pública em apenas 13 Estados norte-americanos, atingindo um total de 44 profissionais. A partir daí, a formação desse pessoal passou a ser estimulada e um novo estudo, em 1947, veio revelar que dos 460 indivíduos trabalhando em Educação em Saúde Pública, 300 eram graduados por escolas de Saúde pública, reconhecidas oficialmente. Em 1951 o número de profissionais, sempre em ascensão, justificou a criação da Society of Public Health Educators (SOPHE)²⁷.

Na Europa o desenvolvimento da Educação em Saúde Pública aconteceu de modo diferente, devido às características de seu próprio povo, sistema

de governo e problemas de saúde. Com exceção da URSS, a Educação em Saúde Pública foi promovida por organizações independentes, tais como grupos de jovens, sociedades anti-tuberculose e anti-alcoólica, cujos trabalhos eram desenvolvidos sem coordenação e com resultados bastante discutíveis. As últimas décadas, entretanto, testemunharam o esforço de alguns países no sentido de organizar suas atividades no campo da Educação em Saúde Pública. Mesmo assim, a distância entre o ponto de desenvolvimento em que se encontram, e o alcançado pelos EUA, é muito grande.

Na Alemanha, a Educação em Saúde surgiu sob forma organizada com a constituição da "Deutscher Verein für Volkshygiene" (Sociedade Alemã para a Higiene Pública), em 1908⁴⁰. Em 1919 surgem os "Landesausschüsse für hygienische Volksbelehrung" (Comitês Estaduais para a Educação em Saúde Pública). Em 1920 essas sociedades são unificadas e centralizadas num comitê com sede em Dresden e depois em Berlim. Com o advento da II Guerra Mundial, e posterior divisão da Alemanha, o país é agitado por

grandes mudanças. Em 1954 a República Federal Alemã cria o Comitê Federal para Educação em Saúde Pública, subvencionado pelo governo, mas existindo como uma organização voluntária. Seu objetivo era estimular indivíduos e grupos para atividades de saúde individual e comunitária, assim como preparar material educativo. O educador de saúde pública é ainda desconhecido na Alemanha e até alguns anos atrás a Educação em Saúde Pública, embora oficialmente considerada uma função das agências de saúde, na prática era desenvolvida por organizações voluntárias¹⁸.

Na França, Educação em Saúde é reconhecida como função de agências oficiais de saúde. Na verdade, ela foi reconhecida oficialmente em 1924⁴⁰, com a criação do "Office National d'Hygiene Sociale" (Departamento Nacional de Higiene Social), mais tarde substituído pelo "Centre National de l'Education Sanitaire, Demographique et Sociale" (Centro Nacional de Educação em Saúde, Demográfico e Social), órgão do Ministério de Saúde Pública, e cujo interesse é o estabelecimento de amplo programa de

Educação em Saúde, a nível nacional, assim como a preparação de material educativo (impressos, folhetos, cartazes, filmes). A nível local, entretanto, a situação da Educação em Saúde Pública varia de região para região, dependendo do interesse das agências oficiais pelo assunto. Em 1951 é criada em Paris a "Union Internationale pour l'Education Sanitaire Populaire" (União Internacional de Educação em Saúde Pública), cujo objetivo é a promoção e desenvolvimento da Educação em Saúde a nível internacional, através, principalmente, da criação de Comitês ou Sociedades Nacionais. Quanto ao educador de saúde pública, não existe ainda na França qualquer curso especializado para sua formação, embora grandes esforços nesse sentido tenham sido desenvolvidos por Lucien VIBOREL enquanto diretor do Centro Nacional de Educação em Saúde²⁷.

Na Inglaterra a Educação em Saúde desenvolveu-se sob forma organizada, após a criação do "Central Council for Health Education" (Conselho Central de Educação em Saúde) em Londres, em 1927, reconhecido pelo Ministério da Saúde e autoridades

locais. Sua função é dar assistência às autoridades locais na Inglaterra, País de Gales e Irlanda, em programas que envolvam aspectos educativos em Saúde Pública. É também responsável pela publicação do periódico "Health Education Journal", do "Health Information Digest" e do "Quarterly News Bulletin". O educador de saúde pública passou a ser formado na Inglaterra, a partir de 1954, pelo "Institute of Education" (Instituto de Educação), da Universidade de Londres²⁷.

A URSS, é talvez, o país que possui o melhor sistema integrado de Educação em Saúde Pública. Isso resulta, ao que tudo indica, do sistema prevalente de medicina socializada. Em 1893 a Educação em Saúde Pública foi introduzida nas escolas soviéticas⁴⁰. Existem centros de Educação em Saúde Pública distribuídos por toda a URSS, que são dirigidos por leigos previamente treinados. O maior centro que a URSS possui é o Instituto Central de Pesquisa Científica em Educação em Saúde, sediado em Moscou, e que compreende três departamentos: Educação em Saúde na escola, Educação em Saúde no campo

médico e profilático e Educação em Saúde nas indústrias. Esse Centro realiza pesquisas e avaliação de métodos e técnicas educativas, incluindo imprensa, rádio e materiais visuais, assessora centros de Educação em Saúde Pública e desenvolve programas de treinamento para especialistas da área e outros profissionais de saúde. Para atingir seus objetivos o Centro conta com órgãos de saúde, principalmente os Centros de Educação em Saúde Pública. O primeiro desses centros foi criado em 1920 e, por volta de 1964 já somavam 360, atuando do nível federal até o municipal. Sua principal função é a organização, orientação e execução de todo trabalho de Educação em Saúde Pública. Na URSS a Educação em Saúde Pública constitui uma atividade obrigatória de todos aqueles que trabalham no campo da Saúde Pública, tanto profissionais como leigos. O educador de saúde pública é preparado na URSS pelo Instituto Central de Pesquisa Científica em Educação em Saúde.

2. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE PÚBLICA NO BRASIL

O Brasil, ao tempo de sua descoberta e enquanto os conquistadores portugueses não o penetraram com sua colonização, era de uma salubridade perfeita, afirmam BARBOSA e REZENDE², acrescentando que todos os documentos de que se dispõem atestam o aspecto saudável, a beleza e a higiene do índio brasileiro. A longevidade entre os nativos era comum. As terras e o clima brasileiros eram tidos como saudáveis e favoráveis à saúde. As doenças não graçavam aqui. As únicas doenças consideradas como originárias da terra eram a malária, a boubá e a ancilostomose. Infelizmente, os colonizadores não souberam conservar as condições naturais encontradas no País. Não se apegavam à terra e não se preocupavam em preservá-la; não valorizavam a própria vida e, conseqüentemente, não davam valor à vida dos índios. Eram místicos, acostumados a atribuir as moléstias a fenômenos da natureza ou à ira divina. Seu objetivo era fazer fortu-

na para gastá-la além-mar; por isso só viam no índio o escravo de que necessitavam para trabalhar as terras. Em 1555 a expedição de Villegagnon foi a mensageira de uma primeira epidemia, que seria seguida de inúmeras outras. Essa primeira epidemia não foi identificada, embora responsável pela dizimação de número imenso de selvagens. Entre todas as epidemias importadas, sem dúvida foi a varíola que mais mortes e devastações causou entre a população daquela época. Surgindo aqui em 1563 pela primeira vez, só em 1804 começou a ser ~~comb~~atida com a vacina de Jenner, introduzida na Bahia e posteriormente no Rio de Janeiro e São Paulo². Na época em que escreveram seu livro (1909), comentaram BARBOSA e REZENDE estar o Brasil caminhando para a solução de seus problemas sanitários; as doenças iam sendo cada vez mais controladas e estava cada vez mais presente a noção da necessidade de um meio ambiente saudável para a vida do homem².

Segundo MARCONDES²⁷, no Brasil, os primeiros vestígios de Educação em Saúde Pública apareceram por volta de 1889, com a preocupação da en

tão Diretoria Geral da Saúde Pública em informar a população, através de impressos, sobre as causas e prevenção da febre tifóide, tuberculose e peste que eram, naquela época, responsáveis por uma alta taxa de mortalidade na Capital do Império.

Simultaneamente, o Instituto de Higiene do Rio de Janeiro esforçava-se em oferecer aulas de higiene aos professores primários e alunos da Escola Normal, assim como divulgar noções de higiene pessoal e da habitação à população em geral.

Como na Europa, também no Brasil teve lugar a fase de divulgação de conhecimentos sobre os aspectos etiológicos, preventivos e curativos das doenças. Um exemplo típico é o "Dicionário de Medicina Popular e das Sciencias Accessorias", de CHERNOVIZ, editado pela sexta vez em 1890. Em 1920 é criado o Departamento Nacional de Saúde Pública, como órgão do Ministério da Justiça e Negócios Interiores, através do Decreto Federal nº 14.354. Em 1923, através do Decreto Federal nº 16.300, é alterado o Regulamento do Departamento Nacional de Saú

de Pública, sendo-lhe atribuída a organização do "Serviço de Propaganda e Educação Sanitária". É a primeira vez que a expressão "Educação Sanitária", trazida dos EUA pelo professor Geraldo Horácio de Paula Souza, em 1920, aparece na legislação oficial²⁷. A evolução da sociedade brasileira obrigou a constantes mudanças e ajustamentos nos seus órgãos públicos. Assim, em 1930 foi criado o Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, que englobava o Departamento Nacional de Saúde Pública, passando o Serviço de Propaganda e Educação Sanitária a constituir a Seção de Informação, Propaganda e Educação Sanitária do mesmo Departamento. Em 1937 o Ministério é reorganizado e a Seção de Informação, Propaganda e Educação Sanitária é substituída pelo Serviço de Propaganda e Educação Sanitária. Em 1941, o Departamento Nacional de Saúde Pública sofre novas modificações, dessa vez com ampliação e intensificação de atividades que passaram a ser desenvolvidas a nível nacional, a exemplo de outros Departamentos. Em 1953 surge o Ministério da Saúde, como resultado da cisão do Ministério da Educação e Saúde Pública. O Departamento Nacional de

Saúde Pública passa a integrar o referido Ministério da Saúde, sem sofrer alterações em sua estrutura. A 22/05/1970, através do Decreto nº 66.623¹¹, é criada a Divisão Nacional de Educação Sanitária como resultado da transformação do Serviço Nacional de Educação Sanitária e subordinada ao Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças na Secretaria de Saúde Pública. Sua finalidade é "estabelecer as diretrizes básicas para os programas de Educação Sanitária, coordenando e orientando sua aplicação no Ministério da Saúde; assessorar órgãos públicos e entidades privadas na organização e funcionamento de serviços e atividades de Educação Sanitária; estudar e pesquisar, bem como incentivar, promover e colaborar no treinamento de pessoal. O Decreto nº 74.891, de 13/11/1974¹², extingue o Departamento Nacional de Profilaxia e Controle de Doenças, ficando as unidades que o integravam (inclusive o DNES) subordinadas diretamente à Secretaria de Saúde Pública, que pelo mesmo Decreto passa a denominar-se Secretaria Nacional de Saúde.

Não se pode deixar de citar, nesse cami-

nhar histórico, a criação do Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), por volta de 1942, atualmente transformado em Fundação. Desde a sua criação e até o presente, uma das preocupações dessa entidade tem sido a Educação em Saúde Pública. O êxito obtido nos trabalhos realizados durante todos esses anos demonstra a eficiência da filosofia de trabalho adotada pelo referido órgão. A atuação da FSESP cobre grande parte do território brasileiro.

Em São Paulo, a Educação em Saúde Pública sem dúvida alguma foi impulsionada inicialmente por Geraldo Horácio de Paula Souza, posteriormente por Rodolfo dos Santos Mascarenhas e, mais tarde, por Ruth Sandoval Marcondes.

Por iniciativa de PAULA SOUZA foi criado, em 1924, o Curso de Educadores Sanitários no antigo Instituto de Higiene de São Paulo. Os candidatos ao curso eram selecionados entre professores primários regentes de classe, que vinham para o Instituto de Higiene receber treinamento em Educação em Saúde. Em virtude da não existência de enfermei-

ras nos Centros de Saúde, criados por volta de 1927 em São Paulo, os educadores sanitários começaram a ser utilizados por esses Centros, com funções polivalentes. A partir de 1946, em decorrência da reforma universitária, candidatos portadores de diploma de curso secundário completo (clássico e científico) passaram também a ter acesso ao curso³¹.

