

# **ESCOLA PROMOTORA DA SAÚDE -**

## **Um Projeto De Qualidade De Vida**

***Solange Abrocesi Iervolino***

**Dissertação apresentada à Faculdade de Saúde Pública  
da Universidade de São Paulo, para obtenção do Título  
de Mestre em Saúde Pública.**

**Área de Concentração: Prática de Saúde Pública**

**Orientadora: Prof. Dr.  
Maria Cecília Focesi Pelicioni**

**SÃO PAULO  
2000**

## **Dedicatória**

Ao Cezar, pelo respeito, afeto e estímulo de todas as horas.

A Marília, pela tolerância do "abandono".

## **Agradecimentos**

Ao meu pai querido que, antes de partir para o plano espiritual, tantas vezes me auxiliou para que eu pudesse cumprir, com pleno envolvimento e tranquilidade, as etapas desta trajetória.

A minha mãe, pela ajuda constante.

A Valéria e a Célia pela revisão ortográfica da dissertação.

A Profª Dra. Márcia Faria Westphal, pelo convite que deu origem a esse trabalho.

A Jéssica que dividiu comigo as vitórias e os dissabores dessa jornada.

As Coordenadoras Pedagógicas do Ensino Infantil e Fundamental de Vargem Grande Paulista: Sueli, Mirian, Nanci e Cidinha pelo acolhimento, por acreditarem em nosso trabalho e pela colaboração incondicional.

Aos Professores Gláucia, Mônica, Dorly, Celinha, Adriana, Fernanda, Paula, Magali, Cezar, Cristina, Mara, Elizete, Neide, Ana, Benedita, Anali, Gislaine, Shisleide e todos professores da Rede Municipal de Ensino de Vargem Grande Paulista que muito me ensinaram sobre "Ser Educador".

A Secretária da Educação de Vargem Grande Paulista Sra. Neide Cândido Braz Silva.

Aos profissionais da Secretaria da Saúde de Vargem Grande Paulista: Mara, Terezinha, Ligia, Simoni e Valter Liared pela colaboração no desenvolvimento do trabalho.

Ao Centro Nacional de Pesquisa, CNPQ, pelo auxílio financeiro.

À Fundação de Amparo a Pesquisa do Estado de São Paulo, FAPESP, e a Fundação Levi Straus pelo auxílio financeiro concedido ao trabalho.

A todos os funcionários da biblioteca e do Departamento de Prática de Saúde Pública da Faculdade de Saúde Pública-USP pela gentileza e prestimosidade constante.

A Profª Dra. Maria Cecília Focesi Pelicioni, meu especial agradecimento, respeito, carinho e admiração. A você Cecília que foi a Educadora, Orientadora, Amiga e Conselheira de todas as horas, que foi capaz de corrigir com paciência, tolerância e amor sem deixar o estímulo do elogio perder-se no caminho às vezes árduo. Muito obrigada.

## **RESUMO**

A história da educação em saúde na escola passou por várias fases incluindo a fase higienista, quando se atribuía a "culpa" pela falta de higiene e saúde, consideradas praticamente como sinônimos e pela fase biologicista, na qual os distúrbios de desenvolvimento dos escolares eram explicados apenas com base em fatores orgânicos e biológicos. A Escola Promotora da Saúde trouxe uma nova visão para a área considerando que o desenvolvimento infantil está ligado também às condições ambientais; de convivência com a família e com a sociedade em geral; de alimentação e nutrição adequadas; às oportunidades de aprendizagem de habilidades; de construção de conhecimentos e de acesso à recreação e às condições de segurança que lhes são oferecidas. O presente estudo tem como objetivo investigar os conhecimentos, percepções e práticas dos professores da Rede Municipal de Ensino de Vargem Grande Paulista sobre os temas Saúde e Educação em Saúde. Para tanto foram selecionadas cinco escolas em cinco diferentes regiões geopolíticas, distribuídas geograficamente de forma a representar todas as regiões da cidade, denominadas "*Escolas-pólo*". Foi realizado em duas fases, utilizando-se em ambas a mesma metodologia: um questionário semi-estruturado, com questões abertas e fechadas e a entrevista grupal denominada grupo focal. Do seu desenvolvimento participaram 20 professores que lecionavam no ensino infantil ou fundamental. Após a realização da 1ª fase, de diagnóstico inicial, e a discussão dos resultados com a Secretária da Educação, com as coordenadoras pedagógicas e com os professores organizou-se um processo de Educação Continuada estabelecendo-se uma relação de "Temas Geradores" em educação e em saúde. O diagnóstico situacional permitiu o reconhecimento do despreparo dos professores para atuar como agentes de Promoção da Saúde na Escola, e a avaliação permitiu concluir que a Educação Continuada pode atuar como ferramenta poderosa de transformação de pessoas e de seus locais de trabalho. A 2ª fase, de avaliação do impacto das ações, foi realizada ao final da Educação Continuada após terem sido abordados todos os temas selecionados, e a análise feita por meio da comparação qualitativa dos resultados das duas fases.

Palavras-chave: Promoção da Saúde; Educação em Saúde; Escola Promotora da Saúde, Educação Continuada e Grupo Focal.

## **ABSTRACT**

The history of health education at school has undergone several stages, including the hygienist one, when one would “blame” the lack of hygiene and health, considered practically as synonyms, and the biologicist one, in which the developmental problems presented by the students were explained based only on organic and biological factors. The Health Promoting School brought a new vision for the area, by taking into account that the children’s development is also related to environmental conditions, family relationships as well as interactions in the society; food and nutrition conditions, adequate to the opportunities of skills development; conditions for building up knowledge and having access to recreation and also safety conditions which are offered them. This study aims at investigating the knowledge, perceptions and practices of the teachers at the Municipal Schools of the city of Vargem Grande Paulista, about the Health and Health Education subjects. In order to carry out this research, we selected five schools located in five different geopolitical areas, in such a way as to represent all regions of the municipality; these schools were denominated “*Pole-Schools*”. The study was performed in two phases, with the same methodology applied to both of them: a semi-structured questionnaire, with open and closed questions, and the group interview denominated focal group. 20 teachers who either taught at the kindergarten or at the elementary school participated in the development of this study. Upon the conclusion of the 1<sup>st</sup> phase – a preliminary diagnosis, - and the discussion of the results with the Secretariat of Education, the pedagogical coordinators and the teachers, a Continuous Education process was organized, with the elaboration of a list of “Generating Themes” in education and health. The situational diagnosis enabled the awareness of the lack of background of the teachers to act as agents of Health Promotion at School, and the evaluation allowed us to conclude that the Continuous Education may act as a powerful tool for the transformation of the people and their working environment. The 2<sup>nd</sup> phase, - the evaluation of the impact of the actions, - was carried out at the end of the Continuous Education, after the presentation of all themes selected; the analysis was made by means of a qualitative comparison of the results of both phases.

Keywords: Health Promotion, Health Education, Health Promoting School, Continuous Education and Focal Group.

# ÍNDICE GERAL

## CAPÍTULO I - A SAÚDE E SUAS MUDANÇAS PARADIGMÁTICAS

Introdução	1
1- O "Novo" Conceito de Saúde	7
1.1. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	12
1.2. Campos de Atuação da Promoção da Saúde	14
1.3. III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde	17
1.4. Conferência Internacional de Santa Fé de Bogotá sobre Promoção da Saúde	19
2. A Promoção da Saúde e a "Nova Cultura da Saúde"	21
2.1. A Saúde e a Educação no Brasil	22
2.2. A Educação em Saúde como Estratégia de Promoção da Saúde	29
2.3. A Educação em Saúde na Escola	31
2.4. Os Parâmetros Curriculares Nacionais	32
2.4.1. A Organização dos Documentos	33
2.4.2. A Educação em Saúde Inserida nos Parâmetros Curriculares Nacionais	35

## CAPÍTULO II - A HISTÓRIA DA SAÚDE NA ESCOLA

1. A Saúde Escolar	
1.1. A Fase Higienista	37
1.2. A Fase do "Biologicismo"	38
2. A Escola Promotora da Saúde	
2.1. A Saúde na "Nova" Escola	42
2.2. Estratégias para as Escolas Transformarem-se em Promotoras da Saúde	43

## CAPÍTULO III - VARGEM GRANDE PAULISTA -

### OBJETO DO PRESENTE ESTUDO

1- Uma Breve História da Cidade	49
2- A Presença da Faculdade de Saúde Pública	52

3- Vargem Grande Paulista e o Movimento de Cidades/Município Saudável	53
CAPÍTULO IV - . OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS	55
CAPÍTULO V- PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS	
1. A Escolha do Método	57
2. A População do Estudo	59
3. A Coleta de Dados	
3.1. Avaliação Diagnóstica Inicial	60
3.2. Análise dos Resultados da 1ª Fase do Estudo	63
4. O Desenvolvimento do Trabalho	
4.1. Os Pressupostos da Educação Continuada	86
4.2. Os Temas Geradores	88
4.2.1. Observação do Escolar	90
4.2.2. Tracoma	91
4.2.3. Verminose	91
4.2.4. Doenças Infecciosas e Vacinação	92
4.2.5. Prevenção de Acidentes na Escola	93
4.2.6. Principais Intercorrências na Escola e Primeiros Socorros	94
4.2.7. Alimentação, Subnutrição e Anemia	95
4.2.8. Escola Promotora da Saúde	95
5. A Avaliação do Impacto das Ações	99
5.1. Discussão dos Resultados obtidos na 2ª Fase do Estudo	100
CAPÍTULO VI - CONCLUSÕES	119
CAPÍTULO VII - CONSIDERAÇÕES FINAIS E SUGESTÕES	123
REFERÊNCIAS	
ANEXOS	

## ÍNDICE DOS GRÁFICOS

Gráfico 1- Distribuição dos professores segundo o sexo	64
Gráfico 2- Distribuição dos professores segundo idade	65
Gráfico 3- Número de professores que referiram realizar atividades de educação em saúde na escola	67
Gráfico 4- Percepção de condições de riscos de acidentes nas escola, pelos professores	73
Gráfico 5- Percentual de professores que receberam treinamento para aplicar o Teste de Snellen	80
Gráfico 6- Número de Professores que percebem problemas de visão em seus alunos	80
Gráfico 7- Percentual de professores que aplicaram o Teste de Snellen durante o ano anterior ao Levantamento dos dados (1997)	82
Gráfico 8- Conhecimento dos professores sobre o Tracoma	84
Gráfico 9- Distribuição dos professores segundo a faixa etária	101
Gráfico 10- Percentual de professores que identificam condições de riscos de acidente nas Escolas	107
Gráfico 11- Percentual de professores que perceberam problemas de visão nas crianças	110
Gráfico 12- Número de professores que aplicaram o Teste de Snellen durante o ano de 1998	112
Gráfico 13- Número de professores que receberam treinamento para aplicação do Teste de Snellen	114



## ÍNDICE DOS QUADROS

Quadro 1- Situação escolar dos alunos da Rede Estadual de Ensino do Estado de São Paulo no ano de 1990.	28
Quadro 2- Número de habitantes de Vargem Grande Paulista, no período de 10 anos.	49
Quadro 3- Distribuição de alunos, professores e escolas de Vargem Grande Paulista.	51
Quadro 4- Distribuição dos professores das escolas-pólo segundo o período que lecionavam nas 2 fases do estudo.	59
Quadro 5- Distribuição dos professores segundo a série que lecionavam.	63
Quadro 6 - Problemas de saúde que os alunos apresentavam nas escolas, segundo observação dos entrevistados.	70
Quadro 7- Queixas dos professores - 1ª Fase.	72
Quadro 8- As principais condições de riscos de acidentes, identificadas pelos professores nas escolas.	74
Quadro 9- Sugestões dos professores - 1ª fase.	85
Quadro 10 - Distribuição dos professores segundo a série que lecionavam - 2ª Fase.	100
Quadro 11 - Condições por ordem de importância, que, segundo os professores pesquisados, favorecem os riscos de acidentes nas escolas.	108
Quadro 12 - Queixas e dificuldades dos professores após a 2ª Fase.	116
Quadro 13 - Sugestões dos professores após a 2ª Fase.	117

## INTRODUÇÃO

Em épocas remotas as representações de saúde e de doença tinham formas mágicas ligadas ao sobrenatural, pela dificuldade dos povos primitivos em estabelecer relações de causa e efeito e, de acordo com Scliar<sup>67</sup>, pela falta de conhecimentos técnicos e científicos para compreender esta relação. As doenças eram consideradas como resultado das influências de entidades sobrenaturais, malignas e demoníacas, e a doença como castigo dos deuses, e para livrar-se de tal castigo era necessário fazer oferendas e sacrifícios. A saúde era sinônimo de um "corpo silencioso", que só era percebido quando atingido por algum mal. <sup>50,60</sup>

Hipócrates, nascido no ano 460 a.C., colocou à parte a crença de serem as doenças causadas por maus espíritos. Aplicava a teoria da doença como um desequilíbrio dos quatro humores (sangue, linfa, bile amarela e bile negra) na arte da cura, que praticava pela observação minuciosa e não pela experimentação<sup>67</sup>.

Para Scliar<sup>67</sup> a evidente ineficácia dos procedimentos mágicos ou religiosos era compensada pela caridade. Com o advento do cristianismo o sofrimento passou a fazer parte do processo de depuração do homem e a caridade era vista como uma das maneiras de compensar a bondade divina pela saúde.

A crença nos odores da putrefação como causa das epidemias, a "teoria dos miasmas", aceita em 1347, não serviu como método eficaz para barrar as epidemias, que chegaram a assolar grande parte da população mundial (pandemia) como foi a peste bubônica, também denominada "peste negra"<sup>67</sup>.

Até o século XIX as causas das doenças eram explicadas fundamentalmente por teorias empíricas de fundamentação científica escassa. A mudança de metodologia fez com que esse panorama se alterasse e numerosos estudos começaram a surgir por todo o mundo, até que a idéia de "partículas imperceptíveis", os germes, viesse ser confirmada pela microscopia, porém, as dúvidas sobre o modo de transmissão das doenças persistiram<sup>67</sup>.

Mesmo não sendo possível a confirmação de "um germe causador", o pensamento de que as doenças eram causadas pelos fatores ambientais foi alterado dando início à idéia de saúde como sinônimo de falta de doença.

No século XIV, o médico Ignaz Semmelweis após longa observação, estudando as mortes de mulheres por febre puerperal (febre após o parto), constatou que morriam mais mulheres atendidas por estudantes de medicina (que realizavam autópsias) do que atendidas por parteiras. A partir da constatação por método quantitativo, instituiu a obrigatoriedade na lavagem das mãos com solução clorada, além do sabão<sup>67</sup>. Após a implantação dessa medida simples e eficaz, o número de mortes entre as puérperas foi reduzido.

Apesar da grande contribuição de Semmelweis para o avanço científico na constatação do modo de transmissão da doença, foi do médico John Snow o mérito, pelo uso da metodologia científica, no primeiro trabalho realizado em epidemiologia. Esse fato marcou para sempre a evolução do conceito de saúde.

Snow iniciou o estudo de abordagem quantitativa intitulado: "Sobre a Maneira de Transmissão do Cólera", em 1849. Interessado pelo agravamento do surto de cólera em Londres, analisou, por meio da observação e da organização lógica destas observações, a distribuição dos óbitos nas vizinhanças da bomba de água de Broad Street. Vale ressaltar que esse estudo ocorreu 10 anos antes que

Pasteur desse início à era bacteriológica e quase 30 antes de Koch descobrir o vibrião colérico, agente causador da doença.<sup>67</sup>

Ferraz<sup>17</sup> refere que "nos últimos 100 anos, a saúde vem sendo definida mundialmente em termos de ausência de doenças em consequência do acúmulo e do avanço de uma imensa produção de conhecimentos médicos e tecnológicos que consolidou uma referência paradigmática biotecnológica". (p.17)

A evolução da ciência médica contribuiu para o paradigma da saúde como sinônimo de ausência de doença, potencializando a individualidade. As explicações das doenças constituíam-se um efeito de uma causa (mecanicismo), que sempre tem origem biológica (biologicismo) e é exclusiva do indivíduo (individualismo), nunca sendo considerada como parte das relações que este tem com o meio ambiente e a sociedade<sup>66,67</sup>.

Durante o século XIX, além da evolução da ciência médica, o movimento sanitaria também contribuiu de forma marcante para a mudança do quadro de doenças vigentes, na grande maioria das sociedades. Diversas leis e obras de engenharia civil foram criadas como forma de contribuição para essas mudanças.

O desenvolvimento das áreas de epidemiologia e imunologia, a idéia de multicausalidade e fator de risco contribuíram para a diminuição das doenças transmissíveis, dando espaço para o crescimento das doenças crônico-degenerativas, proporcionando o aparecimento da crise do paradigma saúde/doença, até então, instituído pelos conhecimentos científicos anteriores.<sup>66</sup>

Para Santos e Westphal<sup>66</sup> "há alguns anos a visão de saúde passou de mera ausência da doença para a noção de bem estar físico e mental, e daí para o conceito mais amplo que inclui uma adequação de vida social", ocorrendo uma mudança no

paradigma da saúde, que passou de uma visão biológica curativista para a sócio-ecológica de vigilância e promoção da saúde <sup>17,66</sup>.

A promoção da saúde está relacionada aos aspectos globais da sociedade, que não estão diretamente ligados à prática médica, ao contrário da prevenção de doenças.<sup>17</sup>

Stachtchenko e Jenicek<sup>75</sup> afirmam que a idéia de promoção da saúde e prevenção das doenças estão apoiadas em paradigmas diferentes. A prevenção baseia-se, geralmente, na concepção de risco ou probabilidade de adoecer, os estudos clínicos e as intervenções visam atingir grupos restritos; diferentemente da promoção da saúde que preocupa-se com os múltiplos aspectos ligados aos estilos de vida e os programas são baseados na educação, que visa mudanças de hábitos com vistas à melhor qualidade de vida.

De acordo com Focesi<sup>19</sup> “discutir saúde hoje, é falar de um processo extremamente complexo, que extrapola e muito a relação saúde-doença e considera o homem ou as populações frente à sua história; aos seus padrões de desenvolvimento, às suas relações com o mundo; com seu ambiente sócio-cultural, com suas necessidades, direitos e condições de vida" (p. 24). A Saúde está, portanto, intimamente ligada à qualidade de vida, incluindo fatores como a cidadania, a conscientização, as condições e o nível de vida. Dentre as estratégias para a conquista de qualidade de vida para todos, está então a Promoção da Saúde.