Em 1958, sentindo a necessidade de avaliar o treinamento oferecido aos educadores sanitários, em termos de responsabilidades e funções no campo, a Faculdade de Higiene e Saúde Pública designou uma Comissão para realizar estudo do assunto, integrada por MARCONDES e RAHM³¹. Os resultados, publicados em 1959, revelaram que o educador sanitário "parece ser um funcionário polivalente, não chegando suas funções a ser nem as da enfermeira de saúde pública, nem as da assistente social e nem as do educador de saúde pública tal como classificado pela OMS". O mesmo estudo, entre as conclusões apresentadas, levanta um problema cuja solução considera tão vital quanto complexa: com o desenvolvimento de especialidades como Enfermagem de Saúde

pública, Serviço Social e Educação em Saúde Pública, cada uma com suas contribuições específicas e importantes à Saúde Pública, o que acontecerá ao educador sanitário e à Educação em Saúde Pública típicos de São Paulo?

A necessidade de responder a essa questão, entre outras razões, levou a Congregação da então Faculdade de Higiene e Saúde Pública a suspender o curso para reformulação, a 10/07/1961; entretanto, a reformulação não chegou a realizar-se, tendo em vista as reformas ocorridas em seguida na Universidade de São Paulo, permanecendo suspenso até o presente.

A necessidade de um elemento no campo da Educação em Saúde Pública não se fazia sentir apenas em São Paulo. Como consequência da tentativa de vários Estados brasileiros para resolverem seus problemas no campo da Educação em Saúde Pública, diferentes elementos auxiliares foram preparados e colocados em campo.

Minas Gerais formou, de 1961 a 1968, as coordenadoras escolares, professoras primárias ou pré-primárias, com o objetivo de capacitá-las a co ordenar as ações assistenciais-educativas de saúde nas escolas. Durante o período compreendido entre 1961 e 1968 foram treinadas 689 coordenadoras escolares de saúde; 440 em Belo Horizonte e 249 em Juiz de Fora. Ainda em Minas Gerais, em 1969 foi realizado treinamento de supervisores escolares de saúde pela Escola de Saúde Pública de Belo Horizonte. O objetivo desse treinamento foi preparar pessoal para supervisionar o trabalho das coordenadoras escolares de saúde⁴⁸. O Paraná, através da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde, desde 1963 vem oferecendo treinamento para educadores sanitários de nível médio. O Rio Grande do Sul tem também, através da Escola de Saúde Pública da Secretaria da Saúde, treinado educadores sanitários de nível não universitário. Santa Catarina, para poder dar expansão ao Projeto de Saneamento Básico Comunitário, da Secretaria da Saúde, treinou em 1972 pessoal polivalente para desenvolver atividades de Educação em Saúde Pública e de saneamento⁴⁸. Embora alguns

Estados brasileiros tenham resolvido parcialmente seus problemas no campo de recursos humanos para a Educação em Saúde Pública, muitos outros continuam com carência total desses elementos. A falta de recursos humanos realmente capacitados, ao lado do conhecimento de que para erradicar, minimizar ou controlar os problemas que impedem a população de alcançar níveis adequados de bem-estar físico, mental e social, é necessário prepará-la na área da Educação em Saúde, contribuíram para a concretização de uma idéia que vinha amadurecendo na Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo desde 1952: a criação do Curso de Educação em Saúde Pública na própria Faculdade, à semelhança dos já existentes nos EUA, Japão, Filipinas, Índia e URSS. Esse curso foi aberto a candidatos portadores de diploma de curso superior, com prioridade para os oriundos das áreas das ciências humanas, outorgando ao término de um ano acadêmico o diploma de Educador de Saúde Pública. O curso pode levar ao título de Mestre em Saúde Pública, desde que o candidato cumpra os necessários créditos dentro de um mínimo de 18 meses.

O EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA

O educador de saúde pública é um profissional com formação acadêmica nas áreas da Educação e da Saúde, que o habilita a desenvolver os aspectos educativos dos programas de saúde. A ele cabe a tarefa de desencadear todo o processo de mudanças inerentes à consecução dos objetivos dos programas de saúde. Sendo, portanto, um agente de mudanças, cuja atuação visa a melhoria da saúde dos indivíduos e grupos, seu preparo acadêmico inclui conhecimentos sobre:

- "Educação, especialmente os fatores determinantes do comportamento humano;
- Ciências Sociais, para compreender as características sócio-econômico-culturais das populações;
- Saúde Pública, incluindo princípios de administração sanitária, saneamento do meio, métodos de controle das doenças, interpretação estatística, planejamento de programas;
- Administração de serviços de educação em saúde pú

- blica e de educação em saúde na escola;
- metodologia da educação em saúde pública;
 - técnicas de investigação aplicadas à educação em saúde pública"⁴⁸.

Além disso, dependendo da agência em que vai atuar, o aluno é orientado no sentido de obter outros conhecimentos básicos em saúde pública como, por exemplo, os relacionados à área de saúde materno-infantil e nutrição.

"O educador de saúde pública é um especialista que, por seu preparo especial, deve possuir alta competência e capacidade de liderança, que lhe permita se encarregar de trabalhos de planejamento e organização, de estudos e investigações na área da Educação em Saúde Pública"⁴⁸. É o técnico especializado em métodos e técnicas educativas que favorecem, facilitam e aceleram o processo de mudança de comportamento das pessoas e que auxilia o pessoal de saúde a um melhor desenvolvimento de seu trabalho educativo⁷. Devido a essas características, o educador de saúde pública passou a ser ele-

mento altamente requisitado não só no campo da Saúde Pública, como também no da educação. Isso fez com que, embora sua formação o preparasse especificamente para trabalho com a comunidade, se visse obrigado a assumir também o campo da saúde escolar. Percebendo desde logo essa realidade e os problemas que poderiam surgir da não adequação do profissional às necessidades do campo de trabalho, o Curso da Faculdade de Saúde Pública, a partir de 1971, vem focalizando também a Educação em Saúde na escola, favorecendo a adequação do profissional às necessidades e realidades dos sistemas educacionais brasileiros.

Embora o educador de saúde pública possa atuar tanto em serviços públicos como em empresas particulares ou agências voluntárias de saúde, no Brasil, segundo KRAUSZ²¹, ele é mais comumente encontrado nos quadros dos serviços públicos de nível federal, estadual ou municipal. A explicação de tal fenômeno reside, possivelmente, no fato de que os serviços públicos (principalmente as Secretarias de Saúde e Educação), já conhecem o profis-

sional e, reconhecendo a validade do seu trabalho, têm se preocupado em formar seu próprio pessoal. Como consequência, a Faculdade de Saúde Pública tem recebido, anualmente, um grande contingente de alunos oriundos dos quadros do serviço público de todo o País. No momento, a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo é a única Escola da América Latina ocupada em preparar recursos humanos para a educação em saúde a nível pós-universitário, tanto na área da Educação em Saúde comunitária como na de saúde na escola. De 1967 a 1975 foram formados 200 educadores de saúde pública pela Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, número esse muito aquém das necessidades do Brasil.

A Educação em Saúde não constitui patrimônio exclusivo do educador de saúde pública, mas pode e deve fazer parte integrante do trabalho diário de todos aqueles profissionais que constituem a equipe de saúde. Isto não significa, entretanto, que eles possam substituir o educador de saúde pública. Como afirmam KLEINSCHMIDT & ZIMAND²⁰, o educador de saúde pública é o elemento que investe

todo o seu tempo no processo de Educação em Saúde. Ele realiza em profundidade, aquilo que outros profissionais realizam apenas superficialmente⁴⁸. Tem sido definido como um "conselheiro em saúde, educador, estimulador, conciliador e agente catalizador³⁶". Ele ajuda indivíduos e grupos a reconhecer, compreender e se responsabilizar pela solução de problemas de saúde pessoais, da família e da comunidade. Baseado em fatos levantados por outros técnicos, ele é capaz de interpretar as necessidades de saúde de uma comunidade, os comportamentos de saúde desejáveis para esse grupo e os serviços de saúde de que dispõe. Ele suplementa de uma maneira organizada e contínua o trabalho de outros profissionais, tanto da área de saúde comunitária como de saúde escolar, sem entretanto, substituí-los²⁰.

A clientela do educador de saúde pública é a própria equipe da qual ele é um dos membros; sua responsabilidade é proporcionar aos demais elementos da equipe (médicos, dentistas, professores), oportunidades de aprendizagem, de modo a que possam transformar cada um dos seus contatos com indivi-

duos ou grupos da comunidade, em uma situação educativa.

Segundo MARCONDES*, "é com o homem, não com máquinas e computadores que o educador de saúde pública trabalha, e portanto, o seu trabalho deve estar muito mais orientado para o processo do que para a tarefa".

* MARCONDES, R.S. - Discurso de posse da 1a. Diretoria da Sociedade dos Educadores de Saúde Pública - São Paulo, 1974.

CAPÍTULO II

CONCEITUAÇÃO

CAPÍTULO II

CONCEITUAÇÃO

Saúde, assim como educação, parece ter diferentes significados para diferentes pessoas. Daí seus conceitos variarem no tempo e no espaço³². A integração de "saúde" e "educação" no termo "educação em saúde" estabelece que saúde implica no conteúdo e educação no processo. O conteúdo de saúde define o que deve ser ensinado sobre saúde e o processo educacional determina como a aprendizagem se realizará¹. Sendo Educação em Saúde uma expressão que envolve dois elementos diferentes mas indissociáveis, é importante que se conceitue cada um deles em separado, para posteriormente se chegar ao conceito da expressão total.

Saúde encontra seu melhor sentido no termo anglo-saxônico "health", que originalmente sig-

nifica a condição de estar bem, sadio, ileso. Com o passar do tempo, entretanto, esse sentido originário foi sendo gradativamente modificado, atribuindo-se à saúde um aspecto negativo de libertação de doença ou defeito já estabelecidos. Modernamente, as origens do termo saúde estão sendo redescobertas e sob essa forma é que vem sendo conceituado.

Para JOHNS, SUTTON & WEBSTER¹⁹, "saúde é a qualidade resultante do funcionamento total do indivíduo no seu meio, que o habilita a alcançar uma vida pessoalmente satisfatória e socialmente útil". A Organização Mundial da Saúde (OMS), em 1946, já conceituava saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não meramente como ausência de doença ou enfermidade⁵⁰. No documento "Programas de Saúde para o Sistema de Ensino no Brasil"⁴⁹, saúde é conceituada como "uma qualidade de vida a que o homem aspira e que resulta da realização máxima do seu patrimônio genético em interação com o meio e através de ações inteligentes". Saúde constitui um dos componentes da vida humana e, devido à sua complexidade, pode ser analisada sob di

ferentes enfoques. Assim, ela é uma unidade multi-dimensional, envolvendo aspectos físicos, intelectuais, sociais e emocionais do homem. É um processo dinâmico e não uma condição estática. Saúde depende não só do que as pessoas sabem, mas principalmente do que fazem; envolve não só conhecimentos adequados, mas também, e principalmente, comportamentos condizentes com esses conhecimentos; portanto, saúde está condicionada ao comportamento dos indivíduos.

Etmologicamente, o termo educação originou-se do latim "educatio ou educere", que significa formar, tirar para fora. Por muito tempo, toda via, educação foi um processo que se preocupou apenas com a transmissão de conhecimentos; as necessidades do educando e a adequação desses conhecimentos à sua realidade social não eram sequer questionadas. Hoje a situação é outra. Em uma sociedade de mudança como a em que vivemos, a educação aos poucos está se transformando em um instrumento de aquisição de bens e de "status". Conseqüentemente, o processo educativo preocupa-se presente -

mente com o educando e com o que ele necessita aprender para poder, integrar-se eficazmente na estrutura social da qual é membro. Como parte integrante do termo Educação em Saúde, a educação pretende auxiliar os indivíduos a alcançarem seus próprios objetivos de vida. Deve, portanto, oferecer amplas oportunidades de conhecimento que possibilitem e favoreçam condições de opção ao indivíduo. Por outro lado, é necessário que não se confunda Educação com informação. Educação envolve motivação, reação, interação e mudança ou reforço de comportamento, enquanto informação consiste no oferecimento e obtenção de fatos. Educação é um processo global, do qual informação é apenas uma parte*.

Educação em Saúde, segundo MEANS, é a ciência e arte relacionadas com uma vida saudável. Preocupa-se com o comportamento do indivíduo em interação com o meio, no que se refere à saúde; é o processo de prover experiências que influenciem fa

* SPILLANE, A. - Some guidelines for health education, (s.n.t.) (mimeografado).

voravelmente a compreensão, atitudes e práticas de saúde relativas ao indivíduo, família e comunidade. Educação em Saúde pode ser considerada como ciência aplicada derivada das ciências biológicas e comportamentais, com o enfoque necessário para cobrir a lacuna entre as descobertas científicas no campo da saúde e sua aplicação à vida diária de cada homem³².