Desde que a Organização Mundial da Saúde - OMS - adotou o conceito de saúde, na década de 40, como um processo independente da ausência de doença, tem se tentado estabelecer um conceito que seja condizente com a realidade, que seja possível de ser atingido. Entretanto, a saúde não pode ser encarada como uma utopia, deve-se levar em

conta que por mais que um indivíduo seja saudável, ele passará, ao longo de sua vida, por períodos em que estará doente. Condições próprias tais como

herança genética, condição física, estado nutricional, estado emocional e de equilíbrio, e fatores externos tais como o meio-ambiente, a realidade sociocultural e as condições de assistência à saúde é que determinarão seu reequilíbrio e a manutenção do estado de saúde.

A busca do (re)equilíbrio, que possibilita a harmonia de cada pessoa com o seu próprio eu, é o caminho a trilhar na compreensão do corpo como totalidade que se encontra submetido à multiplicidade de aspectos, como religião, lazer e educação, entre outros. Isso faz com que o conceito de saúde tenha um cunho pessoal, distanciando-se do modelo cartesiano, no qual os corpos humanos são comparados a máquinas, modelo que permanece, infelizmente, até hoje como parte do pensamento vigente em nossa sociedade, inclusive pela maioria dos profissionais da saúde.

Para Minayo<sup>43</sup> "a saúde enquanto questão humana e existencial é uma problemática compartilhada indistintamente por todos os segmentos da sociedade. Porém, as condições de vida e de trabalho qualificam de forma diferencial a maneira pela qual as classes e seus segmentos pensam, sentem e agem a respeito dela. Isso significa que, para todos os grupos ainda que de forma específica e peculiar, a saúde e a doença envolvem uma complexa interação entre os aspectos físicos, psicológicos, sociais e ambientais da condição humana e de atribuição de significado" (p.15). Portanto, a saúde é determinada pela forma de vida do indivíduo, de suas relações sociais, de seus afazeres e também pelas políticas adotadas pelos governos, da atenção que é dada à doença, do ensino da medicina, da enfermagem, da educação e das intervenções sobre o meio ambiente.<sup>66</sup>

Interferir no processo saúde/doença deve ser papel desempenhado por todos os cidadãos, que, em conjunto, devem para isso somar esforços. Para que essa interferência ocorra, é preciso compreender que o processo saúde/doença é fruto das relações do homem com o meio físico, social e cultural.

Entre os inúmeros fatores determinantes da condição de saúde, incluem-se os condicionantes biológicos (idade, sexo, características pessoais eventualmente determinadas pela herança genética), o meio físico (que abrange condições geográficas, características da ocupação humana, fontes de água para consumo, disponibilidade e qualidade dos alimentos, condições de habitação), assim como o meio socioeconômico e cultural, que expressa os níveis de ocupação e renda, o

acesso à educação formal e ao lazer, os graus de liberdade, hábitos e formas de relacionamento interpessoal, a possibilidade de acesso aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde e a qualidade da atenção por eles prestada<sup>70</sup>.

Assim sendo, "ser saudável não pode ser apenas não estar doente, no sentido tradicional. Deve significar, também, a possibilidade de atuar, de produzir a sua própria saúde, quer mediante cuidados tradicionalmente conhecidos, quer por ações que influenciem o seu meio incluindo ações políticas para a redução de desigualdades, educação, cooperação intersetorial e participação da sociedade civil nas decisões que afetam sua existência para o exercício da cidadania"<sup>42</sup> (p. 76).

## 1- O "NOVO" CONCEITO DE SAÚDE

Mesmo com a ampliação da visão dos fatores causais da doença, a saúde permaneceu sob a égide da medicina preventiva, que pelo próprio campo de atuação (identificação, meios de prevenção e estudo da natureza dos riscos, mecanismos de atuação, entre outros) não deu conta de todo o processo saúde/doença<sup>42</sup>.

Segundo Pelicioni<sup>56</sup> "a insatisfação gerada internacionalmente pelas condições de vida e saúde da maior parte da população mundial; a ênfase no modelo biomédico e suas conseqüências para a prevenção e o tratamento das doenças, concepção mecanicista, reducionista e cartesiana da vida que considerava apenas as explicações científicas, a etiologia das doenças, os diagnósticos clínicos e os prognósticos, não atendendo portanto, às necessidades reais da população deram origem depois de muitas reflexões e discussões, a um novo conceito de saúde".

E foi nesse sentido que o informe Lalonde, editado no Canadá em 1974, questionou o papel exclusivo da medicina na resolução dos problemas de saúde e a falta de atenção dada ao meio ambiente, aos estilos de vida e à biologia humana como as principais causas de morte da população. O Relatório deu início a uma nova era de interesse social e político pela saúde pública, propondo programas educacionais e proporcionando um avanço na compreensão da importância da adoção de ações intersetoriais independentes do sistema de cuidados de saúde. Serviu também como fonte de inspiração para a realização de eventos como a Conferência da Organização Mundial da Saúde, OMS, em 1977, que teve como tema "Saúde para Todos no Ano 2000" e, posteriormente, em 1986, para a "I Conferência de Promoção da Saúde", que deu origem às recomendações da Carta de Ottawa<sup>17,42</sup>.

Em 1978, realizou-se em Alma-Ata ( ex- URSS), a "Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde", onde definiu-se que "a saúde é um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde"<sup>63</sup>. Esta concepção de saúde adotada, assim como a



concepção da OMS da década de 40, que considera a saúde como o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença, foi aceita por muitos anos e muito embora tenha sido um avanço, mediante as concepções vigentes na época, mostrou-se inatingível e abstrata, na medida em que não estabelecia parâmetros de avaliação para esse bem estar, ficando relegado a padrões individuais, já que o bem estar de um indivíduo não é necessariamente o bem estar de outro.

No Brasil após anos de ditadura e autoritarismo e com a crescente crise previdenciária, à partir de 1976 muitos programas foram criados com a intenção de redefinir as bases do sistema de saúde vigente no país, dando início à *Reforma Sanitária Brasileira*<sup>51</sup>. Entre eles, destacam-se:

- O *Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento - PIASS* (1976), abrangendo a área da Superintendência do Desenvolvimento Econômico do Nordeste (SUDENE), foi o primeiro interinstitucional, envolvendo os Governos Federal, Estadual e Municipal no esforço conjunto pela melhoria de vida dos nordestinos que habitavam a área rural.
- O PREV-SAÚDE (1980) incorporou às idéias básicas do PIASS para o atendimento das populações urbanas e, muito embora a proposta se mostrasse de excelente qualidade, não chegou a ser implantada.
- A partir daí, e com o aprofundamento da crise previdenciária, o *Plano do Conselho Nacional de Administração da Saúde Previdenciária*, CONASP, surgiu com o objetivo de redefinir a política de compra de serviços médicos do setor privado. O *Instituto Nacional de Assistência Médica e Previdência Social*, INAMPS, foi criado com o objetivo de descentralizar o sistema de assistência médica, integrando-o numa rede básica de serviços públicos, que contava com os serviços privados na ausência daqueles.

- As *Ações Integradas de Saúde-AIS* (1983), objetivo final do INAMPS, compunham interinstitucionalmente os serviços de saúde, e a hierarquização do sistema viabilizado pelas Comissões Interinstitucionais<sup>51</sup>.

Pelicioni<sup>51</sup> considera que as AIS tiveram como ponto positivo "uma perspectiva concreta de integração e articulação das instituições públicas em saúde" (p.14) que acabou por não se efetivar. Possas in Pelicioni<sup>51</sup> afirma que as AIS aumentaram ainda mais a divisão existente entre a assistência médica preventiva e a curativa e as ações preventivas ligadas à saúde pública, estimulando as ações que geram procedimentos que podem ser contabilizados, pagando-os por produtividade, como já vinha acontecendo no setor privado.

Com as AIS implantadas e com resultados que não conseguiram possibilitar ações e medidas eficazes para a mudança da assistência médica vigente no país e também para a adoção de critérios relacionados ao "novo" conceito de saúde, realizou-se a 8ª Conferência Nacional da Saúde em Brasília, de 17 a 21 março de 1986, tendo três temas básicos que subsidiaram as discussões.<sup>3</sup>

- 1- *A saúde como direito inerente ao ser humano*, resultante de condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e serviços de saúde. Assim, é antes de tudo o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.
- 2- *A reformulação do Sistema Nacional de Saúde*, que deve gerar a criação de um Sistema Único de Saúde que efetivamente represente a construção de um novo arcabouço institucional, separando totalmente saúde de previdência, através de uma reforma sanitária.

- 3- *Financiamento do Setor*, a partir da criação de um orçamento social que englobe os recursos destinados às políticas sociais dos diversos Ministérios e aos distintos fundos sociais. Este orçamento será repartido por setor, cabendo ao de saúde uma parcela de recursos que constituirão o Fundo Único Federal de Saúde. Em nível estadual e municipal serão formados Fundos Únicos de Saúde, de maneira análoga.

A 8ª Conferência Nacional da Saúde mobilizou, em todo o país, cerca de 4.000 pessoas e segundo Pelicioni<sup>51</sup>, "reabriu a discussão mais especificamente sobre a reforma sanitária numa conjuntura em que os discursos de transição democrática e de implantação da Nova República se misturaram, determinando estratégias e ritmos diversificados na concretização das mudanças" (p.15).

Mesmo aceitando o conceito de saúde da OMS e considerando que este representou um avanço no conceito "saúde como ausência de doença", os participantes da 8ª Conferência Nacional de Saúde deliberaram que era necessário somar a este novos fatores para a concreta obtenção da saúde, destacando alguns requisitos básicos: alimentação, moradia, saneamento básico, condições favoráveis do meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e acesso aos bens e serviços essenciais. Propuseram, então, que o gerenciamento do sistema de saúde se fizesse a partir de um comando único.

As propostas inscritas na 8ª Conferência subsidiaram, em grande medida, a Seção Saúde da Constituição Federal de 1988<sup>3</sup>. Para Pelicioni<sup>51</sup> "o ciclo iniciado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde e encerrado com a aprovação do texto constitucional representou a base fundamental para o desenvolvimento da Constituição Brasileira" (p.16) no que se refere à saúde do povo brasileiro, da qual destacam-se alguns artigos:

**Art. 196:** “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a redução dos riscos de doenças e de outros agravos, e o acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

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

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

Esses artigos determinam que o governo deve garantir a todos, em igualdade de condições, acesso aos serviços destinados a promover, proteger e recuperar a saúde."<sup>51</sup>

A partir da Constituição de 1988 foi então criado o Sistema Único de Saúde, SUS, que nasceu com o propósito de tornar a assistência médica acessível a todos, eliminando a distinção que o antigo INPS fazia entre os que eram trabalhadores e possuíam carteira de trabalho assinada e os que não a possuíam, sendo que estes dependiam de outros tipos de atendimento que não o dado pelo INPS. "Do ponto de vista filosófico o SUS é dos modelos mais avançados do mundo, tendo como tripé de sustentação os princípios de descentralização, integralidade da assistência e participação da comunidade através dos conselhos e conferências"<sup>76</sup> (p.8).

O Conselho Nacional de Saúde visando o fortalecimento e aperfeiçoamento do SUS estabeleceu como prioridade, para os próximos anos, melhorar a atenção básica, dar continuidade ao processo de descentralização e hierarquização da rede de atendimento, entre outras melhorias, no processo de gestão. Melhorar a qualidade de atendimento incluindo os de urgência e emergência e o controle de problemas especiais como as

enfermidades preveníveis por imunização, endemias, DST/AIDS, saúde reprodutiva, infância e adolescência, prevenção de doenças crônicas, violência, drogas e promoção da saúde<sup>76</sup>.

Assim sendo, podemos afirmar que ser saudável é poder atuar diretamente sobre os fatores que interferem na saúde, é lutar pela diminuição das desigualdades, educação de boa qualidade, alimentação adequada em qualidade e quantidade, assistência médica adequada, participação da população nos diversos conselhos municipais decisórios e de fiscalização é, enfim, exercer a cidadania como um meio para atingir a qualidade de vida desejável, e não simplesmente deixar de estar doente.

### **1.1. I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**

Em 1986, realizou-se em Ottawa, Canadá, a Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, conforme anteriormente referido, onde reconheceu-se que a promoção da saúde deveria ser o novo paradigma adotado pelos países participantes, como uma alternativa para a resolução dos crescentes problemas de saúde. Definiu-se Promoção da Saúde como "*o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo maior participação no controle do processo*". Como estratégia para atingir um estado de completo bem estar físico, mental e social, "*os indivíduos e grupos deveriam saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente.*"<sup>27</sup>

Para Ferraz<sup>17</sup> a Carta de Ottawa gerada na Conferência, significou "a ampliação da concepção de promoção da saúde incorporando a importância e o impacto das dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais sobre as condições de saúde" (p.26), e também que a promoção da saúde se dá por meio de atividades intersetoriais e não exclusivamente do setor saúde.

Como pré-requisito para atingir a saúde, a Conferência considerou como fundamentais, a conquista da paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social e equidade.

A equidade é fundamental para a promoção da saúde. Ela deve ser enfatizada a fim de que todas as pessoas sejam capazes de atuar positivamente nos fatores determinantes de sua saúde e da saúde da coletividade. Ações de saúde então devem ser promovidas com a finalidade de capacitar as pessoas para este fim, sob a responsabilidade conjunta dos setores governamentais, sociais e econômicos, organizações filantrópicas e voluntárias, ONGs, autoridades locais, indústria e mídia.

Para Chiesa<sup>9</sup> a equidade apresenta-se sob duas perspectivas diferentes, aquela relativa ao nível de saúde dos diferentes grupos e a que diz respeito ao dimensionamento e distribuição dos serviços de saúde. Para se alcançar a equidade as políticas de saúde deveriam voltar o foco de suas ações para eliminar os problemas evitáveis, aqueles que são decorrentes da injustiça social; e para se obter assistência equânime de saúde redimensionar, disponibilizar e ampliar os serviços e o acesso aos mesmo, de forma que "todos possam usufruir da tecnologia e do conhecimento em saúde"(p.30).

O conceito de Promoção da Saúde destaca a necessidade da obtenção de recursos sociais e pessoais que promovam o desenvolvimento social, econômico e pessoal, e a justiça social proporcionando qualidade de vida\* e tendo como resultante a saúde.

---

\* Para Forattini qualidade de vida significa "o prazer de viver, um estado de satisfação ou insatisfação, uma experiência de caráter pessoal e está ligada ao propósito de obtenção de melhores condições de vida. O grau de ajustamento às situações existentes, ou então, o desejo de mudança, poderão servir para avaliar a presença ou ausência de satisfação.(Forattini, 1991).<sup>23</sup>

## 1.2. Campos de ação da promoção da saúde

De acordo com a Carta de Ottawa<sup>27</sup>, "a Promoção da Saúde vai além dos cuidados de saúde, devendo atuar em cinco campos m :

- A- na elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis;
- B- na criação de ambientes favoráveis à saúde;
- C- no reforço da ação comunitária;
- D- no desenvolvimento de habilidades pessoais e
- E- na reorientação dos sistemas e serviços de saúde<sup>27</sup>.

E deve exercer três papéis fundamentais:

- F- a defesa da causa saúde;
- G- a capacitação de indivíduos e da comunidade para a saúde, e
- H- a mediação entre os diversos setores envolvidos.

### A- Elaboração e implementação de políticas públicas saudáveis

A política de promoção da saúde deve combinar legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais, visando conseguir a equidade em saúde e a distribuição mais justa da renda e das políticas sociais; "as ações conjuntas contribuem para assegurar bens e serviços mais seguros e saudáveis, incluindo os serviços públicos e ambientes mais limpos e desfrutáveis"<sup>27</sup>. As políticas de promoção da saúde devem ainda detectar e remover os obstáculos em outros setores além da saúde, para a obtenção de ambientes saudáveis.

### B. Criação de ambientes favoráveis à saúde

Os ambientes de trabalho, moradia e convivência das pessoas influenciam diretamente a saúde. Muitas vivem e trabalham em ambientes desfavoráveis à saúde, estão

expostas aos riscos das intempéries, morando em locais passíveis de inundação ou desabamento, trabalhando em ambientes onde o nível de stress e insatisfação é elevado a ponto de fazê-las sentirem-se doentes.

Mudar modos de vida, ambientes de trabalho e de lazer, tornando-os fontes de saúde traz impacto positivo na vida de cada um e da comunidade. Trabalho e lazer deveriam ser fontes de saúde para as pessoas<sup>27</sup>. Para Pelicioni<sup>56</sup> a melhoria da qualidade de vida da população também depende dos ambientes sociais e físicos que devem ser saudáveis.

As relações e ligações das populações com o meio ambiente não podem deixar de serem consideradas quando se fala de saúde. O princípio do ser humano egoísta, que não se importa com os problemas de deterioração do planeta, exceto quando estes o atingem diretamente, deve ser substituído pela ênfase na conservação dos recursos naturais do meio ambiente e na responsabilidade global que ele deve ter com o planeta.

Encorajar a ajuda recíproca, cada um cuidando de si próprio, do outro, da comunidade e do meio-ambiente natural, deve ser o eixo norteador de todos os povos, de todos os países do mundo.

### C. Reforçando a ação comunitária

A Promoção da Saúde deve valer-se das possibilidades e recursos concretos e efetivos das comunidades. O reforço ao processo de posse de suas próprias decisões para utilização de seus esforços e recursos é a meta da promoção da saúde, "o desenvolvimento das comunidades está diretamente ligado ao acesso às informações e ao contínuo reforço, o preparo, o respaldo e à freqüente reciclagem de agentes comunitários que desejam participar de ações comunitárias voltadas para assuntos de saúde, bem como ao apoio financeiro adequado"<sup>27</sup> (p.15).

Sendo assim, a ação comunitária se torna importante concretizando sua participação efetiva na definição de prioridades para a saúde, na tomada de decisão, planejamento,



estratégias e implementação de ações voltadas para a saúde. A comunidade que está de posse da decisão, que deseja dar ênfase à promoção da saúde de seus atores vai permitir que os indivíduos e as organizações apliquem suas habilidades no esforço conjunto para suprir suas necessidades de saúde.<sup>27,52</sup>

#### D. Desenvolvendo habilidades pessoais

O desenvolvimento pessoal e social se dá a partir da divulgação de informações para a saúde, e principalmente pela intensificação das habilidades vitais, pois, isso permitirá o aumento das opções disponíveis para que as populações possam exercer maior controle sobre a própria saúde e sobre o meio-ambiente. Mais do que distribuir panfletos é preciso aumentar o acesso às informações de saúde para que a população utilize esse conhecimento na tomada de decisões críticas.<sup>52</sup>

"É essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem se realizar através de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais."<sup>27</sup> (p.16)

Cabe comentar aqui que no trabalho que foi desenvolvido com os professores de Vargem Grande Paulista, descrito adiante, houve principalmente a preocupação de desenvolver habilidades pessoais por meio de um processo de educação continuada.