De acordo com ROBERTS³⁹, Educação em Saúde é hoje reconhecida como medida fundamental na promoção de práticas individuais e comunitárias de saúde. Essa abordagem demonstra que a Educação em Saúde auxilia as comunidades a conscientizarem seus problemas ou necessidades no campo da saúde, a transferirem esses problemas para suas vidas particulares, a selecionarem medidas adequadas para sua solução e, finalmente, a adotarem o comportamento necessário e mantê-lo. A Educação em Saúde possibilita que a população, por sua própria escolha, chegue à aceitação, adoção e manutenção de práticas de saúde desejáveis e adequadas à realidade social em que vive. E quando isso acontece, essas práticas

são integradas aos seus padrões de vida, o que normalmente não acontece quando são impostas.

Na 12a. Assembléia Anual da Saúde promovida pela OMS¹⁴ em Genebra, concluiu-se que Educação em Saúde é a soma de todas aquelas experiências de um indivíduo, grupo ou comunidade, que influenciam suas atitudes e comportamentos, assim como os processos e esforços necessários para produzir essas mudanças. Este conceito focaliza o aspecto de que experiências de natureza positiva ou negativa provocam impacto nos indivíduos, influenciando no que cada pessoa, grupo ou comunidade pensa, sente e faz em relação à saúde. A Educação em Saúde preocupa-se com as pessoas e com seu comportamento em saúde. Identifica suas necessidades e problemas e busca as soluções viáveis¹.

Em 1955, o Comitê de Técnicos de Educação em Saúde Pública, que pela primeira vez se reunia como consequência de decisão da Assembléia Mundial da Saúde, conforme indica BRITO BASTOS⁶, concluiu que a finalidade da Educação em Saúde Públi-

ca é ajudar os indivíduos a alcançarem saúde por meio de seus próprios atos e esforços, sendo os seguintes seus principais objetivos:

1. fazer da saúde um valor aceito pela comunidade;
2. equipar os indivíduos com conhecimentos e habilidades que o ajudem a resolver seus próprios problemas de saúde;
3. promover o desenvolvimento dos serviços de saúde.

Em linhas gerais, a grande tarefa da Educação em Saúde é favorecer a mudança ou reforço de atitudes e comportamentos dos indivíduos em relação à sua própria saúde, de seu grupo ou comunidade; estimula-os a perceber seus próprios problemas de saúde e ajuda-os a buscar soluções adequadas para esses problemas. GUILBERT¹⁷ considera que a Educação em Saúde é uma responsabilidade irrecusável de todos os serviços oficiais e particulares de saúde, assim como uma função inerente a todos os profissionais que trabalham na área da Saúde Pública.

A Educação em Saúde, considerada como um meio eficaz para que os indivíduos atinjam seus próprios objetivos, precisa integrar-se no contexto diário de suas vidas, sendo necessário para isso fazer-se uso de todos os recursos disponíveis na comunidade. Entre esses recursos destaca-se um de importância ímpar: a escola. A importância da escola na formação global dos indivíduos é tão expressiva que a Educação em Saúde, para melhor atender as necessidades específicas dessa instituição, vem cada vez mais desenvolvendo e aperfeiçoando recursos humanos, métodos e materiais que tornem mais eficaz sua ação, na formação dos escolares. Segundo TURNER⁴⁷, a Organização Educacional Científica e Cultural das Nações Unidas (UNESCO) e a Organização Mundial da Saúde (OMS) reconhecem a Educação em Saúde na escola como importante parte da educação geral e um meio vital de promoção da saúde. A Educação em Saúde na escola proporciona oportunidades excelentes para se formar nos indivíduos as atitudes e comportamentos corretos em relação a problemas de saúde³⁵.

A escola tem funcionado, desde há muito tempo, como intérprete das descobertas científicas para o público. Ela tem-se constituído em instrumento pelo qual os alunos compreendem os avanços do mundo e o significado da cultura. É através da educação que se combinam conhecimento e inteligência visando ao desenvolvimento dos meios pelos quais o homem controla seu ambiente e assegura sua subsistência. Sem esses meios o homem não pode sobreviver, afirma OBERTEUFFER³⁴.

De acordo ainda com OBERTEUFFER, o objetivo final da Educação em Saúde Pública, seja em termos de escola ou de comunidade em geral, é liberar as forças potenciais do homem, energias e virtudes, de modo que sua ação se torne amplamente satisfatória e humanamente construtiva em saúde. Além disso, deseja influenciar favoravelmente a vida das populações e pretende que os conhecimentos de Jenner, Pasteur, Koch e tantos outros ajudem os homens de hoje a ter uma vida melhor³⁴. Dessa maneira, as descobertas científicas são importantes e válidas, à medida em que são utilizadas para melhorar a vi-

da de todos os homens. No terreno da saúde o comportamento é mais importante do que qualquer conhecimento ou atitude. A idéia é impotente, se desligada da ação.

Dentre todas as instituições de uma comunidade que trabalham com o público, a escola é talvez a única que conta diariamente com uma clientela permanente. A ela cabe a responsabilidade de contribuir para a formação dos indivíduos, enriquecendo-os com conhecimentos e experiências adequadas para a sua realização como membros úteis de uma sociedade. Apesar disso, a escola não pode e nem deve se propor sozinha a promover, proteger e se possível recuperar integralmente a saúde da criança. Pode e deve, entretanto, ao lado da família e da comunidade, contribuir para que seus alunos alcancem a saúde. A posição que a Educação em Saúde deve ocupar na escola vem sendo defendida desde há muito tempo por educadores e higienistas. Já por volta de 1931, afirmava-se que devido à complexidade das diretrizes e sistemas da Educação, mesmo variando os objetivos morais ou sociais da escola, não devem

variar aqueles referentes à formação de um indivíduo sadio. Por outro lado, nenhuma sociedade civilizada pode descurar dos problemas de saúde e nenhuma escola verdadeira pode desprezar o seu valor na construção e defesa da vida humana⁴⁶. De acordo com TURNER⁴⁷, a escola fornece a formação em saúde para seus alunos e gradualmente prepara-os para a vida familiar e de cidadãos. A Educação em Saúde na escola não visa a manipulação do comportamento das crianças desvinculada dos conhecimentos de saúde; ela pretende ajudar cada aluno a compreender a si próprio como um ser físico, mental e social a entender problemas de saúde, analisar o que pode ser feito e quais os benefícios que serão obtidos.

Reportando ao conceito mencionado por DERRYBERRY¹⁴, encontra-se que a Educação em Saúde supõe a existência de experiências e não apenas transmissão de conhecimentos. Assim sendo, a Educação em Saúde na escola significa a aquisição de conhecimentos e a formação de atitudes e valores que levem o escolar a um comportamento que reverta em benefício de sua própria saúde e da saúde dos outros.

A fim de que a saúde ultrapasse o campo do conhecimento para transformar-se em comportamento, é preciso que se torne um fator diretivo, estabelecido no contexto diário da vida dos escolares. A Educação em Saúde na escola oferece aos alunos meios para que vivam melhor; ajuda-os a conhecer a problemática da saúde de seu país, e em particular de sua comunidade, a preocupar-se com esses problemas e a procurar soluções adequadas para os mesmos.

No Brasil, Saúde passou a fazer parte obrigatória do currículo pleno escolar do 1º e 2º graus a partir da promulgação da Lei Federal 5.692²², que veio reforçar e reconhecer sua importância para se atingir os principais objetivos da Educação: auto realização, qualificação para o trabalho, preparo para o exercício consciente da cidadania e capacitação para o estabelecimento de relações inter-pessoais⁵. Entretanto, o texto da referida lei não esclarece como deveria ser desenvolvida essa nova disciplina. Foi só em 1974 que o Conselho Federal de Educação emitiu o Parecer nº 2.264, que definiu saúde no currículo escolar como Educação em Saúde,

cabendo-lhe a tarefa de desenvolver conhecimentos científicos, atitudes e comportamentos relativos à saúde¹⁵. Complementando as considerações desse Parecer, durante a IV Jornada Brasileira de Estudos de Educação em Saúde, em 1975, realizada em Brasília, foi enfatizada a necessidade de que a Educação em Saúde na escola deve se alicerçar nas experiências e condições de vida das populações das áreas onde ela se desenvolve.

Embora a responsabilidade pela saúde do escolar seja basicamente dos pais e de modo algum possa ou deve ser-lhes retirada, durante o tempo em que as crianças estão na escola, esta substitui os pais. Desta maneira, entre outras responsabilidades, a escola assume as referentes à saúde e ben-estar de seus alunos. Para que esse aspecto da escola funcione adequadamente, é necessário que a área da saúde seja trabalhada com fundamento em um plano, cujos objetivos básicos são:

- contribuir para proteção e promoção da saúde do escolar, proporcionando um ambiente físico e emocional adequado ao seu crescimento e desenvolvi-

mento, ajudando-o a compreender a importância dos exames de saúde periódicos, estimulando-o a utilizar os recursos da comunidade, concorrendo para prevenção e controle das doenças transmissíveis;

- desenvolver um currículo orientado no sentido de atender as necessidades e interesses do escolar, proporcionando-lhe experiências de aprendizagem que o habilitem a aplicar as descobertas científicas em benefício de sua saúde;
- levar o escolar a compreender a necessidade da sua participação para o equacionamento dos problemas de saúde pessoais, de sua família e de sua comunidade²⁹.

Para que os programas de saúde escolar alcancem com êxito seus objetivos, a Educação em Saúde deve desenvolver-se através de quatro diferentes dimensões, abrangendo cada uma delas necessidades específicas da saúde da criança em idade escolar e pré-escolar. Essas quatro dimensões, ambiente físico e emocional da escola, serviços de saúde, ensino da saúde e integração lar-escola-comunidade, abrangem todos os aspectos do universo escolar, contribuindo cada uma delas para que se con-

cretize o processo da Educação em Saúde. Assim, segundo afirma MARCONDES²⁹, a dimensão ambiente escolar implica em oferecer às crianças condições físicas adequadas ao seu desenvolvimento integral, bem como condizentes com o ensino da saúde que vem recebendo. Do mesmo modo, o relacionamento dos professores entre si e com os alunos constitui parte importante do ambiente emocional que contribui para a formação global da criança. Serviços de saúde têm por objetivo desenvolver atividades ligadas à promoção, proteção e recuperação da saúde do escolar e que sejam condizentes com o ensino da saúde desenvolvido na escola. O ensino da saúde preocupa-se em oferecer informações que possam ser úteis ao escolar na formação de comportamentos adequados à sua saúde e à de sua família, assim como em interpretar para ele os conhecimentos e as descobertas científicas, de modo a que possam ser aplicados em sua vida diária. Finalmente, a dimensão lar-escola-comunidade compreende todas as atividades que contribuem para o desenvolvimento de relações de cooperação entre

a escola, a família e a comunidade; preocupa-se principalmente em fazer com que a escola seja realmente um centro, aberto à comunidade, bem como em dar aos pais responsabilidade pelas atividades que desenvolve e, em última análise, pela formação que seus filhos estão aí recebendo. Qualquer que seja o aspecto desenvolvido pelo programa de saúde, a ênfase recairá fatalmente em uma dessas dimensões, devendo contar com a Educação como instrumento indispensável para a sua consecução.

A promoção da saúde, como se pode perceber, constitui uma tarefa extremamente complexa, que ultrapassa as possibilidades das ciências médicas apenas. É evidente a necessidade de múltiplos profissionais de saúde capacitados para atuar em diferentes níveis, de acordo com sua formação básica e com o papel que lhes cabe desenvolver dentro da programação de saúde⁴. Entre esses profissionais destaca-se o especialista em Educação em Saúde Pública, particularmente importante para o êxito dos programas de saúde desenvolvidos tanto na comunidade como na escola. Este trabalho, focaliza o educador de saúde pública atuando no sistema escolar.

C A P Í T U L O I I I

A SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

CAPÍTULO III

A SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO
DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

A Secretaria Municipal de Educação (SME) da Prefeitura do Município de São Paulo, foi criada em 1947¹³, sendo responsável ao lado da Secretaria dos Negócios da Educação do Estado de São Paulo, pelo ensino de 1º grau. Compete-lhe planejar, orientar, superintender e executar as atividades pertinentes à rede de escolas municipais, de acordo com a Lei Municipal nº 7.693²⁴ e a Lei Federal 5.692²², que define as diretrizes nacionais de educação. Com a promulgação da Lei Municipal nº 7.037²³, e recentemente da Lei nº 8.204²⁵, a SME passou a ter a seguinte estrutura:

- I - Gabinete do Secretário (Assessorias e Expediente);
- II - Departamento Municipal de Ensino (EM);

III - Departamento de Educação Infantil (ED);

IV - Departamento de Assistência Escolar (EA);

A clientela da SME inclui pré-escolares e escolares, abrangendo uma faixa etária que se estende dos 3 aos 14 anos.