#### E. Reorientação dos serviços de saúde

A responsabilidade pela promoção da saúde nos serviços de saúde é de todos os profissionais, que devem compartilhá-la com a comunidade e com o governo. Todos devem trabalhar juntos para criar um sistema de saúde preocupado com a promoção de um nível elevado de saúde.

O setor saúde deve voltar-se, cada vez mais, para a promoção da saúde sem deixar de se responsabilizar pelo atendimento dos casos clínicos, crônicos e de urgência.

Pelicioni e Westphal <sup>52</sup> afirmam que para confrontar a formação voltada para a especificidade técnicas, que alienam os profissionais da saúde, são necessárias três tipos de ações. A primeira diz respeito à reformulação dos currículos dos profissionais, preparando-os para entender sua clientela; a segunda é em relação à educação continuada que deve ser implantada nas instituições de forma que prepare a equipe para entender a abrangência social de seu trabalho, deixando a prática da reprodução da relação de poder que desempenham frente a população; a terceira ação deve consistir no desenvolvimento de projetos multiprofissionais que garantam a ação conjunta, cooperativa e democrática entre os diversos membros da equipe de saúde, rompendo assim as práticas hierárquicas e corporativistas vigentes.

### **1.3. III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde**

Em junho de 1991, em Sundsvall, Suécia, realizou-se a III Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde tendo como tema de discussão "Ambientes Favoráveis à Saúde". Faz parte da seqüência de eventos que começaram com o compromisso da OMS, em 1977, atingir metas de Saúde Para Todos<sup>28</sup> e realizou-se 3 anos após a II Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que ocorreu em abril de 1988 em Adelaide, Austrália, cujo tema foi "A criação de Políticas Públicas Saudáveis".

Nesta Conferência considerou-se que "ambientes e saúde são interdependentes e inseparáveis. Attingir estas duas metas deveria, portanto, ser o objetivo central ao se estabelecerem prioridades para o desenvolvimento, e deveriam ter precedência no gerenciamento diário das políticas governamentais"<sup>28</sup> (p.33).

No contexto da saúde, o termo "ambiente favorável" refere-se aos aspectos físico e social do nosso entorno. Este termo abrange os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer.

Ambientes favoráveis possibilitam às pessoas expandirem suas capacidades, desenvolverem a auto confiança e aumentarem seus poderes de decisão. A participação comunitária foi considerada fator essencial num processo democrático de promoção da saúde, a força motriz para a auto confiança e desenvolvimento.

No que diz respeito à educação, os participantes da Conferência reconheceram que "é um direito humano básico e um elemento chave para trazer as mudanças políticas, econômicas e sociais necessárias e para tornar a saúde possível para todos. A educação para muitos tem sido inatingível ou insuficiente, ou ainda, falha em capacitar e fortalecer as populações mais pobres quando, ao contrário deveria ser acessível durante toda a vida e baseada nos princípios da igualdade, particularmente com respeito à cultura, classe social e gênero"<sup>28</sup> (p.38).

A ineficiência no atendimento básico à saúde e as discriminações e explorações de todo tipo, em especial, contra as mulheres, são problemas que afetam grande parte da população mundial. A solução destes problemas envolvem necessariamente uma ação social intersetorial entre a educação, o transporte, a habitação, o desenvolvimento urbano, a produção industrial e a agricultura.<sup>12</sup>

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

Desenvolvimento implica na melhoria da qualidade de vida e saúde, ao mesmo tempo que na preservação da sustentabilidade do meio ambiente.<sup>12</sup>

#### **1.4. Conferência Internacional de Santa Fé de Bogotá sobre Promoção da Saúde**

A tentativa, na América Latina, de incorporar o conceito de promoção da saúde, segundo as recomendações da Carta de Ottawa, fez com que se realizasse, em 1992, em Santa Fé de Bogotá, Colômbia, a "Conferência Internacional em Promoção da Saúde", a primeira na América Latina que teve o papel fundamental de trazer para o Continente Americano a discussão do tema promoção da saúde relacionado à questão da equidade e do desenvolvimento. Levando em consideração a deterioração das condições de vida das populações latino-americanas, com aumento das situações de riscos para a saúde, determinou como um desafio a ser cumprido: “transformar as relações excludentes, conciliando interesses econômicos e propósitos sociais de bem estar para todos”<sup>25</sup>(p.42).

A Carta de Bogotá destacou a solidariedade e a equidade social como condições indispensáveis para a saúde e o desenvolvimento. Afirmar a necessidade de opção por novas alternativas nas ações de saúde pública, que se oponham ao sofrimento causado pelas enfermidades do atraso, pobreza, urbanização desregrada e industrialização.<sup>25</sup>

Para Ferraz<sup>17</sup> há uma propensão em minimizar complexos problemas sanitários culpando a conduta individual, entretanto, para atingir a meta de saúde para todos são necessárias mudanças nas condições sociais tais como a educação, o salário e a habitação que atuam como fatores importantes e decisivos no estilo de vida. A autora assinala que: torna-se complicado "modificar a forma de vida quando faltam sistemas educativos completos e adequados, a higiene pessoal não é factível nas casas que carecem de água encanada e é difícil explicar uma dieta saudável para pessoas que passam fome" (p.33).

Assim, é preciso eliminar as diferenças desnecessárias, evitáveis e injustas que restringem as oportunidades do indivíduo de atingir o bem estar, que é a meta para conquistar a equidade. O papel da promoção da saúde então é agir contra as iniquidades, identificando as diferenças e atuando como agente que incentiva e cria oportunidades para mudanças nas atitudes e comportamentos do indivíduo e da população.

De acordo com a Declaração de Bogotá<sup>25</sup> "o desenvolvimento integral e recíproco dos seres humanos e das sociedades é a essência da estratégia da promoção da saúde no Continente Americano. Portanto, deve levar em conta as tradições culturais e os processos sociais que forjaram as nacionalidades possibilitando, assim, enfrentar criativa e solidariamente as adversidades, os obstáculos estruturais e as crises recorrentes. Reconhecer, recuperar, estimular e difundir estas experiências é indispensável para a transformação da sociedade e deve ser um impulso à cultura da saúde" (p.44).

## **2 - A PROMOÇÃO DA SAÚDE E A "NOVA CULTURA DA SAÚDE"**

Segundo Focesi<sup>22</sup> “a promoção da saúde exige programas que pretendam reduzir as desigualdades sociais, desenvolver a qualidade de vida, mobilizar políticas de apoio à saúde, obter recursos e competência técnica, para que se possa promover e controlar a saúde, prevenir a doença, oferecer à população as conquistas da ciência e a vida saudável para todos” (p.24).

Esse novo paradigma da saúde pública também exige uma mudança em grande parte das políticas vigentes e nos serviços de saúde, partindo da reorientação da filosofia de atendimento e da retomada dos padrões de assistência, deixando de lado a visão mecanicista de oferecer cuidados de forma fragmentada, para adotar uma assistência calcada em uma concepção holística e integral. É preciso que se percebam e se considerem as peculiaridades culturais, a família, e a história de cada um. Isto implica em maior atuação em pesquisas de saúde, em educação em saúde e na reorientação da educação dos profissionais da área, visando mostrar, antes de tudo, o que é ter saúde.

A assistência à saúde deverá ir além da visão convencional arraigada no biologicismo, como já foi dito, há de relacionar as condições físicas e sociais do meio ambiente, com as condições psicológicas e culturais dos indivíduos sem abandonar o estudo dos aspectos biológicos das doenças. Silva e Franco<sup>73</sup> afirmam que de posse do novo conceito o homem tem conhecimento que a doença não é algo que parta necessariamente dele, mas que o meio, o qual ele pertence, também é responsável por sua condição de estar doente ou saudável.

O conceito de saúde visto como resultante das condições de vida deve, portanto, ser apreendido pelos profissionais das diversas áreas da saúde durante sua

formação, tornando-os agentes promotores da saúde. Ao cuidar de pessoas ou populações o profissional deve ter em mente a íntima ligação do estado de saúde com

as condições socioeconômicas, com o ambiente doméstico e de trabalho, com as oportunidades de lazer e com o relacionamento com outras pessoas. A saúde é obtida pela construção do valor do cuidado de cada um consigo mesmo e com os outros, pela capacidade de tomar decisões, (alicerçadas em conhecimentos de fatos reais sobre a saúde) no controle sobre sua saúde e sua vida, sem deixar de ter a noção de que o Estado deve oferecer condições para que a população tenha saúde.

Silva e Franco<sup>73</sup> ainda referem que a visão que se tem dos homens deve ultrapassar os sintomas físicos; deve levar em conta os sentimentos, o ser social expresso em cada um. De acordo com esses autores, nestas novas reflexões, é preciso romper com valores já superados, é chegada a hora de entender o homem em sua totalidade objetivando compreender o verdadeiro processo saúde/ doença.

"A Promoção da Saúde é o processo que vai possibilitar a cada população avaliar a qualidade de vida que lhe é oferecida e atuar sobre ela para conseguir cada vez mais saúde."<sup>27</sup> (p.11)

## **2.1. A saúde e a educação no Brasil**

A história do Brasil Colônia foi marcada por doenças pestilenciais tais como a cólera, a peste bubônica, a febre amarela, a varíola e as doenças de massa como a tuberculose e a lepra, entre outras. A abertura dos portos brasileiros ao comércio e a intensificação do tráfego de negros da África para o Brasil trouxe o surgimento de muitas outras doença que tinham a transmissão facilitada pela concentração de maior número de pessoas nas cidades<sup>18,50,64</sup>.

Em 1885, o Barão de Mamoré afirmou, frente à situação de precariedade do Rio de Janeiro, que o futuro do Brasil dependia do saneamento da métrópole<sup>18</sup>, configurando a primeira tentativa de mudança frente a uma situação de doenças que o país vinha enfrentando, principalmente no que dizia respeito às doenças

pestilenciais que ocorriam na corte e nos portos, o que comprometia a força de trabalho do país.

Em 1889, o ministro do Império, Conselheiro Ferreira Vianna, criou a "Inspeção Higiênica" dos estabelecimentos públicos e particulares de instrução e educação do Rio de Janeiro, e foi nesse contexto que surgiram as primeiras medidas do "Serviço de Higiene Escolar", baseado no modelo alemão de "Polícia Médica" como marco inicial de Saúde Escolar no Brasil.

Segundo Barbosa e Resende apud Ferriani e Gomes<sup>18</sup>, essas medidas foram necessárias para controlar as graves epidemias que assolavam as grandes cidades como o Rio de Janeiro e São Paulo, e a escola foi um dos pontos-chaves escolhidos para isso, por apresentar grande concentração de pessoas e a possibilidade de "educar" as massas para a higiene. Para os autores, o objetivo era fazer realizar e vigiar o saneamento do ambiente escolar e o desenvolvimento físico das crianças.

Em 1890, foi criada a primeira "ficha de observação" do escolar. Moncorvo Filho, médico que trabalhava com a proteção higiênica das crianças, padronizou a "ficha de inspeção médica dos alunos", porém, esta não chegou a ser utilizada com os alunos, somente era feita inspeção nos ambientes escolares.

Em 1911, o Serviço Sanitário do Estado de São Paulo foi reorganizado; e iniciou-se o Projeto Francisco Sodré de Serviço de Inspeção Médica Escolar, que detinha a concentração na inspeção dos corpos das crianças e preocupava-se com a ventilação e a iluminação do ambiente escolar. Para Ferriani e Gomes<sup>18</sup> "a verdadeira intenção da



assistência ao escolar era a de mobilizar, controlar e domesticar as classes populares com interesses produtivos" (p.8) .

Em 1920, o acesso à escola era possível somente à burguesia industrial, aos grandes latifundiários e à classe média emergente. O analfabetismo nessa década quase que totalizava os brasileiros, chegando a 91% da população e a educação

vigente, em sua maior parte, estava nas mãos dos religiosos<sup>6</sup>. Para Teixeira<sup>77</sup>, a educação naquela época não era considerada parte importante para o desenvolvimento da nova sociedade, dando lugar a iniciativa privada e o seu acesso era restrito aos que tinham recursos para mantê-la.

Em 1930, após a revolução e queda da República Oligárquica, que tinha como base a agricultura e a pecuária, a sociedade tornou-se "urbano-industrial-capitalista". Pelas próprias características dessa "nova sociedade" a educação tornou-se um requisito do desenvolvimento nacional; nasceram, então, os movimentos nacionais de educação popular.

Para Gohn<sup>32</sup> na consolidação do capitalismo a educação voltou a ser pensada pelas classes dirigentes como mecanismo de controle social e para evitar desordens justificada pela necessidade de divisão do trabalho. Os trabalhadores deveriam saber, ainda que de forma rudimentar, ler, escrever, contar e ter noções de geometria e mecânica. "O essencial não era instruir, racionalizar o indivíduo, mas racionalizar a vida econômica, a produção, o tempo de pessoas, o ritmo dos corpos, a disciplina das mentes. Ou seja, a única educação que interessava era a formação e produção da mercadoria para o trabalho"<sup>32</sup> (p.13).

A chamada crise social gerada pela industrialização e pelo desenvolvimento das ciências foi marcada por uma profunda contradição social. A sociedade adotou a revolução causada pela indústria, porém, rejeitou a transformação que esta causou nos homens, e não permitiu que ela se transformasse em ideologia possibilitando o preparo do "novo" homem, por meio da educação, para sobreviver de maneira digna a essa nova era <sup>77</sup>.

As teorias sociais da época, para que se pudesse, plausivelmente, deixar de reconhecer a necessidade da educação, afirmavam que o homem era dotado naturalmente de poderes e capaz, portanto, de abrir caminho por si, desde que tivesse "força de vontade".

De acordo com Ferriani e Gomes<sup>18</sup> durante a chamada crise social no ensino escolar não houve democratização para o acesso, mas somente foram dados os primeiros passos para uma democratização advinda das classes populares e da necessidade de investir na educação, para que as pessoas se tornassem úteis ao crescimento pessoal com vistas ao enriquecimento da nação.

A crença de que o homem dispondendo de condições necessárias e suficientes, tendo um mínimo de oportunidades iguais e indispensáveis para que suas capacidades e potencialidades orgânicas e biológicas se manifestem e se desenvolvam, produzindo inclusive a inteligência, fez (re)surgir as ações para as conquistas e para a liberdade.

Nos anos 50, apareceu o "Movimento em Defesa da Escola Pública", o qual buscou construir as bases das diretrizes para a universalização da escola pública. Foi também um período fértil de propostas e de experiências inovadoras na área da educação informal<sup>7</sup>.

De 1940 a 1960, houve expansão da rede pública. Com o aumento das escolas públicas no país, tornou-se mais evidente e preocupante a questão da repetência e evasão escolar. Em 1950, o índice de repetência estava em torno de 14%<sup>6</sup>. Em 1956, a repetência já era denunciada como mecanismo seletivo da escola pública brasileira. A sociedade brasileira cresceu economicamente e o sistema educacional continuou arcaico<sup>7</sup>.

No final da década de 60 e início de 70, várias reformas foram realizadas pelas cúpulas do regime militar, preocupadas em adequar a educação brasileira às exigências do novo modo de acumulação associado ao capital internacional.

Entre os anos de 1961 e 1964, surgiu um movimento reivindicatório da escola pública gratuita, no qual Paulo Freire foi o principal nome<sup>6</sup>.

A Lei de Diretrizes e Bases (LDB), nº. 4.024/61, teve como preocupação central a obrigatoriedade da escola primária, considerada como condição básica num regime democrático, permitindo que, tanto o setor público como o privado, se ministrasse o ensino formal<sup>5,6,7</sup>. A LDB sob vários aspectos se apresentou positiva, porém, no que diz respeito à obrigatoriedade e gratuidade, não foi capaz de eliminar a fragilidade das contradições.<sup>11</sup>

Nesse período, houve êxito quanto à extensão da escolaridade, mas, dentro da estrutura do ensino, o problema de reprovação assumiu aspectos alarmantes, dificultando as metas do plano educacional.

Na década de 70 o modelo econômico adotado no país favoreceu a demanda social da educação, porém o crescimento desorganizado do setor da educação formal, sua burocratização e a queda geral na qualidade do ensino não alteraram os mecanismos de exclusão, que continuaram fazendo suas vítimas através da reprovação e evasão escolar<sup>6,7</sup>.

A Lei de Diretrizes e Base nº 5.692/71 transformou a estrutura do sistema escolar brasileiro, com a fusão dos cursos primário e ginásial no 1º grau, com 8 (oito) anos de duração. A obrigatoriedade escolar se estendeu dos 7 ao 14 anos. Os novos esforços dos governos militares concentravam-se em oferecer capacitação para o trabalho após o término do primeiro grau, com habilitação profissional no segundo grau<sup>6,7</sup>.

Na década de 80, com a anistia e a redemocratização política do país, o sistema educacional recebeu influências do pensamento liberal, crítico e transformador de inúmeros autores brasileiros e de outros países, levando os educadores, então, a uma reflexão sobre a função e o papel da escola pública. Gohn<sup>32</sup> considera que foi nesta época que ressurgiram outras formas de educação como a educação popular, que começou a ser realizada informalmente, construída como

parte de um processo, no desenvolvimento de trabalhos com grupos sociais organizados e associações populares.

Outras mudanças ocorreram a partir daí, das quais podemos destacar o Programa de Formação Integral da Criança (PROFIC) no Estado de São Paulo, destinado a dar assistência integral à criança e, em 1987, houve a proposta curricular da Coordenadoria de Normas Pedagógicas (CENp) da Secretaria do Estado de Educação de São Paulo de não reprovação nos ciclos de ensino básico. A Constituição de 1988 municipalizou o ensino infantil (zero a seis anos), deixando para o Estado a responsabilidade de manutenção dos 1º e 2º graus.

Para Gohn<sup>32</sup>, nos anos 90, a sociedade como um todo "aprendeu a organizar-se e a reivindicar seus direitos de cidadania", a partir da constatação de que, na prática, não são cidadãos (p.8). Parte desse aprendizado tem tido como base a nova Carta Magna Brasileira vigente, mas, segundo a mesma autora, ainda havia um clima de descrença generalizado na política, nos políticos e nos organismos estatais. Porém, esta mesma sociedade descrente ainda clama por uma escola pública de boa qualidade, onde seus filhos possam ter acesso, ter aulas todos os dias, professores com boa formação e a garantia de educação continuada; que possam estudar sem o fantasma da repetência, que posteriormente se torna evasão; onde tenham um ambiente harmonioso e de respeito mútuo e que os capacite a concorrer em um vestibular para uma Faculdade no futuro.

Em relação aos dados da Rede Estadual de Ensino de São Paulo no ano de 1990, verifica-se que ainda eram bastante significativos os índices das perdas escolares ao longo do 1º grau, em termos de evasão e repetência<sup>7</sup>:

**Quadro 1 - Situação escolar dos alunos da Rede Estadual de Ensino do Estado de São Paulo no ano de 1990.**

Séries	Afastados por Transferência	Afastados por Abandono	Retidos por Frequência	Retidos por Avaliação	Promovidos	Matriculados Total
Cb- I	56.736	65.792	O	O	622.304	744.832
Cb-C	72.936	66.886	4.963	260.786	578.837	984.408
3º	48.979	41.331	2.730	107.114	530.851	731.005
8ª	17.960	30.114	1.449	22.982	220.478	292.983

Legenda:

Cb I = Ciclo básico inicial

Cb C= Ciclo básico continuidade

Fonte: CIE-SE/SP - 1991

No quadro acima pode-se notar que no ciclo básico inicial, 8,8% dos escolares que ingressam, evadiram no decorrer do 1º ano, e 6,7% no decorrer do 2º ano, sendo que 27% foram retidos por avaliação ou por frequência ao final do ciclo básico. Portanto, apenas 57,6% dos que passaram pelo ciclo básico foram para a 3ª série.

O número de matriculados na 8ª série representava 40% do número de escolares matriculadas no ciclo básico inicial, sendo que destes somente 29,6% concluíram a 8ª série, o que indica que foram excluídos ao longo do 1º grau, por evasão ou retenção, 70,4% dos escolares que nele ingressaram.

Os números continuavam alarmantes e vergonhosos para um país em desenvolvimento. O grande problema do sistema educacional brasileiro, é que ele tem sido incompetente para gerar resultados positivos na complexa tarefa de bem educar, bastando para isso lembrarmos que em 1950 o índice de repetência estava em torno de 14%, e em 1990 o dobro, 27%, dos escolares foram retidos por avaliação ou por frequência ao final do ciclo básico, conforme dados relatados acima.

Para Ferriani e Gomes<sup>18</sup> a solução para os problemas de educação formal em nosso país passa, necessariamente, por mais investimentos de cerca de 10% do Produto Interno Bruto; pela integração das diferentes esferas da administração pública, somando esforços para constituir um sistema educacional que forme cidadãos; e pela criação de um Plano Nacional de Educação que conceba adequadamente a utopia de educar.

## **2.2. A educação em saúde como estratégia de promoção da saúde**

Na nossa sociedade o nível sócio-cultural dos diferentes segmentos sociais é que determina a capacidade dos indivíduos terem saúde e educação. Assim, as “carências” sociais e as “privações” culturais (ignorância) são consideradas como fatores que originam a falta de saúde e educação das classes populares<sup>42</sup>

Valla e Melo, in Minayo<sup>43</sup>, afirmam que aplicar normas e conselhos como forma de “educar em saúde”, foi, durante muito tempo, o meio utilizado para “higienizar” e “domesticar” as classes populares. Ao criticarem tal concepção, afirmam que é importante considerar que a educação e a saúde são produzidas pelas condições de vida, trabalho, lazer, moradia de cada sociedade em particular, não podendo ser generalizada por meio de imposição de normas, pois cada sociedade se organiza de uma forma particular. Não é possível, portanto, reduzir as práticas no campo da Educação e da Saúde a uma série de regras e receitas a serem repassadas aos profissionais, aos alunos nas escolas ou às mães nos postos de saúde, como formas precípuas de se conquistar a saúde.

Para Dilly e Jesus<sup>14</sup> o crescimento do ser humano é geneticamente determinado, porém os fatores que atuam na aprendizagem são determinados pelas relações e pelo meio onde ele cresce e se desenvolve, assim se conclui que o meio ao qual se pertence é o fator preponderante no aprendizado, desde a mais tenra idade até o envelhecimento. A aprendizagem se dá informalmente por meio de todas as ocorrências e acontecimentos corriqueiros da vida cotidiana e também por meio do

processo formal (adquirido nas instituições de ensino) que visa alcançar determinados objetivos.

O processo de ensino e aprendizagem, para ser efetivo, deve portanto, ser uma construção que leve em conta as relações do homem consigo e com os outros e com o meio em que vive. Desta forma fica claro que a educação implica, necessariamente, num processo de mudança e transformação do educando, no qual homem é o sujeito da sua educação, e desta depende a sua interação com o mundo.

A Educação em Saúde, com vistas à Promoção da Saúde, tem por objetivo capacitar os educandos, para atuarem como agentes transformadores e partícipes de movimentos que defendam a preservação e a sustentabilidade do meio-ambiente, que lutem por melhores condições de vida e saúde, para ter maior acesso às informações em saúde, à cultura e ao lazer e pela garantia de que o Estado cumpra seus deveres para com os cidadãos, baseados na Constituição Federal.<sup>27</sup>

Reforçando este conceito, a União Internacional de Promoção e Educação em Saúde da Organização Mundial da Saúde (World Health Organization International Union for Health Education-WHO IUHE) define educação em saúde como: "a combinação de ação social planejada e de experiências de aprendizagem planejadas visando capacitar as pessoas, para adquirirem controle sobre os determinantes da saúde, sobre o comportamento em saúde, e sobre as condições sociais que afetam seu próprio estado de saúde e o estado de saúde dos outros."<sup>74</sup>

A educação em saúde deve sempre ser planejada a partir da realização de um diagnóstico situacional, que deverá levar em conta as necessidades, as especificidades, os interesses e as percepções da população.

Segundo Focesi<sup>22</sup>, "a educação em saúde deve capacitar a população para uma reflexão permanente, sobre a qualidade de vida que lhe é oferecida, as causas dos

problemas de saúde e suas possíveis soluções; os recursos, normas e leis existentes para a proteção da saúde e sobre as medidas de prevenção da doença".

### **2.3. A educação em saúde na escola**

A educação em saúde na escola "é o processo pelo qual se pretende colaborar na formação de uma consciência crítica no escolar, que resulte na aquisição de práticas visando a promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e da saúde da comunidade da qual faz parte."<sup>20</sup>

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

- 1º) A educação em saúde com um enfoque integral.
- 2º) A criação de entornos saudáveis.
- 3º) A provisão de serviços de saúde.

A educação em saúde deve trazer aos alunos um enfoque integral, em cada etapa de seu desenvolvimento. Trabalhando com a auto-estima das crianças e jovens, com a capacidade de adquirir hábitos de higiene e de adotar formas de vida saudáveis, a educação em saúde não se limita a transmitir informações de uma matéria específica, mas busca o desenvolvimento de conhecimentos, hábitos e habilidades que contribuam para a adoção de um modo de vida mais saudável.

As discussões em grupo, os estudos de casos, os projetos de trabalho comunitário que extrapolam os muros escolares são as técnicas preferidas para se alcançar esses objetivos da educação em saúde com um enfoque integral. Estas atividades permitem que os alunos e suas famílias incorporem mais facilmente práticas saudáveis e consigam apoio da comunidade.

O quadro atual da educação brasileira e os compromissos assumidos internacionalmente em 1990, com a participação do Brasil na Conferência Mundial de Educação para Todos, realizada em Jontien, na Tailândia, bem como na Declaração de



Nova Delhi (assinada pelos nove países em desenvolvimento, de maior contingente populacional do mundo), resultaram em posições consensuais na luta pela satisfação das necessidades básicas de aprendizagem para todos, capazes de tornar universal a educação fundamental e de ampliar as oportunidades de aprendizagem para crianças, jovens e adultos.<sup>44,56</sup>

O Ministério da Educação e do Desporto coordenou a elaboração do Plano Decenal de Educação para Todos (1993-2003), concebido como um conjunto de diretrizes políticas em contínuo processo de negociação, voltado para a recuperação da escola fundamental, a partir do compromisso com a equidade e com o incremento da qualidade, como também com a constante avaliação dos sistemas escolares visando o seu contínuo aprimoramento.<sup>44</sup>

A nova Lei de Diretrizes e Bases (Lei Federal nº 9.394), aprovada em 20 de dezembro de 1996, consolida e amplia o dever do poder público para com a educação em geral e, em particular, para com o ensino fundamental. Assim, determina no artigo 22 que o ensino básico deve assegurar a todos “a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhes meios para progredir no trabalho e em estudos posteriores.”

#### **2.4. Os Parâmetros Curriculares Nacionais**

A elaboração dos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs) partiu da análise dos currículos oficiais e do estudo de currículos propostos pelos Estados e Municípios brasileiros, bem como do conhecimento de experiências de outros países. Foram analisados dados estatísticos sobre o desempenho de alunos do ensino fundamental, e as experiências de sala de aula difundidas em encontros, seminários e publicações.<sup>44</sup>

Formulou-se uma proposta inicial que, apresentada em versão preliminar, passou por um processo de discussão em âmbito nacional em 1995 e 1996, do qual participaram docentes de universidades públicas e particulares, técnicos de secretarias estaduais e

municipais de educação, de instituições representativas de diferentes áreas de conhecimento, especialistas e educadores<sup>22</sup>.

#### **2.4.1. A organização dos documentos**

Os documentos que constituem os PCNs<sup>44</sup> apresentam-se da seguinte forma:

➤ *Introdução aos Parâmetros Curriculares Nacionais* - esse documento apresenta um perfil da educação brasileira e define os parâmetros como instrumentos norteadores para a melhoria da qualidade do ensino fundamental.

➤ *Documentos de Área* - para cada área de conhecimento foi elaborado um documento que traça um perfil histórico do tratamento escolar e apresenta as principais questões a serem enfrentadas, tendo em vista a formação da cidadania.

➤ *Apresentação dos Temas Transversais* - esse documento discute o tratamento das questões sociais e propõe um conjunto de temas fundamentais para a vivência da cidadania: Ética, Saúde, Meio Ambiente, Pluralidade Cultural e Orientação Sexual.

➤ *Documentos de Temas Transversais*: para cada tema foi elaborado um documento que apresenta uma fundamentação teórica e sua operacionalização, ou seja, como o tema é definido e transversalizado nas áreas específicas.

Os Parâmetros Curriculares Nacionais pretendem ser um referencial e não um modelo impositivo para o currículo fundamental dos Estados e Municípios e propõem o respeito à autonomia e à diversidade sociocultural das regiões do Brasil. Sua função é orientar e garantir a coerência das políticas de melhoria da qualidade de ensino, tornando-as acessíveis a todos, divulgando discussões, pesquisas e

recomendações, servindo de subsídio para os professores, principalmente para aqueles que se encontram atuando em lugares longínquos, que não contam com recursos para o acesso à produção pedagógica atual.<sup>44</sup>

O conjunto de proposições dos Parâmetros Curriculares Nacionais responde à necessidade de intervir no processo de construção da cidadania, tendo como meta o ideal da igualdade de direitos entre os cidadãos, baseado em princípios éticos e democráticos.

Na organização dos Parâmetros Curriculares Nacionais nas diferentes áreas, os conteúdos essenciais devem receber um tratamento "*transversal*" de questões sociais, isto é, com a adoção dessa perspectiva, as problemáticas sociais são abordadas como um conjunto de temas, em todas as matérias, com um enfoque que considere as experiências dos alunos.<sup>44</sup>

O tema saúde nos PCNs fundamenta-se em três eixos básicos: a educação em saúde, o desenvolvimento e aprendizagem e a participação popular.

Suas atividades são desenvolvidas por meio de ações individuais e ações coletivas de saúde. Seguem as determinações da política de saúde desenvolvida pelas Secretarias Municipais e Estaduais de Saúde, e são pautadas nos princípios do Sistema Único de Saúde.<sup>44</sup>

Entre os temas trabalhados de forma transversal (a ética, o meio ambiente, a pluralidade cultural e a orientação sexual), a educação em saúde justifica-se porque as escolas constituem um excelente canal de comunicação para realizar atividades e transmitir mensagens sobre a saúde, e servem para encaminhar casos para os serviços de referência de atenção à saúde, além disso cada vez são mais abundantes as provas sobre a relação entre o conhecimento adquirido e a saúde. À medida em que os escolares ampliam seus conhecimentos, por meio dos conteúdos das disciplinas, aumentam suas capacidades e habilidades para cuidar da própria saúde.

É preciso oferecer um programa que vá desde o início do ensino formal (incluindo o ensino infantil e fundamental) até atingir o ensino médio, perpassando por todas as disciplinas.

Entretanto, se os Parâmetros Curriculares Nacionais podem funcionar como base para a fundamentação de ações que buscam a melhoria do ensino, não pretendem de modo algum resolver todos os problemas que afetam o ensino e a aprendizagem no país. Essas resoluções dependem da quantidade e qualidade de investimentos de recursos financeiros, da formação inicial e continuada dos professores, bem como de uma política nacional digna, de salários e planos de carreira para o magistério.

Se por um lado os PCNs constituíram um avanço para o ensino- aprendizagem, por outro trazem ainda uma visão fragmentada na medida em que separam saúde de orientação sexual, de ética e de meio ambiente, entre outros.

#### **2.4.2. A educação em saúde inserida nos Parâmetros Curriculares Nacionais**

"A Educação em Saúde atingirá seus objetivos ao conscientizar os alunos para o direito à saúde, ao sensibilizá-los para a busca permanente da compreensão de seus determinantes e ao capacitá-los para a utilização de medidas práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde ao seu alcance."<sup>44</sup>

A promoção da saúde, por sua vez, se dá por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidade individuais e da produção de um ambiente saudável.

O "progresso" da humanidade, da forma que vem sendo conduzido, não traz garantias para a melhoria da qualidade de vida da população humana. A compreensão dos fatores que interferem na condição de saúde individual e coletiva, bem como o papel do

Estado e dos Municípios são fundamentais para instrumentalizar a população para atuar como agente de saúde, para a intervenção individual e coletiva no processo saúde/doença, e é neste contexto que a Educação em Saúde cumpre o seu papel.

Até a idade escolar a criança adquire no convívio familiar e nas suas relações pessoais hábitos positivos e negativos de saúde. Ao entrar na escola, esta deve assumir o papel de educar também para a saúde e de criar condições para que a educação em saúde se torne realidade, uma vez que o período escolar é muito frutífero para apreender conceitos para uma vida saudável.

A qualidade da merenda escolar, a limpeza do ambiente físico, o relacionamento entre as pessoas que convivem na escola, as atividades propostas, são aprendidas pelos alunos como valores, em seu dia a dia na escola.<sup>44</sup>

A Educação em Saúde só será efetiva quando puder suscitar a necessidade de mudar os fatores que impedem os alunos de terem uma vida saudável. Para atingir esse objetivo a formação de valores e atitudes constitui a medida fundamental para a educação em saúde.

Educar em Saúde é um processo que difere do ato de ensinar ciências e biologia, (como sinônimo de transmissão isolada de conceitos e conhecimentos) na medida em que esta última valoriza apenas os conceitos básicos de anatomia, fisiologia e patologia como meios para a compreensão das ações de promoção e proteção à saúde. Nessa concepção, os conteúdos do tema ensinado ( por exemplo: saúde, meio ambiente, ecologia e outros) não serão suficientemente contemplados ficando restritos à uma única área.<sup>44</sup>

## **1- A SAÚDE ESCOLAR**

As propostas de Saúde do Escolar apresentam-se, ao longo da história, sob diferentes denominações; expressando conceitos particulares. De acordo com Silva<sup>70</sup> expressões como "Higiene Escolar e Medicina Escolar", por exemplo, apareceram durante muito tempo ligadas às ações normativas de saúde, informando a necessidade de uma especialidade médica, pressupondo, portanto, um profissional especializado para atuar nessa área.

### **1.1. A fase higienista**

No final do século XIV, introduziu-se no Brasil a Saúde Escolar, denominada Higiene Escolar, seguindo o modelo alemão de "Polícia Médica". Esse modelo propunha medidas de asseio e higiene dos escolares, com a finalidade de evitar que doenças contagiosas invadissem a escola, ameaçando o ambiente escolar com doenças e comportamentos sociais indesejáveis.

O programa "Higiene Escolar" visava promover a saúde a partir de intervenção, de técnicas e medidas inspecionistas, não levando em consideração os determinantes socioeconômico e culturais vigentes na conjuntura ao qual se impôs, ocultando conseqüentemente o papel que tais determinantes exercem na saúde da população.<sup>16, 70</sup>

Desta época, herdamos a pedagogia da saúde que até hoje exerce grande influência nos programas de saúde em geral. O discurso educativo higienista, ainda presente nos dias atuais, escamoteia as reais necessidades da população (tais como: saneamento básico, condições dignas de trabalho, transporte e lazer) e impõe uma política voltada apenas para o enquadramento das camadas populares, entendidas como marginais e culturalmente atrasadas.

São elaborados programas e campanhas que focalizam de forma isolada os problemas de saúde, como, por exemplo, as campanhas para a prevenção da hipertensão,

que geralmente se limitam a informar a população sobre o que é a patologia, as causas e os riscos, sem auxiliar o doente a estabelecer uma relação entre o seu modo de vida (intimamente ligado às condições de trabalho, moradia, lazer, amor, auto-imagem, entre outros) e a doença que se instalou em seu corpo.

Como forma de controle da doença é enfatizada a necessidade de mudança de hábitos que são considerados prejudiciais à sua saúde, através de uma postura adotada pelos profissionais, de completa "sapiência", dos "donos da verdade", dos "verdadeiros educadores", que repassam informações como uma forma de educação em saúde.

Fica claro diante disso tudo, que a meta a ser atingida deve ser a educação e não, simplesmente, a transmissão de informações. Explicar os conteúdos técnicos não basta, é preciso contribuir para que os indivíduos e os grupos possam examinar as bases sociais de suas vidas, isto é as suas condições de trabalho, de moradia, as alternativas de lazer no bairro em que moram, os problemas de agravos à saúde presentes no bairro, na fábrica, na escola e na comunidade.