1. ASPECTOS RELATIVOS À POPULAÇÃO ESCOLAR DO MUNICÍPIO DE SÃO PAULO

Como a grande maioria das escolas se situa na região periférica da cidade, a população que demanda essas unidades se origina das classes sociais menos favorecidas do município. Esse fator, por si só, tem implicações no desenvolvimento sócio-cultural e, conseqüentemente, na saúde de seus alunos.

Estudos realizados em 1973 pela SME³³, visando ao diagnóstico da situação na rede municipal de ensino, vieram constatar que a repetência escolar constitui um de seus principais problemas, ocorrendo acentuadamente nas primeiras séries do 1º

grau, decrescendo gradativamente até às quartas sé
ries, recrudescendo novamente nas quintas, para di
minuir nas séries subseqüentes. Como causas de tal
fenômeno foram apontadas duas variáveis de origem
sôcio-econômica:

- problemas relativos à saúde do escolar, principalmente no que se refere à alimentação;
- problemas decorrentes da carência cultural do meio em que vive o escolar.

No que se refere à primeira variável, é freqüente afirmar-se que, deficiência alimentar e rendimento escolar mantêm relação de causa e efeito. GIULIANELLI, citado por ROSENBERG⁴², afirma que o escolar brasileiro apresenta estado precário de nutrição devido à alimentação inadequada, ao desconh
ecimento da educação alimentar e baixa capacidade econômica dos pais ou responsáveis. Estudos realiz
ados por GIULIANELLI, no Brasil, revelaram que:

- "grande porcentagem dos escolares brasileiros não atingia níveis normais de crescimento e desenvolvi
vimento físico e mental;

- elevado número de crianças chegava à escola em completo jejum;
- os alunos desmaiavam de fome durante as atividades escolares;
- por sua alimentação insuficiente, muitos escolares eram desatentos e demonstravam sono durante as aulas;
- as crianças sub-nutridas, além de se fatigarem com facilidade e de não possuírem resistência às enfermidades, não retinham com facilidade as lições;
- o índice de freqüência nas escolas que serviam merenda era muito mais elevado⁴².

Por outro lado, READ³⁸ comenta que a fome pode alterar o aprendizado, observando que muito do que se diz sobre fome e comportamento na sala de aula é, fruto de opiniões subjetivas de pais e professores. Entretanto, somadas todas, elas indicam que os programas de alimentação escolar diminuem a sonolência, a apatia e determinam melhoria das atitudes, atenção e rendimento escolares.

Para contornar o problema da deficiência alimentar dos alunos, as unidades da rede municipal de ensino contam com um sub-programa de merenda escolar, que visa a suplementar as necessidades proteico-calóricas diárias das crianças matriculadas. Entretanto, como afirma ROSENBERG⁴², "o maior ou menor sucesso dos programas alimentares desenvolvidos nas unidades da Secretaria de Educação estará sempre condicionado à participação de cada unidade no que diz respeito ao desenvolvimento paralelo de programas de educação alimentar. Não basta que se dê comida à criança, mas é fundamental ensiná-la a bem se alimentar".

Afirma o mesmo autor que, "embora não apresentando a mesma gravidade constatada nos grupos mais jovens, a alta prevalência da MPC* entre os escolares, justifica plenamente a implantação dos programas de assistência alimentar especificamente dirigidos a esse grupo populacional, especialmente se o fornecimento de alimentos pelas escolas for

* MPC = má nutrição proteico-calórica.

planejado como parte integrante de um programa mais amplo de educação alimentar. Se atentarmos para a importância representada pelo fator educação na etiologia da MPC, não teremos dúvida em classificar como prioritárias todas as atividades de assistência alimentar, dirigidas ao escolar, já que é durante esta fase da vida que cada indivíduo apresenta as melhores condições para incorporação de novos conhecimentos e de novos hábitos alimentares"⁴².

Nestas afirmações transparece claramente a importância do componente educativo dos programas de alimentação escolar e que pode, sem dúvida, ser extrapolada para o restante do programa de saúde escolar.

No que tange à variável carência cultural, estudos realizados pela SME indicam, como principal causa, a localização da maioria das unidades escolares do município em áreas onde os níveis socio-econômicos e culturais da população são desfavoráveis. Afirmam os técnicos da SME que a maioria das crianças dessas áreas não apresentam as condições necessárias para acompanharem satisfatoriamente

te o processo de aprendizagem formal do 1º grau³³. Com base nesse pressuposto, o EA realizou uma pesquisa visando a estabelecer um relacionamento entre a idade mental e a idade cronológica das crianças de 1ª. série do 1º grau da rede municipal de ensino. Resultados dessa pesquisa revelaram que, em média, essas crianças têm 5,2 anos de idade mental, "versus" uma idade cronológica de, no mínimo 7 anos, não apresentando, portanto, o amadurecimento necessário para participarem com êxito do processo de aprendizagem³³.

A partir da identificação dos aspectos causais da repetência escolar, foram estabelecidas algumas medidas para, se não resolver, ao menos minimizar seus efeitos negativos. Nesse sentido, ao lado das atividades já existentes de merenda escolar, prevenção de tuberculose e atendimento odontológico, foi proposta maior cobertura e concentração da atividade de assistência médica, assim como a implantação da atividade de oftalmologia sanitária escolar. Essa programação visa a prevenção de agravos à saúde e/ou a recuperação da sa

úde dos alunos, tendo em vista seu aproveitamento escolar. Por outro lado, na tentativa de combater os problemas do despreparo da criança que ingressa na 1ª série do 1º grau, foi implantado um projeto-piloto em uma unidade da rede, idealizado pelo então diretor do EA, Dr. Cornélio Pedroso Rosenberg, com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento adequado da motricidade e do código de linguagem aumentando, assim, as possibilidades de êxito da criança ao ingressar na escola. Ao lado desse atendimento pedagógico, a criança tinha acesso, também, ao atendimento médico, odontológico e alimentar, programados para os escolares.

O êxito de tal projeto levou à sua ampliação. Hoje, sob a denominação de PLANEDI (Plano de Educação Infantil), funciona em cerca de 100 unidades da SME.

Entretanto, apesar das medidas tomadas por parte da SME, a retenção dos alunos permanece ao redor de 40% nas primeiras séries e 30% nas quintas séries, provando que as providências tomadas

são insuficientes para alcançar o efeito desejado³³.

Tal situação levanta a hipótese de que a introdução da Educação em Saúde Pública em todos os programas que tenham por objetivo a saúde do escolar, poderá contribuir para a solução desse problema. Se a saúde do escolar é elemento chave para o êxito do processo de aprendizagem, a Educação em Saúde deveria, como já preconiza a Lei 5.692^{22,44} e o Parecer nº 2.264 do Conselho Federal de Educação¹⁵, fazer parte do currículo pleno escolar das escolas de 1º e 2º graus, contribuindo assim com a parte que lhe cabe para o sucesso do processo ensino-aprendizagem.

2. A EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

A Educação em Saúde na escola deve ser considerada como parte do processo educativo global, cujo objetivo último é a criança. Recomenda-se que seja programada em conjunto com as demais disciplinas do currículo, de modo a fazer parte do con

texto diário da vida da criança na escola. Para que isso se concretize é necessário que cubra quatro áreas: ensino da saúde, serviços de saúde, ambiente escolar (físico e emocional) e integração lar-escola-comunidade²⁹.

ENSINO DA SAÚDE

Oficialmente, Educação em Saúde, como já foi mencionado, deveria fazer parte do currículo pleno escolar das Escolas Municipais de 1º grau; sabe-se, no entanto, que a maioria, senão a totalidade das escolas, permanece omissa nesse sentido. Segundo CONNER¹⁰, nos EUA, onde há a mesma problemática em um número considerável de escolas, deve-se esta situação às seguintes razões:

- falta de reconhecimento, por parte do público em geral, da importância do papel da escola no desenvolvimento de atitudes e comportamentos adequados em relação à saúde;
- falta de entrosamento entre as agências de saúde e de educação da comunidade, de modo que estas possam contar com os recursos humanos e materiais disponíveis daquelas;

- inadequado preparo dos professores na área da Educação em Saúde;
- tendência em relegar Educação em Saúde a uma posição inferior à conferida a disciplinas tais como ciências e matemática.

Afirma CONNER¹⁰ que, em muitos casos, a Educação em Saúde faz parte do programa de Educação Física, sendo ensinada por um professor com inadequado ou nenhum preparo em Educação em Saúde e que muitas vezes não tem interesse pela matéria.

O que ocorre na SME, provavelmente pelos mesmos motivos citados por CONNER, é que o desenvolvimento da área da saúde fica na dependência do professor, podendo este decidir se deve ou não incluí-la em sua programação. Note-se que, ainda hoje, os cursos básicos de formação do professor de 1º grau (1º e 2º níveis) e mesmo os cursos superiores de Pedagogia e Biologia não contêm nos seus currículos, o conteúdo programático específico de saúde que capacite os professores a planejar, desenvolverem e avaliarem a disciplina Saúde, da mesma

maneira como o fazem com as demais disciplinas do programa escolar. Ao fato de que o professor não possui formação suficiente na área de saúde, situação que mereceu estudo detalhado por MARCONDES³⁰, junta-se a dificuldade de encontrar bibliografia adequada sobre o assunto, falta de orientação e supervisão pedagógica nessa área e a inexistência de um programa definido constituído não apenas de tópicos esparsos sobre saúde, mas de assuntos organizados em uma linha de aprofundamento sequencial, de modo a formar um todo harmônico. É preciso que a criança receba informações, ao mesmo tempo em que tem oportunidade de vivenciá-las na própria escola e que tais informações e experiências constituam, ao final de seu curso de 1º grau, os elementos mínimos necessários à sua atuação adequada como futuro cidadão. Provavelmente, a criança não aplicará em casa tudo o que vivencia na escola, em consequência de variáveis diversas e de intensidade considerável, mas é de se esperar que quando adulta, com poder de opção e livre escolha, recorde os ensinamentos recebidos na escola, pondo-os em prática. No que se refere à área de ensino da saúde, es

ta é a situação vigente até o momento nas unidades da SME.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Das dimensões a serem cobertas pelo programa de Educação em Saúde na escola, é esta, realmente, a única que vem, através do EA, recebendo um tratamento mais científico. Suas atividades são baseadas em necessidades reais dos escolares e desencadeadas, dentro das possibilidades de recursos humanos, financeiros e materiais vigentes, visando a minimização dessas necessidades.

Os escolares do Município de São Paulo são alvo da seguinte programação^{4 5}:

- atendimento médico-sanitário;
- atendimento odontológico;
- atendimento alimentar.

Cabe esclarecer que o atendimento médico-sanitário significa:

- inspeção médica escolar para fins de educação física, para alunos de 5a. a 8a. séries;

- inspeção médica escolar do maior número possível de alunos de 1a. a 4a. séries e de pré-escolares, visando detectar desvios e deficiências de ordem física, que possam interferir no rendimento escolar dos alunos;
- prevenção contra a tuberculose, através da vacinação BCG intra-dérmico em alunos de 1a. a 4a. séries;
- assistência oftalmológica para aqueles alunos que, após triagem pelo professor da classe, demonstrem deficiência de visão;
- assistência psicológica para aqueles alunos que apresentam problemas de ordem psicológica, visando sua recuperação.

Entretanto, para que cada uma dessas atividades atinja seus objetivos não apenas momentaneamente, mas a longo prazo, é necessário que se baseiem em um componente educativo que lhe garanta uma participação ativa por parte da clientela a quem se dirigem.

No caso dos serviços oferecidos para os escolares da rede municipal de ensino, isso acontece apenas com as atividades de prevenção da tu-

berculose e de oftalmologia sanitária escolar. Nes
*se caso, técnicos do EA, através de entrevistas, o
rientam os diretores das unidades de ensino quanto
ao significado da vacinação pelo BCG intra-dérmico
ou do exame oftalmológico para a proteção da saúde
dos alunos, à época e modo com que essas ações de
saúde se desenvolverão e ao papel que cabe à esco-
la no preparo dos alunos e familiares, visando a
sua compreensão do valor dos serviços de saúde ofe-
recidos. Nestas circunstâncias, aqui também a con-
cretização do processo educativo fica na dependên-
cia da boa vontade e interesse dos diretores das es-
colas que, como afirma CONNER¹⁰, nem sempre estão
despertos para o importante papel a ser desempenha-
do por elas no que se refere à Educação em Saúde.