## **1.2. A fase do "biologicismo"**

A partir dos anos 50, surgiram algumas propostas que representam um movimento no sentido da biologização de questões relacionadas à aprendizagem escolar, bem como no modo de tratar a saúde.

É nesse contexto que, nas décadas seguintes, tomaram vulto as discussões em torno da desnutrição infantil e dos programas de merenda escolar, dos distúrbios neurológicos e dos programas de triagens neurológicas, auditivas e visuais enquanto tarefas da saúde escolar.

Supunha-se que o baixo rendimento escolar do aluno estivesse intimamente, senão exclusivamente, relacionado ao estado nutricional ou à capacidade mental do indivíduo, sugerindo então os "diagnósticos patológicos", atribuídos aos "distúrbios de aprendizagem"

e a "disfunção cerebral", que resultaram na proliferação de especialistas da área da saúde, enquanto agentes "convocados" para fornecer explicações sobre o fenômeno do insucesso escolar.<sup>72</sup>

Na década de 70, a saúde escolar foi também chamada de medicina escolar. A prioridade eram os exames físicos de massa, através do "registro de saúde". O exame clínico era obrigatório para o ingresso do aluno na escola, estando previstas revisões periódicas durante o ano letivo. Para Silva<sup>72</sup> tal medida mostrou-se ineficaz porque o aumento de profissionais e unidades de saúde não foi proporcional ao aumento expressivo de alunos, e também porque o simples ato de examinar as crianças não garante melhoria no estado geral de saúde dos alunos.

Face à crescente demanda pelo exame clínico e à insuficiência dos serviços de saúde, passou-se a centrar o atendimento de saúde naqueles alunos com supostos "*déficits* de aprendizagem" ou "distúrbios de comportamento". O objetivo era promover sua avaliação do ponto de vista biológico, encaminhando-os aos especialistas que os atendiam, especificamente, de acordo com suas especialidades, de uma forma desvinculada do todo, perdendo a visão global da criança.

Entre as décadas de 70 e 80, a saúde escolar teve, em muitos lugares sua gerência retirada do âmbito da Educação (em São Paulo, maior centro de saúde escolar do país, isso só aconteceu no final dos anos 80), sendo levada para a área da saúde. Para Silva<sup>72</sup> o que poderia ter sido um marco no desenvolvimento histórico da saúde do escolar, a partir da definição de papéis dessas duas áreas - à Saúde a competência da saúde e à Educação a competência da educação - infelizmente não ocorreu. Não houve, mais especificamente, na área de Saúde uma reflexão crítica que corroborasse o desenvolvimento de uma efetiva política de Saúde.

Se na visão higienista era a pobreza, a miséria das crianças das camadas populares baixas, que não lhes permitia ter boas condições de higiene e asseio e, portanto, não lhes possibilitava uma boa saúde; agora, na perspectiva da medicina escolar, os alunos não eram



capazes de aprender ou de ter um bom rendimento escolar, devido a fatores orgânicos e biológicos. Assim, por causa desse enfoque que se concretizou o encaminhamento dos alunos às unidades de saúde, na tentativa de justificar o insucesso escolar, enquanto patologia orgânica.

Nos anos 80 então, como já foi citado, emergiu a concepção de saúde escolar enquanto competência da esfera de saúde. Nesse sentido, suas ações deveriam ser desenvolvidas através da rede de saúde e, em especial, no âmbito de suas unidades. Isto não significava que a atuação do sistema de saúde deveria estar restrita aos muros de suas unidades, pois as ações coletivas de saúde, por exemplo, poderiam contemplar a promoção, prevenção e a conquista da saúde em outros espaços institucionais, isto é, nas creches, pré-escolas, escolas e outros espaços da própria comunidade (como organizações e associações de moradores).<sup>72</sup>

O programa de saúde escolar, tendo em vista os princípios do SUS, propunha que:

- 1º) as ações de saúde escolar deveriam integrar uma rede regionalizada, hierarquizada e organizada dentro do grau de complexidade dos serviços de saúde a serem prestados, tornando, portanto, a UBS (Unidade Básica de Saúde) a porta de entrada para a assistência à criança e adolescente em idade escolar. O atendimento deveria valer-se do princípio da referência ( do serviço de menor complexidade para o de maior complexidade);
- 2º) a descentralização das atividades do programa deveria garantir uma relação de referências de cada instituição educacional, creche, pré- escola ou escola com área de abrangência de uma UBS, de modo que as questões de saúde de cada escola fossem enfrentadas em conjunto com sua UBS de referência;
- 3º) o atendimento à saúde, ao priorizar as atividades preventivas, deveria garantir também os serviços assistenciais a partir das unidades de saúde de referência, via Programa de Saúde da Criança e Programa de Saúde do Adolescente;

- 4º) as atividades preventivas deveriam se desenvolver por meio das ações coletivas de saúde, que constituíam o cerne da relação entre a Educação e a Saúde, e realizadas no âmbito da própria unidade de saúde ou no âmbito de outras instituições, ou ainda nos espaços comunitários, pois a conquista da saúde não deveria estar restrita às instalações físicas e suas unidades, mas deveria transpor seus muros, com participação circunscrita a seu espaço ou à área de abrangência e sob a sua responsabilidade;
  
- 5º) a participação da população, traçada como diretriz do SUS, deveria ser, de fato, assumida pelo Programa de Saúde Escolar. Assim, para além da ampliação do objeto de ação do Programa de Saúde do Escolar para a criança em idade escolar, a criança e o adolescente (escolar ou não) passariam a ser considerados como sujeitos do Programa de Saúde do Escolar, capazes de discutir e participar do planejamento das ações programadas para garantir sua saúde.<sup>72</sup>

De acordo com as propostas de integração de saúde e educação o Programa de Saúde Escolar, como ação de saúde, deveria ser direcionado por uma política de saúde única para o atendimento das reais necessidades da população.

Destas propostas, como já foi dito anteriormente, muito pouco chegou a ser viabilizado embora tentativas isoladas tenham ocorrido e continuam ocorrendo nesse sentido.

O desafio da nova era de informações globais, a complexidade de integrar o novo ao usual, somada à necessidade de completar a educação com o ensino de “habilidades para a vida”, têm gerado amplo consenso entre os especialistas, os professores, a família e a comunidade, em torno da urgência de fortalecer e transformar a escola. Os programas de saúde escolar, de larga tradição, se encontram igualmente diante da perspectiva da troca e da superação de suas estratégias.<sup>48</sup>

## **2- A ESCOLA PROMOTORA DA SAÚDE**

### **2.1. A Saúde na "Nova" Escola**

Conforme dito anteriormente, a visão higienista impunha à pobreza a "culpa" pela falta de saúde. Já na perspectiva da medicina escolar, as crianças não se desenvolviam devido a fatores orgânicos e biológicos. O Programa de Saúde Escolar proposto a partir do SUS teve muitas dificuldades em ser implantado. A Escola Promotora da Saúde veio trazer uma nova visão para a área, considerando que o desenvolvimento do escolar está ligado às condições ambientais, de convivência com a família e com a sociedade em geral, de alimentação e nutrição adequadas, às oportunidades de aprendizagem de habilidades, de construção de conhecimentos e de acesso à recreação e às condições de segurança que lhes são oferecidas.

Com a iniciativa das “Escolas Promotoras da Saúde”, que ganhou forças nos anos 90, pretendeu-se superar o modelo, pelo qual se tem considerado, das escolas passivas e realizadoras das ações de saúde, oferecendo-lhes e demandando-lhes agora um papel ativo e dinamizador. A escola tem um papel privilegiado no que diz respeito à criação de oportunidades que favoreçam as iniciativas para educação em saúde.<sup>48</sup>

Para Pelicioni e Torres<sup>55</sup> "a escola Promotora da Saúde não pode ser vista apenas como um sistema muito eficiente para produzir educação, mas, como uma comunidade humana que se preocupa com a saúde de todos os seus membros: professores, alunos e pessoal não docente, assim como todas aquelas pessoas que se relacionam com a comunidade escolar"(p.3).

Muitas vezes é difícil definir quando, como e porquê uma escola se torna promotora da saúde. No entanto, sabe-se que de um modo ou de outro, todas as escolas são um pouco promotoras da saúde, mas também, algumas são capazes de aproveitar melhor suas oportunidades de influenciar favoravelmente a vida dos jovens e de suas famílias, abrindo o

espaço escolar para a participação e a colaboração dos líderes comunitários, funcionários, docentes, pessoal da saúde, pais e alunos, e também do setor privado. Assim, a promoção da saúde na escola constitui-se um valor extraordinário.<sup>48</sup>

De acordo com o conceito ampliado de educação no âmbito escolar, esta visa, além do conhecimento de matérias como parte do ensino formal (ensino da matemática, da história, das ciências, entre outras), o aprendizado de elementos com base nos valores positivos e apoiados nas vivências e nas práticas escolares. Tem como objetivo transformar cada criança em cidadão participante da sociedade em que vive, consciente de que a qualidade de vida é fator predominante para a obtenção da saúde, o que reforça a importância de introduzir a escola como promotora da saúde na infância e na adolescência.

Segundo a Organização Panamericana da Saúde, "a promoção da saúde na escola faz parte de uma visão integral do ser humano, que considera as pessoas, em especial as crianças e os adolescentes, dentro de seu entorno familiar, comunitário e social. As escolas que contam com um edifício seguro e confortável, com água potável e instalações sanitárias adequadas e uma atmosfera psicológica positiva para a aprendizagem, que fomentam o desenvolvimento humano saudável e as relações humanas construtivas e harmoniosas, que promovem as atitudes positivas em direção à saúde são consideradas "Escolas Promotoras da Saúde."<sup>48</sup>

## **2.2. Estratégias para as escolas transformarem-se em promotoras da saúde**

"Uma Escola Promotora da Saúde pode ser caracterizada por ser uma escola que constantemente fortalece sua capacidade de representar um ambiente saudável para se viver, aprender e trabalhar"<sup>55</sup>(p.10). Assim sendo, as Escolas Promotoras da Saúde têm como principais características<sup>55</sup>:

- a realização de um conjunto de ações voltadas para a promoção e educação em saúde, visando proteger e melhorar a saúde e o bem estar de todos os que convivem na escola;
- o planejamento, desenvolvimento e valorização no currículo formal de programas de prevenção, educação e promoção da saúde: incentivando o respeito mútuo, a auto-estima, o conhecimento do corpo pelo aluno e a observação sistematizada do escolar pelos professores, a preservação do patrimônio, o cuidado e a manutenção do meio ambiente dentro e fora da escola;
- o incentivo e valorização da participação dos pais e da comunidade do entorno escolar em programas e projetos de saúde desenvolvidos em conjunto com as crianças e os professores;
- a atenção aos conteúdos dos programas para que sejam desenvolvidos de forma dinâmica e estimulante, permitindo que os alunos adquiram valores que perpetuarão para o resto de suas vidas;
- a atenção ao ambiente físico, mantendo-o seguro e confortável, com água potável, condições higiênicas e sanitárias e de iluminação adequadas;
- o combate aos desperdícios de qualquer natureza;
- o incentivo, a formação e o favorecimento da atualização do corpo docente.

A Escola Promotora da Saúde objetiva, portanto<sup>55</sup>,

- a) melhorar a saúde de todos que convivem na escola;
- b) prevenir as enfermidades;
- c) contribuir com a manutenção de um ambiente ecologicamente sustentável;
- d) promover a auto-estima;
- e) reduzir gastos e,
- f) avaliar a eficácia de suas ações.

As atividades da escola promotora da saúde devem estar norteadas para a construção de conhecimentos e desenvolvimento de destrezas que capacitem os alunos para a prevenção de doenças e agravos à saúde, evitando comportamentos de risco, bem como preparando-os para cuidar de sua própria saúde. Devem também, servir para formar jovens e crianças com espírito crítico, capazes de refletir sobre a situação social na qual estão inseridos, seus valores e os modos de vida que favorecem ou colocam em risco a saúde e o desenvolvimento humano.

O processo de incorporação dos conhecimentos, que é um dos elementos chave para a tomada de decisões racionais e efetivas sobre a saúde, ocorrerá à medida que o aluno vivencie e encontre um solução para cada problema apresentado. Para Pelicioni e Torres<sup>55</sup> a informação é essencial, mas isolada da promoção de aprendizagem adequada não leva as pessoas a adotarem estilos de vida saudáveis ou modificar condutas que levam à doença. Segundo os autores "uma consequência prática da Educação em Saúde é que quando a aprendizagem funciona, a pessoa se responsabiliza por seu estilo de vida"<sup>55</sup>. (p. 6)

Para viver com qualidade, e conseqüentemente ter saúde, é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui a manutenção do equilíbrio perante a ocorrência de doenças fugazes, bem como das doenças crônicas e causas externas que geram danos à saúde. Esta tarefa deve ser realizada não apenas nas escolas, mas nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem efetuar-se por meio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

A saúde trabalhada dentro da escola com este enfoque facilita a integração com a comunidade do entorno escolar. Escola e comunidade juntas somarão esforços com um único objetivo: melhorar a qualidade de vida e a saúde de todos, não só das crianças e jovens. A relação entre as escolas e a comunidade gera um potencial para

desenvolver mais ações de promoção de saúde, primeiramente na própria comunidade da qual fazem parte estendendo-se então, à cidade, ao estado e ao país.

A pobreza exerce uma poderosa influência sobre o estado de saúde das crianças e dos adolescentes. Seus efeitos devem ser levados em conta, uma vez que se manifestam no período escolar, sob a forma de dificuldades de aprendizagem, baixo rendimento escolar, repetência, absenteísmo, elevada taxa de desistência, nutrição inadequada, como também pelas dificuldades psicológicas e emocionais e enfermidades crônicas. É preciso considerar que a família tem um papel fundamental na educação das crianças, porém, a escola deve atuar sobre as deficiências em parceria com a família e o setor público a fim de colocar em prática estratégias comuns.

Sendo assim é preciso considerar que a busca da equidade é um dos maiores desafios que os sistemas de saúde e educação vigentes enfrentam na atualidade.

As escolas são um centro importante de ensino-aprendizagem, convivência, crescimento e de formação de valores vitais fundamentais, constituindo, portanto, o lugar ideal para a aplicação de programas de promoção da saúde.

Muitas experiências<sup>48,49</sup> têm demonstrado que as escolas reforçam as relações entre alunos e professores quando oferecem um ambiente físico e emocional favorável, tornando-se ferramentas poderosas no processo de ensino-aprendizagem, ao superar as condições adversas.

Nas idades pré-escolar e escolar as crianças adquirem as bases do comportamento e dos conhecimentos, assim como seu sentido de responsabilidade e a capacidade de observar, pensar e atuar. As escolas promotoras da saúde são, pois, ambientes ideais para criar nessas crianças a consciência da importância da saúde física e mental e formar valores fundamentais, dentre os quais, o ensino da

convivência harmônica e o respeito pelos valores e formas de vida distintas deles próprios, incluindo o respeito aos "diferentes".

É preciso proporcionar a discussão das semelhanças (por sermos todos de uma mesma espécie, a humana) e das diferenças (que ocorrem por estarmos em espaços com recursos naturais diferentes e fazermos parte de grupos distintos, de culturas diferentes que lidam a seu modo com a realidade), da "igualdade na diferença" e da "diferença na igualdade"<sup>82</sup>. Criar a oportunidade de vivenciar a fraternidade, o coleguismo, o respeito e o amor à criança especial e ao próximo.

A promoção da auto-estima também deve ser uma estratégia para capacitar as crianças para uma vida adulta mais feliz, proporcionando a elas jogos e tarefas que fomentem o desenvolvimento humano saudável com estímulo à competição sadia e ao estabelecimento de relações harmoniosas e construtivas. O desenvolvimento de projetos que incentivem a atividade física, os trabalhos manuais e de artes e a música também poderão contribuir para a gerar oportunidades de realização pessoal.

Esse novo modelo educativo deve alcançar a todos, sem distinção de raça, sexo, capacidade física e mental, situação econômica ou localização geográfica, procurando reduzir as desigualdades de acesso que comumente se observam. Cada escola é uma combinação particular de elementos físicos, culturais, emocionais e sociais que lhe outorgam um caráter especial e que definem o processo de ensino-aprendizagem determinando a qualidade da educação que oferece.

A função das Escolas Promotoras da Saúde não se limita aos aspectos preventivos; mas, também, deve estabelecer quando necessário o tratamento e recuperação de agravos e um sistema de referência às instituições.



Objetivando contribuir com as escolas, para que atinjam as metas de uma Escola Promotora da Saúde para conquistarem um ambiente físico seguro, limpo e estruturalmente apoiado, com uma atmosfera psicossocial harmônica, sem competitividade excessiva e desnecessária, sem agressões ou violências de qualquer natureza, com ações positivas que contribuam para o desenvolvimento da convivência social fraterna e solidária, que estimulem o bem estar e a produtividade dos alunos e funcionários das escolas e também por concordar com tudo o que foi exposto pelos autores referenciados é que decidiu-se desenvolver uma investigação sobre os conhecimentos, percepções e práticas dos professores de Vargem Grande Paulista sobre os temas Educação, Saúde, Meio Ambiente (projeto que foi desenvolvido em conjunto com uma educadora de saúde pública, mestranda da Faculdade de Saúde Pública da USP).

## 1. Uma Breve História da Cidade

Pouca literatura tem sido produzida sobre a história da cidade, entretanto, no final do ano de 1999, a professora Vânia Carvalho de Araújo lançou o livro *"Vargem Grande Paulista: das marcas do passado às conquistas do presente"*<sup>1</sup> contendo rico acervo de fatos históricos sobre a cidade e sua gente. Esta foi então a principal fonte bibliográfica consultada para o presente trabalho.

O nome da cidade, ao longo de sua história, foi alterado quatro vezes. Primeiro chamava-se Vila de Vargem Grande, posteriormente Bairro de Vargem Grande, depois, em 1963, Distrito de Raposo Tavares e finalmente, após muitas reuniões e tentativas do conselho formado em prol da sua emancipação, em **23 de dezembro de 1981**, foi promulgada a Lei que oficialmente desmembrou o Distrito de Raposo Tavares do Município de Cotia, criando o ***Município de Vargem Grande Paulista***.

Vargem Grande Paulista está localizada à 45 Km, a oeste, do centro São Paulo, às margens das Rodovias Raposo Tavares e Bunjiro Nakao (antiga Bandeirantes- SP 250), tendo como fronteiras os Municípios de Itapevi, Cotia e São Roque, ocupando uma extensão territorial de 37 Km<sup>2</sup> e altitude de 930 metros acima do nível do mar<sup>1</sup>.

O crescimento populacional de Vargem Grande Paulista vem se mostrando bastante acentuado e segundo Araujo<sup>1</sup>, no final do ano 2000 a população atingirá 35.000 habitantes.

O quadro 2 mostra o crescimento da população vargemgrandense no período de 10 anos.

**Quadro 2 - Número de habitantes de Vargem Grande Paulista, em uma década.**

<b>Ano</b>	1985	1988	1992	1994	1995	1995
<b>População</b>	12.127	13.825	17.716	21.978	24.112	26.455

Segundo Westphal<sup>85</sup> a evolução urbana de Vargem Grande Paulista está estreitamente relacionada ao crescimento urbano da cidade de São Paulo, principalmente após o asfaltamento, em 1953, e posterior alargamento das pistas da Rodovia Raposo Tavares, em 1990.

A ocupação da cidade difere muito de municípios vizinhos, onde o desenvolvimento foi basicamente industrial. O crescimento populacional deveu-se em parte à "fuga" da população de alto poder aquisitivo da cidade de São Paulo, no intuito de distanciar-se da poluição sonora e ambiental da cidade e, em parte, por um contingente de trabalhadores de baixa renda que foram atraídos pelo baixo custo na aquisição de terras, o que deu origem a paisagem cheia de contrastes.<sup>85</sup>

A história de Vargem Grande Paulista desenrolou-se ao longo de muitos anos, atrelada à do Município de Cotia. No século XVIII, ambos iniciaram seu desenvolvimento com o trabalho dos jesuítas que com o objetivo de organizar "postos avançados de catequese" formavam núcleos de povoados ao longo dos caminhos que percorriam<sup>85</sup>.

Conta a história que desde a época do Reinado, Vargem Grande já era famosa porque localizava-se em um ponto estratégico para passagem e estadia de tropas que levavam suas mercadorias, em carros de boi, para vender no então longínquo mercado de Pinheiros da cidade de São Paulo; e também por suas belezas naturais e riquezas da terra, abundantes na fauna e na flora. Os moradores mais antigos dizem que seus avós relatavam histórias de D. Pedro I, que costumava caçar pacas e cervos, abundantes naquela região, e depois descansava, juntamente com sua tropa, num antigo casarão que existia na Estrada da Lagoa<sup>1</sup>.

Os japoneses tiveram papel importante no desenvolvimento da cidade. A região de agrícola de Cotia atraiu muitos deles, que chegaram no Brasil, no início do século, com o desejo de cultivar a terra. E em 1929, se instalaram em Vargem Grande e iniciaram primeiramente o cultivo da batata, passando logo a seguir ao do feijão e das verduras.

Em pouco tempo a colônia japonesa se expandiu, em 1933 inaugurou um armazém que tinha por finalidade atender às necessidade dos agricultores japoneses e posteriormente, em 1935, com a filiação dos agricultores à Cooperativa Agrícola de Cotia, esse passou a se chamar Deposito Regional da Cooperativa Agrícola de Cotia, que não tardou a comercializar frango, mandioquinha, repolho e alcachofra.

Além da importante atividade agrícola a cidade também se destacou no país, a partir de 1939, pela criação de cavalos. Até 1975, as atividades do Haras Jahú teve grande desempenho chegando a obter no Brasil o primeiro lugar em criação de cavalos. Também conquistou importantes títulos em muitas competições nacionais e estrangeiras com seus cavalos.

O número crescente de crianças da cidade em idade escolar fez surgir a necessidade de uma escola, e em 4 novembro de 1934 foi inaugurada a 1ª escola primária japonesa de Vargem Grande Paulista. Em 1936, foi contratada uma professora para lecionar para crianças da 1ª a 3ª série, em classe mista. Nasceu então a "Escola Mista Rural de Vargem Grande", a primeira escola da cidade<sup>1</sup>.

A partir de então, o número de escolas da cidade tem aumentado bastante, conforme pode-se verificar pelo quadro 3.

### **Quadro 3- Distribuição de alunos, professores e escolas de Vargem Grande Paulista.**

Ano	Nº de Escolas			Nº de Alunos			Nº de Professores		
	Ensino	Ensino	Total	Ensino	Ensino	Total	Ensino	Ensino	Total
	Infantil	Fundamental		Infantil	Fundamental		Infantil	Fundamental	
<b>1983</b>	1	0	<b>1</b>	120	0	<b>120</b>	4	0	<b>4</b>
<b>1998</b>	10	7	<b>17</b>	1.141	706	<b>1.847</b>	39	31	<b>70</b>
<b>1999</b>	10	8	<b>18</b>	1.232	1.553	<b>2.785</b>	43	50	<b>93</b>

\* Foram incluídas na contagem as crianças de creche, pois de acordo com a Lei de Diretrizes e Bases nº. 9394/96 pertencem ao Ensino Básico. Dados fornecidos pela Secretaria Municipal da Educação de Vargem Grande Paulista

O crescente aumento do número de professores, escolas e conseqüentemente de alunos matriculados na rede municipal vem exigindo maior atenção das autoridades de

ensino do Município, quanto ao preparo dos professores da rede para a observação das crianças, do ambiente físico e psicológico da escola, com vistas à prevenção de riscos de acidentes e agravos dos problemas de saúde física e mental dos escolares e à promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida de professores, alunos e comunidade, a fim de transformá-la numa escola promotora da saúde.

A Promoção da Saúde na escola é o processo que vai possibilitar a cada população avaliar a qualidade de vida que lhe é oferecida, atuar sobre ela para conseguir cada vez mais saúde.<sup>48</sup>

## **2. A presença da Faculdade de Saúde Pública**

Há aproximadamente 10 anos, a Faculdade de Saúde Pública tem estado presente na cidade de Vargem Grande Paulista, atuando junto aos moradores e aos profissionais de saúde na realização de projetos e pesquisas. O reconhecimento de que todos os segmentos da população têm o direito às informações necessárias para poder tomar decisões e colaborar na avaliação de programas de saúde, é que tem motivado o contínuo envolvimento e participação da Faculdade nesses projetos.

Em 1991, foi criado o Conselho Municipal de Saúde de Vargem Grande Paulista com a participação estratégica dos docentes da Faculdade de Saúde Pública, que teve como uma de suas responsabilidades elaborar o Plano Municipal de Saúde a partir do conhecimento da situação de saúde da população local. Surgiu assim a idéia de realizar um auto-censo, isto é, uma pesquisa participante baseada nas experiências e conhecimentos da população. Westphal<sup>89</sup> afirma que "o auto-censo nasceu da urgente necessidade de desenvolver experiências metodológicas que permitissem que a população pudesse se apropriar das informações sobre suas necessidades e deixar o papel tradicional de demandador de soluções para assumir o papel de gerente e responsável pela solução de seus problemas em seus próprios espaços de ação". (p.15)

## **3- Vargem Grande Paulista e o Movimento de Cidade/ Município Saudável.**

Como parte das ações que vinham sendo desenvolvidas, em 1997, os docentes da Faculdade de Saúde Pública junto com os profissionais da Secretaria de Saúde de Vargem Grande Paulista e da Direção Regional de Saúde, DIR, do Estado de São Paulo, realizaram o 1º Fórum das Cidades Saudáveis do Município de São Paulo, que teve, entre outros, o objetivo de apresentar a experiência da cidade de Vargem Grande Paulista no desenvolvimento de projetos que visavam atingir as metas propostas pelo movimento mundial "Cidade Saudável" incentivado pela Organização Mundial da Saúde.

Segundo Mendes<sup>41</sup>, "a cidade saudável é aquela em que todos os atores sociais em situação, governo, organizações não governamentais, famílias e indivíduos, orientam suas ações para transformar a cidade em um espaço de produção social e saúde."(p.259)

Em 1985, a Oficina Regional da OMS para a Europa propôs um plano de fomento para a saúde que se tornaria conhecida como projeto de "cidades saudáveis". A intenção era planejar mecanismos para aplicar os princípios e estratégias de saúde para todos através de ações locais. No trabalho pelas "cidades saudáveis" considera-se que a saúde pode melhorar quando modificam-se o entorno físico e os determinantes sociais e econômicos da saúde.

O movimento de "cidade saudável" preocupa-se com a qualidade de vida da população; e para a concretização das ações propostas necessita da implementação de políticas públicas que estejam voltadas para este fim, e como componente essencial à realização destas da participação popular.

Dado que "Cidade Saudável" refere-se à área urbana e "Município Saudável" à área rural, optou-se por utilizar esse conceito em Vargem Grande Paulista.

O reconhecimento da importância dos projetos apresentados nesse evento fez com que a Secretaria da Educação de Vargem Grande Paulista solicitasse, ainda no ano de 1997, o apoio da Faculdade de Saúde Pública para desenvolver ações de Educação Ambiental e Educação em Saúde, junto às escolas municipais da cidade, implementando esses temas nos

currículos do ensino infantil e fundamental, de forma transversal, conforme preconizado pelos Parâmetros Curriculares Nacionais.

Tendo os docentes da Faculdade de Saúde Pública aceito o desafio de trabalhar com as escolas da Secretaria Municipal da Educação, da referida cidade, na realização de um projeto para transformá-las em Promotoras da Saúde, foram convidadas duas alunas do curso de mestrado para participarem, uma das quais é autora desse trabalho.

Decidiu-se, então, atuar simultaneamente e de forma integrada nas áreas de Educação em Saúde e Educação Ambiental, tendo sido divididos esses temas, apenas para efeito didático, no relato das dissertações.

Cinco escolas-pólo, uma de cada região da cidade foram selecionadas pela Secretaria da Educação e seus professores convidados a participarem no desenvolvimento do projeto, cujo objetivos estão descritos a seguir.

## **OBJETIVOS GERAIS E ESPECÍFICOS**

**1º** - Realizar diagnóstico entre os professores do ensino infantil e fundamental de 5 escolas municipais de Vargem Grande Paulista para identificar e conhecer:

- a) a percepção dos professores sobre o processo saúde/doença e suas determinações sociais, econômicas e ambientais;
- b) a percepção do papel dos professores em relação à situação de saúde dos alunos;
- c) a prática dos professores em relação à educação em saúde na escola;
- d) o conhecimento prévio dos professores para a observação, detecção e encaminhamento de problemas relacionados à saúde;
- e) o interesse e necessidade dos professores em capacitação nos temas relacionados à educação em saúde.

**2º**- Formular e implementar um processo de educação continuada com professores das escolas municipais de Vargem Grande Paulista, tendo como base o diagnóstico realizado, dando oportunidade para que:

- a) revejam a sua concepção sobre o processo saúde/doença;
- b) identifiquem os fatores e condições de riscos à saúde das crianças e agravos prevalentes nessa faixa etária;



- c) reconheçam o seu papel de agentes promotores da saúde na formação e educação em saúde das crianças do ensino infantil e fundamental e adotem novas estratégias de trabalho;
- d) desenvolvam ações e projetos promotores da saúde dentro do ambiente escolar.

**3º-** Avaliar os resultados obtidos a partir dos objetivos específicos propostos e o processo de desenvolvimento do programa educativo com os professores.

## 1- A ESCOLHA DO MÉTODO

O reconhecimento de que todos os segmentos da população têm o direito ao acesso e às informações necessárias para poder participar da tomada de decisão e da avaliação de programas de saúde, tem levado os profissionais de saúde a buscar novas estratégias de atuação.<sup>85</sup>

As divergências entre o que os profissionais de saúde julgam que a população "precisa" saber e o que os grupos consideram realmente importante são, freqüentemente, percebidas nas suas relações cotidianas.

A busca do entendimento dos comportamentos de saúde e da compreensão da doença pela população se faz cada vez mais necessária e essencial para o desenvolvimento de ações de educação em saúde e de prevenção de riscos e agravos à saúde, evitando ações e intervenções baseadas somente no enfoque biomédico, que têm se mostrado pouco efetivas do ponto de vista de resolutividade dos problemas da população.

Segundo Gilbert<sup>31</sup>, a percepção e o entendimento do significado e da importância dos fatos para uma determinada população, num determinado contexto, é fator essencial para atuar na modificação de comportamentos. É necessário saber que grande parte desse contexto comportamental faz parte do aprendizado sócio-cultural e somente pequena parte é de cunho pessoal.

O emprego de metodologia científica de pesquisa que permita, ao mesmo tempo, uma aproximação da população e a compreensão dos símbolos, dos significados e significantes que esta utiliza na apreensão da realidade, vêm se mostrando cada vez mais útil na tentativa de elaborar programas que influenciem positivamente as populações que se deseja atingir.

É preciso conhecer as necessidades e os desejos da população com a qual se pretende trabalhar. Assim, para a identificação dos problemas, neste estudo, procedeu-se à

elaboração de um diagnóstico situacional, processo essencial para o desenvolvimento de um programa de educação em saúde na escola.

Para Thiollent<sup>80</sup> a fase exploratória de uma pesquisa consiste em descobrir "o campo, os interessados e suas expectativas e estabelecer um primeiro levantamento (ou diagnóstico) da situação, dos problemas prioritários e de eventuais ações".

Segundo Iervolino e Pelicioni<sup>35</sup> "a pesquisa em saúde, nas duas últimas décadas, tem revelado que grande parte das investigações diagnósticas e avaliativas de programas de saúde, têm sido acompanhadas com muita frequência por estudos qualitativos, embora utilizem também modelos quantitativos experimentais e quase- experimentais de pesquisa. Os procedimentos qualitativos têm sido utilizados quando o objetivo do investigador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, idéia ou evento; como definem um problema e quais opiniões, sentimentos e significados encontram-se associados a determinados fenômenos."

## 2 - A POPULAÇÃO DO ESTUDO

Foram escolhidas para o desenvolvimento do presente trabalho cinco escolas de cinco diferentes regiões geopolíticas, distribuídas geograficamente de forma a representar toda a cidade, denominadas "*Escolas-pólo*".

Assim, determinou-se que participariam 4 professores por escola, num total de 20, dos dois períodos (manhã e tarde), das seguintes escolas: EMEI Annita Carmelita de Moraes e das EMEIEF Flor de Lis, Brinco de Princesa, Sabiá Laranjeira e João de Barro, localizadas respectivamente nos bairros: Centro, Tijuco Preto, Parque do Agreste, Capela de São Pedro e Lagoa (cujos alunos foram transferidos, no 2º semestre de 1998, devido às condições do prédio, para a Escola Benedito Rocha no Bairro de Ruth Maria, na mesma região).

O quadro 4 permite visualizar melhor a distribuição dos professores por escola e por período durante as duas fases desse estudo.

**Quadro 4 - Distribuição dos professores das escolas-pólo, segundo o período que lecionavam nas 2 fases do Estudo.**

1ª fase da coleta de dados			2ª fase da coleta de dados		
Escola	Nº. de professores por período que leciona		Escola	Nº. de professores por período que leciona	
	Manhã	Tarde		Manhã	Tarde
E.M.E.I.F. "Flor de Lis"	2	2	E.M.E.I.F. "Flor de Lis"	2	2
E.M.E.I.F. "Brinco de Princesa"	3	2	E.M.E.I. e F. "Brinco de Princesa"	3	2
EMEI F "Annita Carmelina de Morães"	3	3	EMEI e EF "Annita Carmelina de Morães"	1	3
EMEI F "Sabiá Laranjeira"	1	2	EMEI F "Sabiá Laranjeira"	1	0
EMEI e EF "João de Barro"	1	1	EMEF "Benedito Rocha"	0	4
Sub Total	10	10		7	11
<b>TOTAL GERAL</b>	<b>20</b>			<b>18</b>	

Cabe ressaltar que 2 professores participantes deixaram de lecionar na Rede Municipal de Ensino logo após a coleta de dados da 1ª fase .

## **3 - A COLETA DE DADOS**

### **3.1.Avaliação Diagnóstica**

Para a execução desta investigação, utilizou-se a combinação de dois recursos metodológicos: um questionário semi-estruturado, que inclui perguntas abertas e fechadas e a técnica de entrevista grupal, denominada grupo focal.

Tanto na 1ª fase, de diagnóstico situacional, quanto na 2ª fase, de avaliação do impacto das ações, foram utilizados os mesmos instrumentos metodológicos, bem como os mesmos procedimentos para a coleta dos dados.

Os questionários foram elaborados de forma semi-estruturada, contendo perguntas abertas e fechadas e entregues aos professores que os responderam na presença do pesquisador, garantindo assim a devolução imediata após o término dos mesmos. Os questionários continham questões que objetivavam conhecer as percepções e as práticas dos professores sobre Saúde e Educação em Saúde, o reconhecimento de situações e fatores de riscos de acidentes na escola e de agravos de saúde, entre outros, como pode ser visto no modelo em anexo 1.

De acordo com Gil<sup>30</sup> "o questionário constitui hoje uma das mais importantes técnicas disponíveis para a obtenção de dados nas pesquisas". (p.124) Pode ser definido como uma técnica de investigação que tem como finalidade o conhecimento de opiniões, valorizações, interesses, expectativas e situações vivenciadas por determinado grupo de pessoas ou população.

Muito embora o questionário seja considerado, por alguns pesquisadores, como um instrumento fundamentalmente positivista, ele também pode se tornar um instrumento muito valioso e complementar nas pesquisas qualitativas, para que se possa avaliar e compreender o que a população pensa de determinadas situações. O instrumento planejado para o levantamento dos dados é entregue ao pesquisado, que

pode responder no momento do recebimento ou posteriormente, conforme acordo estabelecido entre ambos (pesquisador e pesquisado).

O questionário apresenta algumas vantagens e desvantagens. Das vantagens podemos destacar a possibilidade de atingir grande número de pessoas ao mesmo tempo; a garantia do anonimato das respostas e a possibilidade das pessoas responderem no horário de sua escolha. Das desvantagens, podemos ressaltar a exclusão da pesquisa de pessoas analfabetas e também a demora ou falta de devolução do instrumento respondido.