Essa estratégia de ação em que não se pre-
vê, ou se prevê de maneira muito tênue, o desenvol-
vimento sistemático do conteúdo educativo do pro-
grama de serviços de saúde, pode provavelmente anu-
lar ou minimizar de muito os resultados desejados:
que a criança, ao mesmo tempo em que goza dos ser-
viços de saúde, compreenda sua importância e bene-

fícios que acarretam para sua saúde e, mais tarde, já fora da escola, através de comportamentos positivos em relação à sua saúde e de sua família, compreenda a problemática que envolve o setor saúde.

AMBIENTE ESCOLAR

Esta dimensão do programa de Educação em Saúde na escola diz respeito à análise do ambiente físico e emocional das escolas. No que se refere ao ambiente físico, cabe às autoridades governamentais a responsabilidade de oferecer um ambiente escolar no qual as crianças possam trabalhar segura e efetivamente.

MARCONDES e colaboradores²⁶ afirmam que condições desfavoráveis do prédio escolar como, inadequação do edifício, da sala de aula, das carteiras e instalações sanitárias, podem contribuir para o fracasso escolar. Esta afirmação reforça o ponto de vista de vários autores de que o ambiente físico, podendo influir no rendimento escolar, deveria receber um tratamento prioritário por parte das

autoridades responsáveis^{5, 34, 47}.

As unidades de ensino da rede municipal são construções novas, seguindo, em sua grande maioria, um modelo padrão, passível de discussão, quando analisado à luz da moderna tecnologia que rege a construção de escolas. Cabe aqui mencionar que, embora a SME disponha de um Departamento de Assistência Escolar, cuja atuação se prende à promoção, proteção e recuperação da saúde dos escolares, nunca lhe foi solicitado assessorar o grupo responsável pelas construções escolares na elaboração de plantas físicas, com vistas à promoção e proteção da saúde dos alunos. Nessas circunstâncias, embora as unidades da SME funcionem em prédios próprios, especialmente construídos para sua função educativa, apresentam falhas decorrentes de:

- má localização geográfica;
- insolação, ventilação e iluminação inadequadas;
- má distribuição e localização das instalações sanitárias;
- número insuficiente de bebedouros;
- inexistência de refeitório;
- inexistência de chuveiros;
- caixas d'água inadequadamente localizadas.

Representam estes alguns pontos críticos do ambiente físico das escolas municipais, mas que poderiam, perfeitamente, ser previstos e adequadamente planejados, desde que o órgão responsável pelas construções escolares buscasse a assessoria de que necessita. Afora isso, outro problema a considerar diz respeito à limpeza e higiene dos prédios, que varia de acordo com a direção da escola, não havendo nenhum tipo de controle sistemático. O maior problema, via de regra, prende-se à manutenção e limpeza das instalações sanitárias de uso dos alunos. Não há controle sobre a saúde do pessoal da escola, existindo apenas uma supervisão quanto à higiene pessoal dos indivíduos que manipulam os alimentos.

O ambiente emocional, tanto quanto o ambiente físico da escola, influi no desenvolvimento normal das crianças, contribuindo para a formação de personalidades sadias.

A escola não pode prover experiências que favoreçam o desenvolvimento emocional desejável dos alunos, se for dirigida por professores e diretor

emocionalmente desajustados. BROWNELL⁵ afirma que, apesar do ambiente emocional sofrer a influência de todos os elementos que direta ou indiretamente atuam na escola, são os professores que representam o fator de maior influência na atmosfera emocional e social da classe.

Tendo conhecimento de que o relacionamento humano constitui a fonte de grande parte dos problemas a serem enfrentados nas escolas e sabendo da gravidade que esses problemas podem assumir, se não resolvidos a tempo e adequadamente, o EA iniciou recentemente um projeto-piloto em duas escolas da rede⁴⁵. Esse projeto visa a analisar os problemas de relacionamento humano originados na família ou na escola e que muitas vezes interferem no rendimento escolar. A análise dos problemas é feita em conjunto por um psicólogo, pais e professores, através de discussões de grupo. Esse processo analítico prossegue até esgotar todos os problemas colocados pelo grupo, quando sugerem-se métodos para prevenir, contornar ou solucionar esses problemas, sempre que possível sem a intervenção do psiquiatra ou psicólogo.

INTEGRAÇÃO LAR-ESCOLA-COMUNIDADE

Das quatro dimensões apresentadas, a integração lar-escola-comunidade representa, sem dúvida, a área mais crítica, não sendo compreendida ou, muitas vezes, aceita nem por administradores escolares, nem pela própria comunidade. Como afirma RYAN⁴³, limitações de dinheiro, tempo, pessoal, além de variáveis outras, levam as agências da comunidade a colocarem em posição secundária a necessidade de uma ação cooperativa entre elas e a escola. Contudo, a formação de conhecimentos, atitudes e práticas em relação à saúde não depende unicamente dos pais e professores, mas também de médicos, dentistas e demais pessoal da equipe de saúde, assim como de membros de outros grupos comunitários. Segundo RYAN⁴³, "atitudes relacionadas à saúde não mudam ou se desenvolvem da noite para o dia; elas crescem enquanto nós crescemos".

Apesar das dificuldades de se desenvolver um programa de organização comunitária visando

o envolvimento dos grupos locais nas atividades do programa escolar, a SME conta já com duas iniciativas. A primeira diz respeito ao envolvimento de mães no programa de educação infantil (PLANEDI), cooperando estas com a professora nas atividades pedagógicas e no preparo e distribuição da merenda e limpeza do local, onde essa merenda é fornecida. A segunda iniciativa se refere à formação de grupos de pais nas escolas, coordenados por um elemento do EA, onde se discutem assuntos levantados pelos próprios participantes, no que se refere aos aspectos que podem influir no processo de ensino-aprendizagem. Participa do grupo, também, um elemento da própria escola, responsável pela continuidade do projeto e que deve estimular a formação de novos grupos de discussão, até que toda comunidade escolar seja atingida. Na verdade, a maior dificuldade no desenvolvimento desse projeto diz respeito à adesão desse elemento da escola, sem a qual, o trabalho perde a razão de ser.

A avaliação desse projeto, após um ano de execução, veio mostrar que, apesar das dificul-

dades encontradas, torna-se necessário que ele seja continuado e ampliado a toda a rede de ensino. Ele permite que os responsáveis a nível local e central pelas escolas da SME se utilizem do "feed-back" fornecido pelos pais durante as reuniões, fazendo dele um instrumento de avaliação de sua própria atuação.

Esta é, no momento a situação da Educação em Saúde na SME, área de reconhecida importância que, entretanto, não vem recebendo o tratamento necessário para um adequado desenvolvimento, sendo mesmo, como afirma RYAN⁴³, relegada a uma posição secundária em relação a outras prioridades.

C A P Í T U L O I V

O EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA
NA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

CAPÍTULO IV

O EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA
NA SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO

Na Secretaria Municipal de Educação (SME), como acontece em inúmeras organizações voltadas para o ensino, a saúde é, possivelmente, o aspecto mais negligenciado do programa escolar*. No capítulo anterior foram apontados alguns fatores responsáveis por essa situação.

A principal função do educador de saúde pública, portanto, será a de colaborar com os demais técnicos visando a integração da educação aos programas que pretendem solucionar ou minimizar os problemas de saúde que afetam a capacidade de aprendizagem dos escolares.

* CLIFTON, B. - Educação em Saúde na escola: uma enunciação de necessidades. (s.n.t.) (mimeografado).

A atuação do educador de saúde pública na SME deverá ter como ponto de partida o programa de saúde escolar, tendo em vista as quatro dimensões do programa de Educação em Saúde na escola: ensino da saúde, serviços de saúde, ambiente escolar e integração lar-escola-comunidade²⁹. Compete-lhe, como agente de mudanças, colaborar para transformar a situação vigente na SME no que se refere à área de saúde, assumindo a sua parte no processo de planejamento da programação de saúde nas escolas da rede de ensino.

ENSINO DA SAÚDE

Até o presente, o programa de ensino da saúde a ser desenvolvido pelas unidades de 1º grau da SME tem sido elaborado por professores da área de ciências físicas e biológicas, cuja formação básica não é específica na área da saúde. Como resultado, o programa de saúde vem recebendo um enfoque totalmente voltado para ciências; enfatiza-se muito mais a doença do que a saúde, valorizando-se

continuamente as situações de agravos à saúde.

Cabe ao educador de saúde pública, tendo em vista sua formação nas áreas de Educação e Saúde, planejar o programa de ensino da saúde das escolas, de modo a atender às necessidades específicas de sua clientela; todavia, essa é uma tarefa que não deve executar sozinho, mas conjuntamente com outros elementos responsáveis pelo planejamento das demais áreas do currículo escolar. É ainda sua responsabilidade adequar e entrosar o programa de saúde com o programa mais amplo de saúde da comunidade, assim como preocupar-se com que o ensino da saúde não se realize apenas a nível de sala de aula, mas abranja todas as oportunidades de aprendizagem oferecidas pelos diferentes aspectos da vida escolar.

Estudo realizado pelo EA, entre professores da rede municipal de ensino, veio demonstrar que 92,0% consideram muito importante a inclusão obrigatória da Educação em Saúde nas atividades escolares³. Um outro estudo realizado no Brasil³⁷, abrangendo 3.000 pais, cujo objetivo era conhecer que

assuntos julgavam importantes incluir no currículo escolar, revelou que o tema "cuidados com a saúde" só foi suplantado por leitura, escrita e matemática. Os dados finais dessa pesquisa em porcentagem foram os seguintes:

	%
- leitura	98,9
- escrita	98,7
- matemática	98,6
- cuidados com a saúde	81,4
- trabalho doméstico	70,0
- geografia	58,0
- religião	54,6
- educação física	42,3
- horticultura	33,3
- ciências naturais	32,0
- história	30,0
- trabalhos manuais	30,0
- educação artística	30,0
- jardinagem	18,0
- canto e música	16,0

Os resultados desses estudos definem a posição de professores e pais, revelando sua preocupação com a saúde do escolar e considerando importante sua inclusão no elenco de disciplinas que constituem o currículo escolar de 1º grau. Entre-

tanto, a preocupação dos pais e professores pela sa
úde do escolar demonstrada nesses dois estudos pa-
rece ser meramente intencional, uma vez que nenhu-
ma ação foi desenvolvida, nem qualquer pressão e-
xercida sobre as autoridades competentes, no senti-
do de que saúde passasse a fazer parte real da pro-
gramação global das escolas. Possivelmente, os re-
sultados revelados por esses estudos desencadeariam
um tipo diferente de reação se o educador de saúde
pública estivesse presente. Conhecedor das ciên-
cias do comportamento, teria condições de levar es-
sa população de pais e professores do nível de pas-
sividade em que permaneceram a um estágio mais com-
plexo de ação consciente. Possivelmente, o despre-
paro dos professores na área de saúde, a ausência
de interesse das autoridades pelo assunto, a falta
de interesse real da comunidade pelo que se passa
na escola aliada à ausência de um elemento catali-
zador, capaz de desencadear ações desejáveis, te-
nham contribuído para que a situação vigente não se
altere.

De suma importância na dimensão ensino da

saúde é o treinamento do pessoal docente e dos elementos encarregados da orientação e supervisão pedagógica. Será infrutífero todo o trabalho do educador de saúde pública em planejar um programa de saúde desde os conteúdos básicos por série, até os instrumentos de avaliação, se ele não se preocupar em envolver os professores, bem como os demais técnicos, em um treinamento que os habilite a por em prática esse programa de saúde.

O professor precisa ser orientado quanto à sua importância como elemento chave no programa de Educação em Saúde na escola. É possível desenvolver esse programa prescindindo da participação de vários profissionais, mas é impossível fazê-lo sem contar com a colaboração do professor. Ele precisa saber como aproveitar todo e qualquer acontecimento do dia escolar para ensinar saúde aos seus alunos; precisa conhecer e utilizar os recursos da comunidade para o desenvolvimento do programa de Educação em Saúde na escola; precisa ter consciência de que é na escola que a criança tem as melhores oportunidades de ser orientada no que se refe-

re à saúde; precisa ter presente que os alunos das escolas municipais da SME são crianças multicarescadas e que o professor, muito mais do que os pais, tem condições de ajudá-las a superar suas dificuldades e deficiências. O esclarecimento do professor quanto a estas e outras situações que envolvem a realidade da população escolar é de responsabilidade do educador de saúde pública.