Para aprofundar, esclarecer e completar as informações obtidas nos questionários, foi utilizada a metodologia qualitativa de entrevista grupal denominada "*grupo focal*". O grupo focal inclui procedimentos que visam a compreensão das experiências do grupo participante, partindo do seu próprio ponto de vista. É desenvolvida em reunião com grupos de 6 a 15 pessoas, escolhidas de acordo com critérios pré-estabelecidos, e com vistas aos objetivos que se pretende alcançar. Fazem parte também do grupo, 3 (três) "técnicos", desempenham as funções de moderador (geralmente o pesquisador), observador e relator. Devem participar do grupo focal pessoas que tenham características em comum e de interesse para a pesquisa.<sup>31,85,88</sup>

O grupo focal é uma técnica de pesquisa que utiliza sessões grupais, como um dos fóruns facilitadores da expressão ou das percepções, crenças, valores e atitudes sobre questões específicas.

Como técnica de pesquisa qualitativa, o grupo focal obtém dados a partir de reuniões em grupo, com pessoas que representam o objeto de estudo. O grupo focal tem sido utilizado internacionalmente para a estruturação de ações diagnósticas e levantamento de problemas, para elaboração de atividades educativas, como objeto de promoção em saúde e meio ambiente, podendo servir também para a revisão do processo de ensino-aprendizagem. Relativamente simples e rápido, o grupo focal parece responder a contento à

nova tendência da educação em saúde, que tem se deslocado da perspectiva do indivíduo para a do grupo social e da educação calcada em conteúdos e abordagens universais, para a educação centrada na perspectiva cultural de seus possíveis beneficiários.<sup>31,89</sup>

Para a realização da técnica de grupo focal estabeleceu-se um roteiro de discussão (anexo 2), que objetivou melhorar a compreensão e aprofundar as respostas obtidas nos questionários; e ainda conhecer a percepção e a prática dos professores quanto à integração com a Secretaria da Saúde, ao acompanhamento e registro das intercorrências e doenças das crianças ao uso da carteira de vacinação, solicitada na matrícula, e finalmente às suas sugestões para tornar o indivíduo, a escola e o município saudáveis.

Na 1ª fase, o grupo de 20 professores foi dividido em 2 grupos de 10, que participaram do grupo focal no mesmo dia, em horários distintos.

Os resultados obtidos nas respostas dos questionários e dos grupos focais da 1ª fase da pesquisa foram analisados e são apresentados a seguir.



### 1. 3.2. Análise dos Resultados da 1ª Fase do Estudo

Como já foi citado no item "população de estudo", as escolas foram escolhidas de forma que representassem a cidade em seus múltiplos aspectos, resultando na seleção de cinco "Escolas-pólo" e 20 professores interessados em participar do projeto.

Esses professores estavam lotados nas diversas escolas e lecionavam no ensino infantil e nas 4 primeiras séries do ensino fundamental.

#### Quadro 5 - Distribuição dos professores segundo série que lecionavam

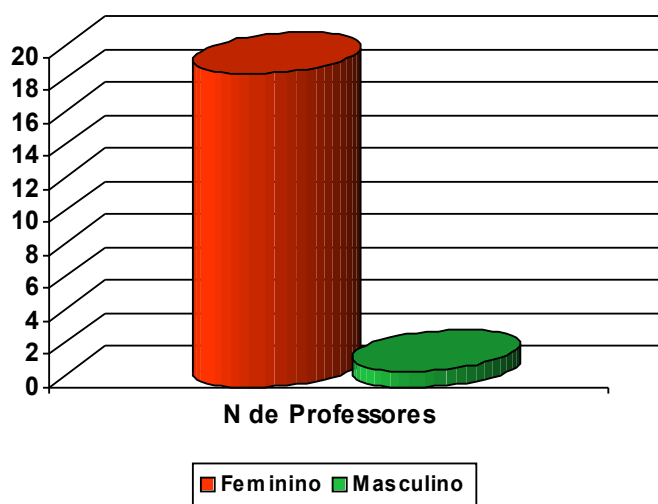
Série	Nº de professores
Pré- escola	11
1ª Série	01
2ª Série	04
Sala mista* - 1ª e 2ª séries	02
Sala mista - 3ª e 4ª séries	02
<b>TOTAL</b>	<b>20</b>

Como pode-se verificar pelo quadro 5, o maior número de professores interessados em participar do projeto era da pré escola.

---

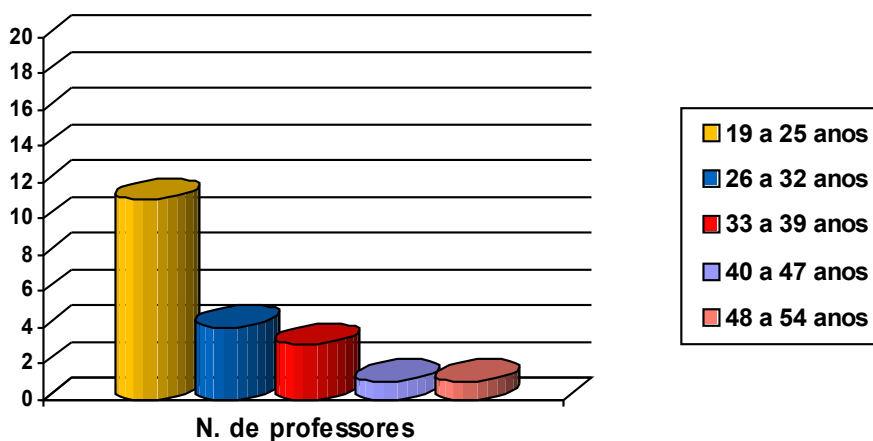
\* Obs.: sala mista é aquela que possui alunos cursando séries diferentes com o mesmo professor, na mesma sala.

**Gráfico 1 - Distribuição dos professores segundo o sexo**



Do número total de professores, 20, apenas 1 era do sexo masculino, fato que não nos surpreende, uma vez que o magistério primário é tido como "uma profissão predominantemente feminina". Isto é justificado pela baixa remuneração, pela carga horária diária que permite à mulher conciliar seu papel profissional com o papel que desempenha em seu lar.

**Gráfico 2 - Distribuição dos professores segundo a idade**



Os professores entrevistados tinham de 19 a 54 anos; 11 dos quais estavam na faixa etária de 19 a 25 anos.

### ***Conceito de Saúde dos professores***

Assim como na experiência relatada por Loureiro<sup>37</sup> com alunos do 3º grau do Curso de Educação, da Universidade Federal do Rio de Janeiro, os professores que fizeram parte da presente pesquisa percebiam saúde como sinônimo de "prestação de serviços de saúde e tratamento de doenças". Demonstraram, também, em suas respostas que concebiam saúde tal como o conceito utilizado pela Organização Mundial da Saúde, OMS, "como o mais completo bem estar físico, mental e social". Porém, não entendiam saúde como resultado da qualidade de vida e ainda continuavam acreditando que a falta da doença é sinônimo de saúde, conforme pode-se verificar pelos seus depoimentos:

## Saúde é:

"perfeito bem estar físico e mental"	"corpo em Ótimo funcionamento"
"bem estar físico-mental e social"	"pessoa saudável-sem doença"
"bem estar físico e mental"	"corpo saudável livre de qualquer problema"
"bem estar físico, emocional e psíquico"	"bem estar físico e mental-não estar doente"

## *Educação em saúde*

Desde que as cidades se ampliaram, após a Revolução Industrial, criando um aglomerado humano cujo as condições de vida eram questionáveis, os homens passaram a adoecer mais facilmente, acarretando ônus para a sociedade capitalista. As elites entendiam que a reversão desse processo se daria por meio da "educação em higiene" da população mais pobre<sup>50,52</sup>.

Segundo Viana<sup>84</sup>, no ensino oficial em São Paulo, em 1950, foi inserido o primeiro programa de educação sanitária, que era calcado, quase exclusivamente, na "educação higiênica". O programa previa no 1º ano o ensino de higiene pessoal e do vestuário, no 2º ano higiene da habitação, no 3º ano higiene coletiva e no 4º ano higiene da alimentação e doenças em geral, sendo optativo aos professores assumirem ou não esse programa.

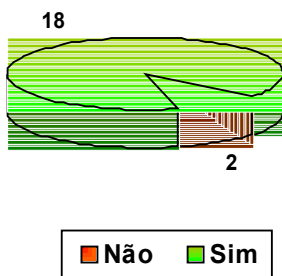
A educação em saúde na escola sofreu alterações ao longo das décadas, porém continuou sendo reproduzida, pela grande maioria, com ênfase na higiene.

Os professores pesquisados ainda entendiam educação em saúde conforme o conceito vigente no início do século, que pressupunha a higiene como uma das principais formas de se obter a saúde, com uma forte conotação policialesca de vigiar as ações das crianças. Os relatos a seguir mostram isso claramente:

**educação em saúde é:**

"ter noções básicas de higiene e prevenção de doenças"	"forma de passar ("despejar" informações) tudo o que nos faz mal, educar para a saúde"
"educar o organismo, ter bons hábitos de higiene"	
"o que devemos fazer para obter ou manter a saúde, os cuidados de higiene."	"orientação sobre prevenção de doenças, atividade física"

**Gráfico 3 - Número de professores que referiram realizar atividades de saúde na escola**



Quando os professores foram questionados em relação às atividades de educação em saúde que desenvolveram, 18 referiram ter realizado as seguintes ações em saúde:

<p><i>"lavar as mãos antes de comer, escovar os dentes depois das refeições, manter a classe limpa, olhar piolhos e unhas"</i></p>	<p>"...pelomenos uma vez por mês, a gente dá uma olhadinha na cabeça deles, dá um alerta para os pais;... pede para olharem casa e se estiver</p>
<p>"faz uma limpeza geral, a gente olha o ouvido, a unha..."</p>	<p>(com piolho) a gente suspende..." (afirma que suspender a criança das aulas é o melhor caminho para educar).</p>
<p><i>"higiene cuidados com os dentes, cuidado com os alimentos que serão ingeridos".</i></p>	<p>"...a partir do momento que não tem esclarecimento de saúde e a mãe também não ajuda nessa parte, como</p>
<p><i>"estar chamando os pais, e poder estar conversando com eles a respeito da verminose"</i></p>	<p>a criança vai aprender com toda essa falta de informação, falta de higiene"?</p>
<p><i>"noções de higiene: a classe, antes do recreio lava as mãos, escova os dentes após a merenda. Campanha contra piolhos, conscientizando os pais".</i></p>	<p>"conversar sobre higiene do corpo, da escola, da casa, da rua..."</p>
	<p><i>"higiene, banho, escovação, corpo humano"</i></p>

Dois professores disseram que não realizavam atividades de educação em saúde.

A maioria dos professores entendem as atividades de educação em saúde como aquelas nas quais de alguma maneira se deve ensinar hábitos de higiene ou dar orientações sobre doenças.

Verifica-se a tendência em culpar os pais pela falta de esclarecimento e falta de higiene das crianças em fase escolar. A educação em saúde tem sido realizada por meio de ações punitivas ( como por exemplo, suspender a criança da aula) e está calcada no cuidado

do adulto ou do responsável pela criança, não sendo incentivado a incorporação do conhecimento para o auto-cuidado.

O que se pôde observar é que não se trabalha com prevenção nem promoção da saúde, para formar valores que são importantes nessa época da vida. O professor deveria buscar na comunidade os valores e costumes para que de posse deste conhecimento, pudesse criar dentro da sala de aula "situações problemas" onde os alunos resolvessem, e aprendessem vivenciando um processo verdadeiro, compreendendo os limites e as possibilidades de suas ações.

O aprendizado na escola deve respaldar modificação das ações dos alunos em relação a si mesmos, à coletividade e ao entorno, objetivando melhorar, cada vez mais, a qualidade de vida de todos os que convivem na escola.

Todos os pesquisados concordaram com a necessidade de trabalhar o tema educação em saúde na escola, justificando-a como uma forma de "educar para a higiene" e "para não ter doença", afirmando novamente a concepção de saúde como ausência de doença e a higienização como um aspecto norteador para a educação em saúde, como pode-se perceber em alguns depoimentos:

***É importante trabalhar educação em saúde na escola:***

"para prevenir doenças, para viver melhor"	"para não termos problemas com epidemias, ratos nos lixos"
--	--

"para se obter resultados é necessário que se cobre diariamente os hábitos mais básicos de higiene"	" porque muitas vezes elas não têm essa informação em suas casas. Os pais são ignorantes ou muitas vezes relaxados"
---	---

<p>"...eu chamei as mães, conversei, falei que toda criança pega (piolho) que é normal, não era coisa para deixar em casa, mas para cuidar, toda, não assim, uma vez por mês, mas toda semana olhar a cabeça. e nunca mais tive problemas com eles; aí li um poema do piolho, fiz um desenho da criança com piolho"</p>	<p>"porque as pessoas em condições básicas de saúde, ou seja, sendo são têm grandes possibilidades de captar e assimilar os conteúdos do que uma pessoa doente"</p> <p>"para prevenir doenças futuras"</p>
---	--

### ***Problemas de Saúde na Escola***

De acordo com 12 dos entrevistados, os alunos têm apresentado problemas de saúde na escola, daí existir a preocupação por parte do professor em observar os alunos, tentando perceber os sinais e sintomas que podem estar relacionados à problemas de saúde/doença. No quadro abaixo estão relacionados os problemas por eles observados e citados:

**Quadro 6- Problemas de saúde que os alunos apresentaram nas escolas, segundo observação dos entrevistados**

<b>Sinais e Sintomas</b>	<b>Doença</b>	<b>Outros</b>
Dor de Cabeça	Resfriados frequentes	Condições precárias e falta de higiene
Dor de Barriga	Gripe	Ferimentos
Febre	Caxumba	Problemas de dicção e audição
Mal estar	Piolho	Problemas familiares
Sonolência	Vermes	Falta de orientação dos pais



Palidez	Dengue	Absenteísmo
Falta de interesse	Miíase	Problemas de origem psicológica
Apatia	Desnutrição	Atropelamento
Vômito		Entorse

Os sinais e sintomas observados pelos professores são comuns à várias doenças, que freqüentemente se manifestam na idade escolar. Porém, alguns agravos importantes não foram percebidos ou referidos por eles, como por exemplo os problemas de visão ou problemas de saúde bucal, fato preocupante, uma vez que tais doenças são passíveis de prevenção e tratamento, melhorando muito o desenvolvimento e a qualidade de vida da criança e interferindo positivamente no absenteísmo.

Em relação a sinais, sintomas e agravos observados, destacam-se alguns depoimentos:

"as crianças comem muitas besteiras...salgadinho, refrigerante...acho que é falta de informação de casa"  
 "ele falava muito errado, não dava, eu não conseguia entender, ele falava assim: Tata, o nome dele é Rafael..."

*"tem aluno meu, que as mães falam que tem problema, que tem que ir no psicólogo, alguns sempre faltam..."*

*"...as mães indicam problemas de alergia, bronquite, assim é tudo avisado no portão mesmo"*

Existe um déficit em relação ao preparo do professor para a observação do escolar, como pôde ser percebido no quadro 7 e nos depoimentos acima. Muito embora este não

tenha sido um tema privilegiado pelos professores decidiu-se incluí-lo no processo de educação continuada, a fim de prepará-los para a observação sistematizada do aluno, para o desenvolvimento do seu olhar crítico em relação aos aspectos sadios, aos sinais e sintomas dos desvios da normalidade, bem como na utilização desta ferramenta tão importante na obtenção de dados relativos ao ambiente físico, para prevenção de riscos e ao ambiente social da escola.

Mesmo existindo a dificuldade em observar os alunos, alguns professores perceberam alguns problemas que foram encaminhados para a Unidade Básica de Saúde. Porém, de modo geral relataram que não tinham o hábito de anotar as observações, intercorrências e os encaminhamentos que surgiram.

"...diário (de classe) a gente faz, mas esse tipo de ocorrência (doenças ou intercorrências) a gente nunca anota...é errado né? Acho que agente deveria anotar..."

O registro das observações é parte fundamental para o seguimento de saúde dos escolares. As anotações das intercorrências com os alunos possibilita ao professor o planejamento de ações que visam a promoção da saúde, a prevenção de acidentes e de agravos à saúde dos escolares e também facilitam os encaminhamentos, quando necessários, aos profissionais da saúde. Desta maneira, foi sugerido um modelo de ficha de observação para ser utilizada pelos professores das escolas-pólo, que não pode ainda ser implantada. (Anexo 4)

Algumas queixas relativas ao atendimento às necessidade de saúde das crianças foram relatadas pelos professores, conforme pode ser verificar no quadro 7.

#### ***Quadro 7 - Queixas dos Professores***

<b>Queixas</b>
Demora no atendimento, pela UBS, das crianças encaminhadas.

Falta de retorno, por parte dos profissionais da saúde, aos encaminhamentos dos professores.
Condições de falta de higiene das crianças.
Despreparo do professor para responder questões sobre sexo.
Falta de atendimento odontológico e fonoaudiológico para as crianças
Infestações freqüentes, nas crianças, de piolhos e vermes.

### ***Identificação de riscos na escola***

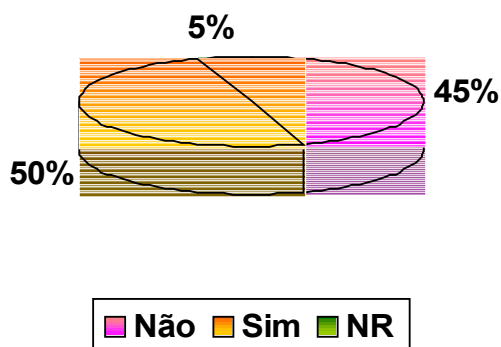
Segundo a Organização Mundial da Saúde, acidente é um acontecimento independente da vontade humana, desencadeado pela ação repentina e rápida de uma causa externa, produzindo lesões físicas ou mentais<sup>47</sup>.

Os conceitos mais modernos e abrangentes consideram acidente ou evento causador de injúria física como resultado de uma cadeia de eventos que incluem: a ocorrência em um pequeno espaço de tempo, a falta do desejo da ocorrência ou a falta de consciência deste e que a ocorrência tenha início com a perda do controle do equilíbrio entre a vítima e o ambiente terminando com a transferência de energia (cinética, química, térmica, elétrica ou radiação ionizante) deste para aquele<sup>74</sup>.

São consideradas injúrias físicas os traumatismos, intoxicações, queimaduras ou asfixia causadas por um acidente ( queda, atropelamento, desastre com veículo, afogamento, aspiração de corpo estranho, queimadura, envenenamento, entre outros)<sup>74</sup>. Podemos, portanto, concluir que os acidentes têm causas determinadas e que podem ser prevenidas.

O potencial para a ocorrência de acidentes existe em qualquer ambiente. Viver em segurança consiste na habilidade para ajustar-se às novas situações dia após dia, ano após ano.