Torna-se necessário ressaltar que ainda no âmbito do ensino da saúde, compete ao educador de saúde pública um terceiro e não menos importante nível de atuação, isto é, o de despertar o interesse dos técnicos e autoridades da SME para a contribuição do fator saúde na consecução dos objetivos educacionais. Esta é, provavelmente, a tarefa mais importante do educador de saúde pública, pois sua concretização implica diretamente no maior ou menor sucesso de toda a sua ação na dimensão ensino da saúde.

SERVIÇOS DE SAÚDE

Na SME os serviços de saúde têm o objetivo

vo de promover, proteger e recuperar a saúde dos alunos. Não se pretende com isso que a escola ocupe o lugar da família no que se refere à saúde das crianças, mas que colabore com ela para que, através de uma ação conjunta, se promova o ben-estar do aluno.

A contribuição que o educador de saúde pública pode oferecer nesta dimensão relaciona-se com o desenvolvimento do componente educativo desses serviços. Mencionou-se, anteriormente, que os serviços de saúde oferecidos aos alunos da rede municipal de ensino não têm oferecido efeitos sensíveis sobre o aproveitamento escolar. Na verdade, a comparação entre os níveis de repetência de 1973 a 1975 revela que praticamente estes não se alteraram, permanecendo ao redor de 40% nas primeiras séries e 30% nas quintas séries do 1º grau, séries consideradas críticas dentro do sistema escolar³³. Por outro lado, assinalou-se também que, dos serviços de saúde oferecidos pela SME, apenas duas atividades (controle da tuberculose e oftalmologia sanitária escolar) têm o componente educativo desenvolvido de maneira siste

mática. Contudo, o pessoal do ensino não participa do processo global de planejamento desses serviços, como seria desejável.

Devido a circunstâncias ligadas à política de pessoal da SME e à sua própria estrutura, o diretor da escola assume o caráter de elemento multiplicador do programa de saúde escolar. É o elo de ligação entre os técnicos responsáveis pelo planejamento, coordenação, execução e avaliação desse programa e a população escolar, a quem se dirigem todas as ações de saúde. O processo educativo inerente a cada serviço de saúde (merenda escolar, atendimento médico e odontológico) concretiza-se através do diretor. Todavia, isto dependerá do grau de motivação e envolvimento desse diretor no quanto à programação de saúde escolar. Avaliações sucessivas dessa programação mostram que, frequentemente, o conhecimento dos diretores a respeito dos serviços de saúde a serem desenvolvidos na sua escola é deficiente. Provavelmente, isso ocorre devido à forma como vêm sendo abordados e envolvidos na programação pelos técnicos do EA. Os diretores

das escolas municipais, ou indivíduos por eles designados, recebem informações verbais e escritas sobre os objetivos do programa em pauta, sobre seu desenvolvimento e o que se espera da escola, e a data prevista para as atividades. O contato entre os técnicos encarregados do aspecto educativo desses serviços de saúde e os diretores é, em geral, rápido e bastante superficial. Outra variável a ser considerada refere-se à disponibilidade do diretor; geralmente ele é um executivo sobrecarregado de responsabilidades administrativas, obrigado a gastar grande parte do seu tempo com atividades burocráticas, muitas vezes sem contar com pessoal auxiliar necessário para ser adequadamente envolvido no processo educativo da programação de saúde escolar.

Esta situação de fato mostra ser necessário que o programa de saúde escolar a ser executado a nível de rede seja fruto do trabalho conjunto dos responsáveis pelas áreas de saúde e de ensino da SME.

Cabe ao educador de saúde pública conse-

guir o envolvimento dos técnicos e autoridades da área do ensino municipal, no sentido de alertá-los para a importância e necessidade dos serviços de saúde escolar, como atividades altamente educativas que se refletem nos resultados do aproveitamento escolar. É ele ainda o responsável em mostrar aos elementos da equipe de saúde escolar (médicos, dentistas, nutricionistas, educadores sanitários, professores, diretores e todo o pessoal auxiliar) o valor da atuação de cada um e sua responsabilidade em termos da consecução dos objetivos do programa.

É necessário que todo o pessoal envolvido no programa saiba que os serviços de saúde contribuem para a Educação em Saúde, não só informando os alunos sobre seu estado de saúde, mas também através do contato dos alunos com todo o pessoal da equipe de saúde. Esse contato da criança com o médico, o dentista e demais membros da equipe determinará provavelmente, em larga escala, o seu comportamento nos futuros contatos com serviços de saúde.

Segundo TURNER⁴⁷, os professores preci-

sam saber o que cada especialista significa para a criança e o que se espera do professor. E mais, que o professor, devido ao seu contato direto e diário com os alunos, está capacitado a prepará-los para seu contato com a equipe de saúde. Cabe ao professor explicar aos alunos a função e a importância dos profissionais de saúde, assim como verificar se as suas recomendações estão sendo cumpridas pelas crianças. Cabe ainda ao professor colaborar com outros serviços de saúde, como a merenda escolar. É desejável, portanto, que o professor acompanhe os alunos durante a merenda, aproveitando esse momento para explicar-lhes a razão pela qual são servidos determinados alimentos e seu valor nutritivo; a maneira correta de portar-se à mesa, corrigindo comportamentos inadequados e promovendo outros que contribuem para a formação dos alunos, controlando e explicando os prejuízos causados pelo desperdício; e, finalmente, estimulando-os a se interessarem por alimentos novos, cujo sabor lhes é desconhecido. Não basta alimentar as crianças, é preciso que a merenda escolar seja uma experiência educativa para os alunos. Deve ser planejada com es

se objetivo, constituindo uma parte integrante do programa de Educação em Saúde na escola.

O desempenho esperado por parte de cada elemento que trabalha na escola, principalmente do professor, só será compreendido e realizado quando o educador de saúde pública, como já se afirmou anteriormente, sendo um agente de mudança, conseguir envolver a todos, estimulando-os para uma ação integrada. Mais ainda, caberá ao educador de saúde pública o treinamento da equipe de saúde escolar, a fim de assegurar a realização de atividades que contribua para o êxito a longo prazo, dos serviços de saúde na escola.

AMBIENTE ESCOLAR

Se o ambiente pode ser definido como a so
~~ma~~ de forças externas que atuam sobre o indivíduo e se se reconhece que nenhum organismo pode existir isolado, parece claro que a criança e seu ambi
ente são aspectos de um mesmo sistema em constante interação⁴¹. Esta intimidade entre a criança e seu

ambiente escolar explica alguns pontos que deveriam estar presentes na mente daqueles que militam na área da Educação. Assim, se a criança tem que frequentar uma escola cujo ambiente não favorece seu crescimento, não protege sua saúde, nem lhe é atraente, então seu comportamento não corresponderá ao que dela se espera⁴¹.

No século passado e no início deste, os prédios escolares eram construídos apenas com o objetivo de abrigar os alunos. Pretendia-se que a criança se adaptasse ao ambiente escolar. Hoje, apesar de se reconhecer quanto esse conceito foi prejudicial, ainda é comum encontrarem-se escolas funcionando em prédios adaptados, que nada têm em comum com sua função de ensino e de proteção e promoção da saúde. OBERTEUFFER³⁴ afirma que a explicação para as altas taxas de instabilidade nervosa, fadiga ocular, acidentes e doenças entre escolares pode, seguramente, estar relacionada com a planta física da escola, responsável por muitos desajustamentos na infância.

A manutenção de um ambiente saudável nas escolas é responsabilidade dos indivíduos relacionados direta ou indiretamente com a escola. Cabe, pois, às autoridades da SME, a responsabilidade de providenciar e oferecer à comunidade escolas cujas plantas físicas ofereçam condições de segurança e saúde para os alunos e para todo o pessoal. Aos diretores das unidades cabe a responsabilidade de zelar pela manutenção da limpeza e segurança dos prédios. Nos professores recai a responsabilidade de promover o uso do ambiente escolar de modo a desenvolver nos alunos práticas conducentes à saúde. Aos alunos cabe fazer uso adequado de todas as facilidades da escola, cuidando pela sua conservação e manutenção. Finalmente, cabe à comunidade o papel de proteger a escola da ação de marginais (invasão, roubo, danificação das instalações). Um ambiente escolar sadio, indiretamente, significa Educação.

A tarefa do educador de saúde pública é chamar a atenção de autoridades, corpo docente, corpo discente, pessoal administrativo, para o papel que cada um tem a desempenhar, mostrando que a es-

cola é responsável pelo ambiente que oferece aos alunos, assim como pelas implicações positivas ou negativas que esse mesmo ambiente acarretar para o processo educativo. Para que a escola consiga atingir tal objetivo é necessário que o educador de saúde pública envolva os técnicos responsáveis pelo ambiente escolar, de modo a desencadear nos vários níveis decisórios ações educativas conducentes a um ambiente físico satisfatório. Essas ações podem variar em amplitude, indo desde a construção de prédios escolares até a manutenção da limpeza de suas caixas d'água. Nesse sentido, o educador de saúde pública pode orientar o desenvolvimento de projetos educativos visando a atender necessidades peculiars da rede como um todo ou de determinadas áreas ou mesmo unidades.

O desenvolvimento desta parte do programa de Educação em Saúde na escola permitirá que os alunos ganhem senso de responsabilidade e respeito pelo uso adequado da propriedade alheia; tornará claro que os alunos e professores são responsáveis pela manutenção da limpeza da escola; permitirá aos

alunos compreender que suas ações podem causar desconforto e perigo para outros; finalmente, despertará nos mesmos o gosto por um ambiente limpo, sadio e atraente.

AMBIENTE EMOCIONAL

O ambiente emocional da escola é fruto do relacionamento interpessoal diário entre direção, corpo docente, corpo discente e pessoal administrativo. O tipo de relacionamento humano na sala de aula depende principalmente do professor, que desempenha um papel positivo e preventivo na saúde mental de seus alunos⁴⁷. Apesar do ambiente emocional ser responsabilidade de todo o pessoal que atua na escola, ele representa a figura chave do processo e é nele que o educador de saúde pública deve concentrar sua atenção. Desde que o professor aceite o ponto de vista de que sua influência pode ir além da mera ministração de conhecimentos e penetra o domínio do desenvolvimento total, ele passa a reconhecer infinitas possibilidades no ensino.

A atmosfera da escola e da classe deveria ser tal que encorajasse a criança a dizer a verdade ao invés da mentira, a ser corajosa ao invés de covarde, a ser delicada ao invés de rude, a ser honesta ao invés de desonesta, a ser sociável ao invés de hostil³⁴. Geralmente os professores controlam o comportamento das crianças na classe através de medidas disciplinares baseadas no seu comportamento expresso, sem levar em conta as causas desse comportamento, o que pode levar a um relacionamento falso e tenso entre professores e alunos. Se o professor compreender as causas do comportamento de seus alunos, sua atitude para com eles provavelmente será diferente, conduzindo a um relacionamento mutuamente satisfatório⁹.

MARCONDES e colaboradores afirmam que a escola não significa apenas um local de alfabetização, mas é também um "ambiente de socialização da criança, onde ela deve adaptar-se ao convívio de muitas outras crianças, bem como aprender a respeitar uma autoridade inteiramente diferente da que até então conhecera (seus pais, em especial sua mãe),

que é a professora. A maior parte das crianças normais aceita facilmente todas as contingências da vida escolar e realmente aprecia a escola e sua professora, desde que esta tenha os predicados mínimos indispensáveis ao exercício do magistério primário"²⁶. O professor portador de um temperamento incontrolável, ou de crises de depressão, ou habitualmente nervoso, pode prejudicar a saúde emocional das crianças tão seriamente quanto aquele que sofra de doença contagiosa⁵.

No ambiente emocional, assim como no físico, compete ao educador de saúde pública alertar os técnicos e autoridades da SME quanto à importância deste aspecto do programa de Educação em Saúde. É sua responsabilidade interessar-se pelos problemas oriundos dessa área, buscar soluções junto aos técnicos especializados e estimular sua difusão.

Para demonstrar a viabilidade da atuação do educador de saúde pública nesta dimensão do programa de Educação em Saúde na escola, a Disciplina Educação em Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pú

blica da Universidade de São Paulo, desenvolveu um projeto em uma unidade da rede estadual de ensino, sob a responsabilidade de um profissional da área de Educação em Saúde, visando ao "estabelecimento de um clima emocional favorável ao desenvolvimento integral da personalidade do aluno, através do relacionamento adequado entre aluno-professor-pessoal administrativo-pessoal técnico-pais de alunos"²⁸.

Esse objetivo, a ser atingido a médio prazo, foi dimensionado em termos de prioridades, ficando definido que no seu primeiro ano de implantação o projeto teria por objetivo específico o relacionamento entre professor-aluno, a nível de sala de aula. Foi realizado treinamento dos professores, visando a capacitá-los a perceber, através de observação permanente, dois tipos de desvios de comportamento:

- os representados por alunos irrequietos, agressivos e super-ativos, que perturbam as atividades escolares;
- os referentes àquelas crianças quietas, tristonhas, passivas, cujo comportamento, apesar de não

constituir problema para o professor, pode ser au
to-agressivo, progredindo em uma linha de agravame
nto, freqüentemente de difícil recuperação.

Após o treinamento, os professores passaram a iden
tificar os problemas de comportamento em sua clas-
se que, posteriormente, foram analisados em grupo
por eles, um psicólogo e um educador de saúde pú-
blica; sempre que possível, chegou-se ao diagnós-
tico causal da situação. A orientação quanto a o
procedimento adequado do professor, frente aos pro
blemas comportamentais dos alunos, ficou a cargo do
psicólogo. Durante alguns meses esse grupo se reu
niu periodicamente, objetivando sempre a discussão
e análise de novos problemas e a respectiva orien
tação, assim como a avaliação dos casos em andamento.

Esse projeto implicou em mudança na roti
na de trabalho do professor, uma vez que suas ati-
vidades diárias foram acrescidas de outras referen
tes à observação individual dos alunos e discussões
de casos nas reuniões mensais.

Faz-se necessário ressaltar o valor da atuação do educador de saúde pública neste projeto; tendo identificado uma área crítica no clima emocional da escola, motivou e envolveu os professores, o pessoal administrativo, assim como técnicos de outros serviços para que, através de um trabalho conjunto, colaborassem na promoção e recuperação da saúde mental dos alunos. A avaliação do projeto evidenciou a validade da atuação do educador de saúde pública nessa dimensão do programa de Educação em Saúde na escola, como elemento capaz de desencadear um processo de mudança e garantir seu êxito.

INTEGRAÇÃO LAR-ESCOLA-COMUNIDADE

A escola é parte da comunidade, o que significa que entre ambas não devem existir barreiras. As experiências em saúde que a criança vivencia fora da escola são parte da sua Educação em Saúde global. A família e a comunidade podem apoiar, reforçar ou anular o que é ensinado na escola⁴⁷. Para

que esse trabalho não seja prejudicado pela família, é necessário que o programa de Educação em Saúde na escola seja explicado e interpretado para os pais que, na medida do possível, devem ser envolvidos em toda a programação.

Na SME, o relacionamento que existe entre as escolas e a comunidade limita-se a solicitações por parte das escolas às Administrações Regionais (sub-prefeituras) da prestação de serviços, ou da aceitação passiva de serviços de saúde prestados pelas unidades sanitárias da comunidade (Secretaria da Saúde do Estado ou Secretaria de Higiene e Saúde da Prefeitura Municipal). Reuniões de pais e mestres nas escolas têm o objetivo único de entregar boletins. Reuniões sociais são iniciativas esporádicas e isoladas. Não existe uma programação que vise a fazer da escola um polo de atração comunitária. Neste sentido, o educador de saúde pública tem amplo trabalho a realizar: colaborar para que se crie uma política de trabalho dentro da SME que valorize o relacionamento entre a escola e a comunidade; promover reuniões de pais e mestres

para discutir problemas relativos à saúde do escolar e das famílias; e, por fim, facultar esse relacionamento em programações rotineiras em todas as unidades escolares.

O desenvolvimento do programa de Educação em Saúde na escola não é trabalho para um único indivíduo; necessita da ação e colaboração de todos os profissionais que atuam na escola, direta ou indiretamente. Muito pouco pode ser feito sem a presença desses profissionais, assim como muito pouco pode ser feito sem a participação e cooperação de alunos e pais³⁴.

Como a maioria das unidades escolares da SME está localizada nas zonas periféricas do município, onde são raros os locais de lazer, seria natural e altamente educativo que elas funcionassem durante os períodos de ociosidade como centros de encontro social, educativo e de lazer para a comunidade. O comparecimento à escola deveria ser algo rotineiro e agradável para todos os pais e não constituir apenas resposta a uma convocação ofici-

al. As escolas municipais devem atuar como um centro comunitário onde, através de um trabalho conjunto do pessoal escolar com representantes da comunidade, são realizadas atividades sociais e educativas que correspondam, na medida do possível, às necessidades da escola e da própria comunidade. Sendo as escolas da SME, muitas vezes, as únicas agências oficiais de serviços da localidade, caberia a elas a responsabilidade de levar a comunidade a tomar iniciativas desse tipo. Entretanto, para que isso aconteça, torna-se necessário que técnicos do ensino, tanto a nível central como local, conheçam as vantagens de um trabalho cooperativo entre escola e comunidade. Cabe ao educador de saúde pública a responsabilidade de mostrar a técnicos e autoridades competentes as vantagens decorrentes dessa abordagem metodológica de ensino, não só para a escola e para a comunidade, mas principalmente para os próprios alunos. Cabe-lhe, ainda, promover a ação comunitária da escola, com o envolvimento de técnicos disponíveis da SME que tenham condições de, através de uma participação ativa, colaborar na promoção da integração entre lar - escola - comunidade.

É ele ainda que deve apoiar iniciativas já testadas, estimulando a sua aplicação nas escolas municipais, oferecendo toda a assistência para que possam ser aperfeiçoadas e expandidas para toda a rede municipal de ensino. O tipo de atividade comunitária desenvolvida pelas unidades escolares da SME não deverá ser padronizado, uma vez que, embora as características gerais das comunidades sejam semelhantes, as necessidades e características específicas de cada uma delas são diferentes. O importante é que a escola não permaneça omissa frente a uma dimensão do programa de Educação em Saúde na escola, mas que assuma o seu verdadeiro papel de líder comunitário. A consecução desse objetivo resulta do trabalho do educador de saúde pública.

FUNÇÕES DO EDUCADOR DE SAÚDE PÚBLICA

Tendo em vista as diversas atividades que cabem ao educador de saúde pública desenvolver na SME frente às quatro dimensões do programa de Educação em Saúde na escola, as funções que lhe são i

nerentes e que deverão ser desenvolvidas, com maior ou menor ênfase, dependendo da área em que estiver envolvido, são as seguintes⁴⁸:

- 1) assessorar o Secretário Municipal de Educação e os Diretores de Departamento nos assuntos referentes à Educação em Saúde na escola;
- 2) promover o levantamento das características sócio-econômico-culturais da clientela da SME;
- 3) realizar a análise, o estudo e o diagnóstico educativo do programa de saúde na escola;
- 4) elaborar o plano de Educação em Saúde na escola, atendendo às suas quatro dimensões: ensino da saúde, serviços de saúde, ambiente escolar e integração lar-escola-comunidade e obedecendo aos objetivos do programa de saúde escolar vigente;
- 5) propor normas técnicas para o desenvolvimento adequado desse plano, no que se refere à Educação em Saúde;
- 6) supervisionar a execução das atividades educativas propostas;
- 7) estimular, planejar, participar e supervisionar programas de treinamento de pessoal técnico e auxiliar na área da Educação em Saúde na escola;

- 8) participar de grupos de trabalho multiprofissionais dentro da SME, visando ao planejamento integrado do programa de Educação em Saúde na escola, com os demais programas da SME;
- 9) promover e participar de reuniões com líderes da comunidade, visando motivá-los para a solução dos problemas de saúde escolar diagnosticados na comunidade;
- 10) estimular a organização de comissões com a participação de técnicos da SME e representantes da comunidade, visando a abordagem, equacionamento e proposição de alternativas para a solução dos problemas de saúde na escola;
- 11) dar assessoria em relação aos aspectos educativos dos programas de Educação em Saúde na escola;
- 12) propor e realizar estudos diretamente ligados à sua área de ação.

Estas funções terão que ser adaptadas à realidade da SME, obedecendo às características da programação de saúde adotada pela SME, bem como aos recursos humanos e financeiros disponíveis. Desta forma, partindo das funções gerais do educador de

saúde pública, os profissionais lotados na SME deverão adequá-las à própria situação de trabalho, visando sempre à promoção da saúde dos alunos da rede municipal de ensino. Parafraseando MARCONDES³¹, as funções do educador de saúde pública "podem variar em caráter e ênfase, de programa para programa ou de serviço para serviço. Podem às vezes duplicar as de outros profissionais, porque o especialista é responsável em profundidade por muitas das funções educativas com as quais outro pessoal freqüentemente se encontra envolvido".

No Brasil, o educador de saúde pública vem desenvolvendo suas atividades predominantemente a nível central e regional. Como a SME é um órgão cuja estrutura compreende apenas dois níveis (central e local) e tendo em vista as funções a serem desenvolvidas pelo educador de saúde pública dentro da SME, é preferível que ele se situe a nível central, participando com outros profissionais dos órgãos de assessoria técnica da SME.

Considerando que, em última análise, otra

balho do educador de saúde pública na SME visa a promoção da saúde dos alunos da rede municipal de ensino e que, para atingir esse objetivo, atua indiretamente através da ação de outros técnicos, são estes últimos que constituem a sua população-alvo. Nesse sentido, duas opções se apresentam para a localização do educador de saúde pública no quadro de pessoal da SME:

- localizá-lo no Gabinete do Secretário;
- localizá-lo nos três Departamentos que formam a estrutura básica da SME.

Na primeira alternativa estaria o educador de saúde pública fazendo parte dos órgãos de estado maior do Secretário Municipal de Educação, como membro do seu corpo de assessores. Neste caso, não estaria subordinado a nenhum dos três Departamentos, podendo, entretanto, atingi-los através da autoridade do próprio Secretário.

Na segunda alternativa, o educador de saúde pública faria parte também da alta administração dos três Departamentos, como membro de sua as-

sessoria técnica. Nesta situação, embora localizado a nível central, o educador de saúde pública estaria mais próximo da problemática que envolve a clientela do seu Departamento, podendo desenvolver um trabalho integrado com outros técnicos que, com diferentes especialidades, atuam na organização.

Recomenda-se que, nesta última opção, se tomem precauções para evitar duplicação ou colisão de ações por parte dos educadores de saúde pública, devendo estes observar uma política de trabalho integradora. Assim, deve o programa de Educação em Saúde na escola da SME ser planejado, orientado e avaliado em conjunto pelos educadores de saúde pública do Departamento Municipal de Ensino, Departamento de Educação Infantil e Departamento de Assistência Escolar.

Cumpre lembrar que a atuação do educador de saúde pública na SME dependerá da ação de outros profissionais a nível local, não necessariamente o diretor da escola, mas qualquer técnico que tenha condições de desempenhar as funções de multiplica-

dor do programa de Educação em Saúde na escola. Recomenda-se, principalmente, que a ação desse indivíduo não tenha características de trabalho voluntário, mas seja sistemática e regulamentada pela hierarquia superior.

O número de educadores de saúde pública necessários à SME para realizar esse trabalho vai depender da intensidade e ênfase que imprimir à programação de Educação em Saúde na escola, assim como das metas estabelecidas para a execução dessa programação. Entretanto, partindo-se do princípio preconizado pela "National Health Survey"*⁴, nos EUA, de que é necessário um educador de saúde pública para cada 50.000 habitantes, e considerando-se que a SME contava em dezembro de 1975 com uma população escolar de 311.000 alunos entre pré-escolares e escolares^{4 5}, pode-se dizer que a SME necessita, no mínimo, de seis educadores de saúde pública para poder atender às necessidades de Educação em Saúde na escola. Note-se ser esta uma previsão baseada em da

* MARCONDES, R.S. et al. - Manpower planning for health education in the Americas. Washington, Pan-American Health Organization, 1973 (mimeografado).

dos de 1975, exigindo uma revisão periódica à medida em que aumentar a população escolar. Este critério, que estabelece o número de profissionais em função da população a ser coberta, tem provado ser funcional; entretanto, no caso específico, deve ser complementado, visto não atuar o educador de saúde pública apenas em função dos alunos, mas também de seus familiares, pessoal docente e administrativo e da comunidade em que está inserida a escola. Nesse sentido, seria aconselhável realizarem-se estudos visando à elaboração de outros critérios para o dimensionamento desse profissional em sistemas de ensino semelhantes à SME.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Agências internacionais, como a OMS e a UNESCO, atribuem à escola a responsabilidade pelo desenvolvimento da Educação em Saúde, afirmando que "como agências especializadas no que se refere à Educação e à Saúde, respectivamente, reconhecem a Educação em Saúde nas escolas como parte importante

da educação global e meio vital para a promoção da saúde"⁴⁷.

Cabe à escola, segundo TURNER⁴⁷, desenvolver a capacidade do pensamento crítico, ajudando as crianças a aprender como aprender, como enfrentar situações problemáticas e como adquirir no vos conhecimentos. A escola desempenha importante papel nos nossos dias, estimulando os alunos a viver uma vida independente, não por terem os pais se tornado omissos, mas em consequência da complexidade da sociedade atual, com opções múltiplas, que podem por em risco a vida e a saúde do indivíduo. Nesse sentido, é preciso que os alunos sejam preparados para saber distinguir, entre as várias opções que lhe são apresentadas, aquelas que mais lhes convêm e, mais do que isso, para ter a maturidade de aceitar as consequências de sua opção.

O Congresso Nacional sobre Saúde Escolar realizado em Ottawa, em 1972¹⁶, em suas recomendações finais afirma que "a curto prazo, o programa de Educação em Saúde deve preparar os jovens a fa-

zer escolhas judiciosas ao longo de suas vidas, referentes aos hábitos alimentares, ao fumo, ao álcool, ao uso de drogas, ao comportamento sexual, à higiene pessoal e à maneira como devem agir para evitarem a doença. Deve ensiná-los, também, a lidar com situações de "stress", a compreender e lutar contra os problemas do seu ambiente e resolver os próprios problemas, a compreender as consequências pessoais e sociais de suas decisões e a dar-lhes a devida importância. A longo prazo, o programa de Educação em Saúde deve procurar incutir nos jovens atitudes que os acompanharão até a vida adulta; atitudes de preocupação com o bem-estar comum e disposição para apoiar os problemas de Saúde Pública que transformarão aquelas preocupações em ação; atitudes de oposição às influências que possam prejudicar a saúde das pessoas e o progresso social".

Em última análise, a Educação almeja influenciar a vida das pessoas, afetando sua maneira de fazer as coisas e melhorando suas vidas em relação ao passado. Procura melhorar o padrão-de-vida

e prevenir as doenças. Concluindo com OBERTEUFFER³⁴, "o programa de Educação em Saúde na escola deve situar-se diretamente no centro deste plano, constituindo uma parte integrante da estrutura educacional global, mas relacionada, primariamente, com a dimensão vital dos valores humanos".

C O N C L U S Õ E S

CONCLUSÕES

1. A Educação em Saúde Pública é indispensável para a consecução dos objetivos da Educação e a ela deve ser integrada em todos os momentos da vida do indivíduo.
2. A Secretaria Municipal de Educação da Prefeitura de São Paulo não desenvolve ainda um programa global de Educação em Saúde na escola que abranja suas quatro dimensões: ensino da saúde, serviços de saúde, ambiente escolar e integração lar-escola-comunidade.
3. Faltam à Secretaria Municipal de Educação, recursos humanos especializados para atender suas necessidades em termos de Educação em Saúde.
4. O educador de saúde pública é o profissional capacitado para desenvolver a programação de Educação em Saúde na escola.
5. O educador de saúde pública deve atuar conjuntamente com equipes multiprofissionais.

6. A rede municipal de ensino deve contar com elementos multiplicadores a nível de unidade escolar, a fim de que a ação do educador de saúde pública possa se concretizar.
7. Estima-se em seis o número de educadores de saúde pública necessários para dar atendimento às necessidades mínimas de programação da Secretaria Municipal de Educação, neste momento.
8. Torna-se indispensável e urgente a criação do cargo de educador de saúde pública na Prefeitura Municipal de São Paulo, de modo a possibilitar sua utilização pela Secretaria Municipal de Educação.

* * *

SUMMARY

Some of the historical aspects of Public Health Education are presented from its beginnings down to date when it can count on a specialized professional - the public health educator.

Concepts of Health, Education, Public Health Education and Health Education at School, as well as its goals, are considered.

The present situation of the Municipal Department of Education as regards Health Education is also described.

Finally the minimum number of public health educators necessary for the Department, considering its programmes, is estimated; their general line of work is laid out.

* * *

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. An APPROACH to evaluating school health education: introduction to the study. IN: SCHOOL HEALTH EDUCATION EVALUATION STUDY: Los Angeles area 1954-1959: an evaluation research study. (s.n.t.), p. 9-18.
2. BARBOSA, P. & RESENDE, C.B. de - Os serviços de saúde pública no Brasil: 1800 a 1907 (Esboço Histórico). Rio de Janeiro, Imprensa Nacional, 1909.
3. BICUDO PEREIRA, I.M.T. & GOTLIEB, S.L.D. - Atuação do Ensino Municipal na área de saúde. (Trabalho apresentado ao II Congresso Brasileiro de Saúde Escolar, Rio de Janeiro, GB, 1973).
4. BLOCCA, S.M. - Aspectos doctrinários. IN: ARGENTINA. Ministerio de Bienstar Social. Secretaria de Estado de Salud Pública. Bases de la educación para la salud. Buenos Aires, 1971 (Informes técnicos, série 1).
5. BROWNELL, C.L. - Principles of health education applied. New York, McGraw-Hill, 1949.

6. BRITO-BASTOS, N.C. de - Educação sanitária nos programas de saúde pública. (Trabalho apresentado ao Congresso Sul-Riograndense de Higiene, 2º, Porto Alegre, 1959).
7. CASTRO, A.L. - Educação sanitária na Secretaria de Saúde de São Paulo; um estudo relativo à Coordenadoria da Saúde da Comunidade. São Paulo, 1970. (Monografia de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública, USP).
8. CLEMENTS, F.W. & McCLOSKEY, B.P. - Child health: it's origins and promotion. London, Edward Arnold Publ., 1964.
9. COMMITTEE on Preventive Psychiatry of the Group for the Advancement of Psychiatry, Promotion of Mental Health in the Primary and Secondary Schools: an Evaluation of Four Projects, Report nº 18, January, 1951, p. 8. apud OBERTEUFFER, D. & BEYRER, M.K.³⁴.
10. CONNER, F.E. - The status of health education in the nations's schools. IN: NATIONAL HEALTH COUNCIL - Health education in our schools to day: the need for agency action. New York, s/d., p. 1-4.
11. DECRETO nº 66.623, de 22/05/1970 - Diário Oficial Federal, Brasília, 25 de maio, 1970.

12. DECRETO nº 74.891, de 13/11/1974 - Diário Oficial Federal, Brasília, 14 de novembro, 1974.
13. DECRETO-LEI nº 430, de 08/07/1947 - IN: DECRETOS, Decretos-Leis e Leis do Município de São Paulo, do ano de 1947. São Paulo, 1947, p. 233-242.
14. DERRYBERRY, M. - Educación sanitária: sus objetivos y metodos. IN: ESTUDIOS sobre evaluación sanitária. Washington, D.C., Organización Panamericana de la Salud, 1962, p. 1-9. (OPAS - Publ. cient. 73).
15. GARCIA, E.C., Relat. - Parecer nº 2.264/74 - Ens. da Saúde (1º e 2º graus) - aprovado em 06/08/1974. Documenta (165):63-83, 1974.
16. GOBLE, M.N. - Recapitulation générale: et maintenant, que devons nous faire? IN: CONFÉRENCE NATIONALE SUR L'HYGIÈNE EN MILIEU SCOLAIRE, Ottawa, 1972. Procès-verbaux. Ottawa, 1972. p. 79-84.
17. GUILBERT, J. - Structuration d'une véritable éducation pour la santé. Int. J. Hlth. Educ., 15:232-37, 1972.
18. HEALTH on the land. Int. J. Hlth. Educ., 1: 161, 1958.

19. JOHNS, E.B. et al. - Health for effective living. 5th ed., New York, McGraw-Hill, 1970.
20. KLEINSCHMIDT, H.E. & ZIMAND, S. - Public Health education: it's tools and procedures. New York, MacMillan, 1953.
21. KRAUSZ, R.R. - Estudo de um novo profissional: o educador de saúde pública. São Paulo, 1974. (Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde de Pública, USP).
22. LEI nº 5.692, de 1971, e o ensino de 1º grau. Brasília, Ministério da Educação e Cultura, 1971.
23. LEI nº 7.037, de 13/06/1967. IN: DECRETOS, Decretos-Leis e Leis do Município de São Paulo, do ano de 1967. São Paulo, 1967. p. 343-350.
24. LEI nº 7.693, de 06/01/1972 - Diário Oficial do Município, São Paulo, 07 de janeiro, 1972.
25. LEI nº 8.204, de 13/01/1975 - Diário Oficial do Município, São Paulo, 14 de janeiro, 1975.
26. MARCONDES et al. - Problemas de escolaridade. IN: CONHECIMENTOS FUNDAMENTAIS DE PEDIATRIA. São Paulo, Rhodia, 1975. Cap. 12. p.187-201.

27. MARCONDES, R.S. - Educação sanitária em nível nacional. São Paulo, 1964. (Tese de Douto_ramento - Faculdade de Higiene e Saúde Pú_blica, USP).
28. ———, Coord. - Centro de experimen_tação e demonstração "Fernão Dias Paes". Pla_nos de trabalho e relató_rios. São Paulo, Fa_culdade de Saúde Pública, USP, 1974.
29. ——— - Educação em saúde na escola. São Paulo, Faculdade de Saúde Pública, USP, 1971 (mimeografado).
30. ——— - O preparo da professora pri_mária em educação sanitária. São Paulo, 1968. (tese de Livre-Docência - Faculdade de Saú_de Pública, USP).
31. MARCONDES, R.S. & RAHM, E. - Funções dos educa_dores sanitários de São Paulo: relatório da sub-comissão de estudo. Arq. Fac. Hig., São Paulo, 13:201-218, 1959.
32. MEANS, R.K. - Health education: what, why and how. J. School Hlth, 39:209-17, 1969.
33. A NOVA abordagem qualitativa do ensino. Escola Municipal, São Paulo, 4:5-10, 1974.

34. OBERTEUFFER, D. & BEYRER, M.K. - School health education: a text book for teachers, nurses, and other professional personnel. 4th ed. New York, Harper & Brothers, 1966.
35. PIRRIE, D. & DALZELL-WARD, A.J. - A text book of health education. London, Tavistock Publ., 1962.
36. PLANNING for health services: a guide for states and communities. Public health Bulletin, 304:57, apud KLEINSCHMIDT, H.E. & ZIMAND, S.²⁰.
37. PROPOSED report on the educational qualifications of community health educators. Amer. J. publ. Hlth, 38:843-50, 1948.
38. READ, M.S. - Malnutrition, hunger and behavior. (Part II - Hunger, school feeding programs, and behavior). J. Amer. diet. Ass., 63:386-91, 1973.
39. ROBERTS, B.J. - Research in educational aspects of health programmes: its relationship with professional education and practice. Int. J. Hlth Educ., 13 (suppl. 1), 1970.
40. ROSEN, G. - A history of public health. New York, M.D. Publ., 1958.

41. ROSEN, G. - Human health, community life and rediscovery of the environment. Man: his environment and health. Amer. J. publ. Hlth, 1 (suppl. 1), 1964.
42. ROSENBERG, C.P. - Merenda escolar e crescimento. São Paulo, 1972. (Tese de Doutorameto - Faculdade de Saúde Pública, USP).
43. RYAN, P.E. - The voluntary health agencies - Pressures, problems, priorities, and a point of view on health education. IN: NATIONAL HEALTH COUNCIL. Health education in our schools today: the need for agency action. New York, s/d., p. 9-11.
44. SÃO PAULO. Secretaria de Educação e Cultura - Departamento Municipal de Ensino. Algumas considerações sobre a Lei Federal 5.692/71 que fixa diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus e dá outras providências. São Paulo, s/d. (mimeografado).
45. SÃO PAULO (município) - Secretaria Municipal de Educação. Relatório. São Paulo, 1975.
46. SÃO PAULO. Secretaria dos Negócios da Educação. Serviço de Saúde Escolar. Educação para a saúde. Fundamentos e considerações gerais. São Paulo, s/d. (mimeografado).

47. TURNER, C.E. et al. - School health and health education. 6th ed., Saint Louis, Miss, Mosby, 1970.
48. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Disciplina Educação em Saúde Pública. Recursos humanos para educação em saúde. São Paulo, 1973 (mimeografado).
49. UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO. Faculdade de Saúde Pública. Disciplina Educação em Saúde Pública. Programas de saúde para o sistema de ensino no Brasil. São Paulo, 1972.
50. WORLD HEALTH ORGANIZATION. Constitution. Publ. Hlth Rep., 61:1268-77, Washington, 1946.

* * *