**Gráfico 4 - Percepção de condições de riscos de acidentes nas escolas pelos professores**



Do número total de professores, 9, ou seja quase a metade, não identificaram condições de riscos na escola, por não perceberem ou não acreditarem que a escola apresentava algum risco de acidente. Um não respondeu.

*Os professores citaram algumas ocorrências de acidentes nas escolas*

"Aluno caiu da calçada e feriu a testa"	"Criança escorregou e bateu a cabeça na janela"
"Quedas no parque"	
"Aluno quebrou o pé ao descer o barranco que dá acesso ao pátio"	"Uma criança caiu do trepa-trepa e bateu a cabeça"
"Um aluno caiu, cortou a testa e foi necessário dar ponto"	"Bateu a cabeça e fez um corte (levou 3 pontos)"
"Aluno caiu no barranco e torceu o pé"	"A balança bateu na cabeça de um aluno"

Esses depoimentos demonstram claramente a existência de riscos no ambiente físico das escolas.

Os professores que identificam condições de riscos, enumeraram alguns fatores como sendo mais importantes, conforme demonstrado no quadro abaixo:

**Quadro 8- As principais condições de risco de acidentes identificadas pelos professores nas escola.**

<b>1º mais importante</b>	<b>2º mais importante</b>	<b>3º mais importante</b>
O terreno da escola - muito acidentado	Calçada alta	A grade da rampa está solta
Velocidade dos veículos (na frente da escola)	Entulho atrás e mato ao redor da escola	Botijão de gás sem cobertura e sujeito às condições climáticas
Barranco na frente da escola	Escola não é cercada	Não há escada para descer para o pátio
Muitas pedras grandes no terreno	Pátio muito alto, sem grades de proteção	Gás sempre vazando
O pátio não oferece condições para brincadeira. Falta espaço físico. A balança fica muito junto com o escorregador	O espaço para a criança brincar é muito pequeno pois a mesa de merenda toma todo o espaço	Forro caindo
Falta vigia		

A maioria dos professores, com exceção de 1, relacionou os riscos ao ambiente físico. A detecção de condições de riscos de acidentes na escola é diretamente proporcional ao desenvolvimento da observação realizada pelos professores, fato que justifica a capacitação deste para a "observação sistematizada".

Quando foram questionados sobre a forma de prevenção de acidentes adotada, a maioria afirmou que nada fez, não relacionando essa questão como parte integrante da educação em saúde, conforme se percebe pelos relatos abaixo:

<p>"Não tenho utilizado nenhuma forma de prevenção. O prédio não pertence a prefeitura e ela alega que não pode fazer benfeitorias..."</p>	<p>"Não tenho utilizado nenhuma forma de prevenção. A segurança da criança, por muitas vezes só depende dos cuidados do</p>
--	---

	professor"
"Não tenho utilizado nenhuma forma de prevenção. Não sei..."	"Não, só alertamos para não correr, não escorregar, não pular"
"É uma escola nova, planejada, logo não temos coisas que representam riscos"	"Aulas sobre comportamento dentro e fora da escola"
"Não tenho utilizado nenhuma forma de prevenção. Porque a escola não oferece tantos riscos".	"Peço para os alunos evitarem de descer o barranco"

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

Os acontecimentos diários, como também as brincadeiras devem ser aproveitadas como exemplos para o ensino da prevenção. Nos meses chuvosos pode-se aproveitar para discutir os riscos de brincar nas águas "paradas"; nos meses de fortes ventos, quando costumeiramente as crianças empinam pipas perto de redes de energia elétrica, é importante que elas sejam orientadas para procurar áreas livres de fios; ou ainda nos meses de festa junina, quando as brincadeiras com fogos de artifício ou soltura de balões levam ao risco de queimaduras, à perda de visão ou à incêndios em áreas urbanas ou de mata.

É importante também trabalhar com os alunos a conduta na escola. Dentro da sala de aula, no manuseio de materiais que possam se transformar em "armas" que provoquem danos à criança, como o lápis que pode perfurar o olho ou o palato; no recreio, o risco de quedas e outros que podem estar presentes no ambiente físico e as conseqüências das brincadeiras de empurrar; bem como na saída, em relação aos riscos do trânsito.

Além dos professores trabalharem esses temas nas diversas matérias, de forma transversal, utilizando recursos didáticos com criatividade, podem convidar profissionais como bombeiros, enfermeiros, médicos, químicos, policiais de trânsito, entre outros, para despertar o interesse dos alunos na prevenção de riscos à saúde, dentro e fora da escola.

Essas sugestões e orientações todas fizeram parte do trabalho desenvolvido na escola, a partir de então.

### ***Práticas dos professores mediante a ocorrência de acidentes com as crianças na escola***

Os professores demonstraram despreparo para o atendimento de ocorrências ou acidentes na escola. Relataram também dificuldade em conseguir transporte para fazer o encaminhamento, quando necessário. Como foi dito anteriormente, esse atendimento diz respeito à uma simples escoriação, como também ao reconhecimento da necessidade de encaminhamento da criança acidentada ao pronto socorro.

É importante destacar que é possível e extremamente importante preparar o professor e a escola para a efetiva prevenção de agravos, já que ele exerce o papel de guardião das crianças da comunidade.

O professor devidamente treinado, para dar os primeiros cuidados às intercorrências na escola com as crianças, sente-se seguro e previne o agravamento das possíveis seqüelas, como, por exemplo, nos casos de traumas provenientes de quedas. A capacitação impedirá também condutas inadequadas, como a utilização de medicação sem indicação médica, que pode causar danos à saúde das crianças.

Quando a escola se preocupa com a prevenção de acidentes e com o atendimento imediato às intercorrências, ela pode envolver a comunidade do entorno escolar, solicitando a sua colaboração e preparando-a para o encaminhamento das crianças à Unidade de Pronto Socorro.

Alguns dos professores pesquisados não se sentiam preparados para o atendimento das intercorrências e tiveram dificuldades nos encaminhamentos, conforme citam em seus depoimentos :

<p>" ...entrouareianos olhos da criança, que era aluno de outro professor que foime chamar porque sabiaque eu já havia recebido treinamento de primeiros socorros, aí jogamos água no rosto do menino e fiquei lavando, tirandoaos poucos...Éimportantevocê ter assim um conhecimento, pelo menos, dos primeiros socorros, estas coisasacontecem mesmo"</p> <p>"eu tenho no meu armário mercúrio cromo, água oxigenada, porque as mães, no ano passado, achavam que os filhoseram muito manhosos, caiu de uma raladinha, se não passar, não sara. Aí eu falei que não tem nada aqui e elas compraram, band aid, algodão, mercúrio cromo e água oxigenadae me mandaram..."</p>	<p>"...elecaiu de cabeça no cimento, eu dei água com açúcar...daí a pouco "tá doendo", ele começou a gritar...era um dia chuvoso, não tinhaônibus (para chegar a escola o caminho é de terra)..liguei para o 192 no orelhão na porta da escola, daí eles disseram: "não entra carro aí, como é que eu vou mandar alguém?" ...passou 20 min, catei o telefone e chorei, mas chorava tanto no telefone que as pessoas ficaram com tanta pena de mim que mandaram a ambulância..."</p> <p>"elebateu a cabeça com tudo, aí a gente socorreu... a professora falou prá eu por café que parava de sangrar..."</p>
---	---



<p>"eu não sei elas, mas eu não sei nada de primeiros socorros...uma aluna levou uma cotovelada no nariz e começou a sair sangue, não parava mais, eu entrei em desespero porque nunca tinha acontecido isso comigo, eu não sei nada de primeiros socorros..."</p>	<p>"uma criança estava apontando o lápis o outro foi e soprou...não tinha carro, aí eu peguei e levei na farmácia..."</p> <p>"se ocorrer alguma coisa a gente ficasse saber o que fazer"</p>
--	--

Alguns professores acreditavam, pelo desconhecimento e também pela conduta habitual da população, que o uso de medicações como mercúrio cromo, ácido acetilsalicílico e água oxigenada poderiam ser utilizados sem riscos ou danos para as crianças e dessa forma mantinham estoque para uso irrestrito. Depois da capacitação, todas as medicações foram banidas das caixas de primeiros socorros das escolas, sendo adotada como conduta para o uso nos ferimentos simples, a lavagem do local com água corrente e sabão.

### ***Percepção de problemas visuais:***

O bom desempenho no processo de aprendizagem depende de inúmeros fatores, dentre os quais está a qualidade da visão.

As imagens vistas contribuem com 85% dos estímulos que atingem o cérebro e se transformam em aprendizagem<sup>34</sup>.

Segundo Temporini<sup>78</sup> a pobreza e a ignorância são as responsáveis pela prevalência de cegueira nos países em desenvolvimento. Os problemas oculares freqüentemente resultam de causas que podem ser prevenidas, minimizadas ou curadas, quando se dá ênfase aos programas de saúde ocular. Quando não são corrigidos, podem levar a criança a tornar-se um adulto com distúrbios emocionais e de relacionamento, ter prejuízos na aprendizagem e no aproveitamento escolar e piora na acuidade visual.

A promoção da saúde ocular no ambiente escolar se torna privilegiada, uma vez que o professor em seu contato diário com o aluno pode observá-lo, por meio das tarefas que exigem freqüentemente o uso da visão. O cuidado em proporcionar um ambiente saudável para o ensino, com espaço, ventilação e luz adequadas, de forma que não prejudiquem a visão dos alunos; a realização anual de teste de acuidade visual (Teste de Snellen) e o ensino de condições adequadas de higiene para prevenção de moléstias infecciosas, também devem fazer parte do programa de saúde ocular.

### ***Acuidade Visual: O Teste de Snellen***

O teste de acuidade visual é um recurso de fácil aplicação para o professor capacitado e treinado, é um instrumento que serve para detectar dificuldades de visão e também um pré-requisito para o encaminhamento ao oftalmologista.

A escala optométrica, tipo Snellen, deve ser utilizada pelo professor habilitado e que já preparou as crianças para o teste. Os alunos que, após a realização do teste, estiverem com suspeita de dificuldade visual devem ser encaminhados ao oftalmologista que fará o diagnóstico, uma vez que não cabe ao professor realizá-lo.

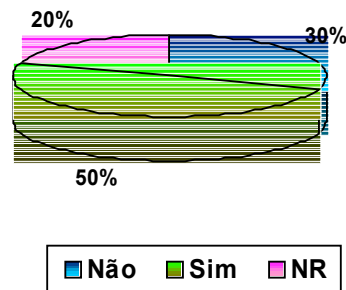
A maioria dos professores entrevistados de Vargem Grande Paulista consideraram que era importante receber o treinamento de Snellen, embora tenham comentado que a aplicação dos testes feitos, até aquele momento, acabava por sobrecarregá-los. Opinaram também que não achavam que esse era o seu papel:

"quando eu dei aula no São Judas, eu peguei (para fazer o teste), porque tinha feito o treinamento, eu tive que fazer com as crianças, eu fiquei louca".	"(quando o professor realiza o teste além das atividades diárias) acaba acarretando muita coisa em cima de uma
--	--

"eu acho bom a gente está sabendo, tendo esse treinamento que de repente se você tem um aluno que não está conseguindo se desenvolver faz o teste nele.. O aluno estava com muita dificuldade de enxergar, quando olhava para mim o olhinho dele ficava meio tortinho..."

... pessoa..."

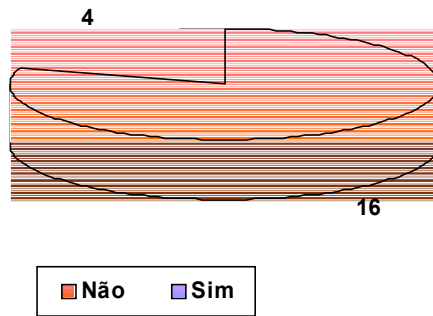
**Gráfico 5- Percentual de professores que receberam treinamento para aplicar o teste de Snellen**



O gráfico acima demonstra que apenas metade (10) dos professores receberam o treinamento, 6 não receberam e 4 não responderam se receberam ou não.

Quanto aos problemas visuais, o gráfico 6 mostra o resultado da percepção dos professores.

**Gráfico 6 - Número de professores que percebem problemas de visão em seus alunos.**



É bastante preocupante o fato de 4 professores declararem não perceber qualquer problema de visão em seus alunos. Aqueles que estão na Rede Municipal de ensino, há mais de 1 ano, relataram que conseguem perceber, mais facilmente, sinais e sintomas relacionados a problemas visuais, o que demonstra omissão do órgão formador (magistério) de onde provêm.

Os professores mais antigos na rede, e que anteriormente receberam treinamento, perceberam alguns sinais e sintomas de alunos em relação à visão:

"aluno com dificuldade para enxergar"	"chegamuitopertodo caderno"
"doresde cabeça"	"não conseguem ler"
"olhosvermelhose lacrimejantes"	"copiam errado da lousa"
"não consegue ver o que está escrito no caderno"	"umas três crianças sentem ardor na vista e embaraço"
"quando o aluno quer sentar na frente porque não está enxergando bem"	

***Na opinião dos professores, é importante desenvolver um programa de saúde ocular na escola:***

"para conseguirmos detectar o problema e tentar resolvê-lo"	"sim, porque tudo que aprendermos é útil"
"porquê geralmente os pais não percebem o problema até a criança começar a freqüentar a escola"	"sim, porque os pais não dão conta; os filhos passam o maior tempo com os vizinhos"
"para detectar se é problema ou não; caso tenha que receber tratamento"	"porque desde cedo, (precisa) corrigir problemas que, adiados, podem se agravar"
"para evitar problemas futuros; prevenir que o grau de deficiência aumente"	"sim, como prevenção de doenças graves"

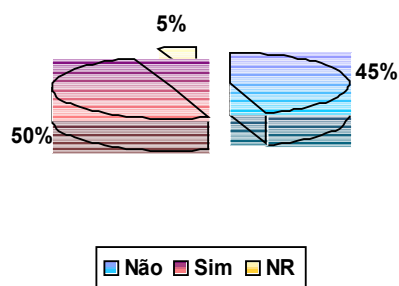
Todos os professores consideraram importante desenvolver um programa de saúde ocular nas escolas. Uns alegaram que é uma forma importante de prevenção de doenças e outros declararam se sentir responsáveis pela detecção de problemas visuais nas crianças.

***Práticas dos professores quando percebem problemas nos alunos relacionados à visão***

"fazemos o teste e encaminhamos para o oftalmologista"	"converso com a mãe para procurar oculista com urgência"
"peço auxílio à coordenadora e encaminho ao oftalmologista"	"pedi a coordenadora a guia de encaminhamento ao posto de saúde para visita ao oculista"
"informar a mãe para encaminhá-lo ao posto de saúde"	"encaminho para UBS"
"sentar nas primeiras mesas e encaminhar o problema aos pais"	

Existe uma diferença entre os professores mais antigos, que já receberam o treinamento para realizar o Teste de Snellen, e os mais novos. Estes últimos ao perceberem algum problema visual ou comunicam às mães ou encaminham diretamente para a UBS, sem a realização do teste, fato que não acontece com os mais antigos.

**Gráfico 7- Percentual de professores que aplicaram o teste de Snellen durante o ano anterior, 1997, ao do levantamento dos dados.**



Apenas metade dos professores participantes aplicou o teste de Snellen durante o ano de 1997, dos 9 professores que não realizaram o teste, 8 justificaram que não eram funcionários da Rede Municipal de Ensino naquele ano. Os que aplicaram foram justamente aqueles que, como pode-se perceber pelo gráfico 5, receberam treinamento.

Os professores discordam quanto à eficiência do treinamento, a que se prestaram para realizar o teste de Snellen, conforme pode-se verificar por alguns depoimentos

Os que consideraram que o treinamento foi eficiente, disseram que:

"foi suficiente-é um teste fácil-foi muito bem explicado"

"foi suficiente-na dúvida é pra encaminharmos"

"foi suficiente-bem especificado-foi passado de maneira clara"

Entre os que consideraram que não, destaca-se um depoimento:

"não foi suficiente-Só foi passado o básico-não sou especialista-não senti totalmente segura para aplicá-lo"

Outras doenças oculares podem ser detectadas, corrigidas e/ou tratadas quando percebidas na fase inicial, entre elas pode-se citar o estrabismo, o tracoma e outras conjuntivites.

### ***Tracoma***

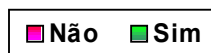
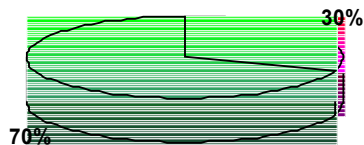
O tracoma é uma moléstia infecto-contagiosa específica da conjuntiva e da córnea, de evolução insidiosa, lenta e afebril, provocada pelo agente etiológico denominado *Chlamydia trachomatis*<sup>61</sup>. A alta contagiosidade e cronificação da doença com repetidas infecções é que a torna um grave problema de saúde pública, pois deixa cicatrizes na conjuntiva palpebral e nos casos mais graves causa lesões, levando à cegueira.

Por ser uma doença de transmissão direta, de pessoa a pessoa, ou indireta por meio do uso de objetos comuns, os escolares são muito suscetíveis à ela.

Apesar do tracoma ter sido considerado erradicado desde a década de 70, optou-se por dar ênfase a esse tema uma vez que, em 1985, a doença ressurgiu em Bebedouro atingindo principalmente crianças de 0 a 10 anos de idade. No ano de 1995 foram realizados na cidade de Vargem Grande Paulista diagnósticos que comprovaram a existência da doença entre escolares, repetindo os mesmos procedimentos realizados. Foi efetuada a busca ativa nos estudantes da Rede Municipal de Ensino, tendo sido realizados 309 testes de Snellen e examinadas 330 crianças, das quais 11% (aproximadamente 36) eram portadoras do agente etiológico do tracoma, confirmadas laboratorialmente<sup>89</sup>.

Como parte daquele processo, os professores, que na ocasião faziam parte da Rede, foram capacitados; isso não se manteve entretanto em relação aos professores recém-ingressados na rede. Como os mais antigos não foram também reciclados optou-se por incluir esse tema, onde além do conhecimento da doença, puderam discutir medidas simples e eficientes a serem adotadas nas escolas para prevenção do tracoma.

### **Gráfico 8 - Conhecimentos dos professores sobre tracoma**



Dos professores entrevistados, 14 afirmavam possuir apenas noções básicas a respeito da etiologia, transmissão e conseqüências do tracoma.

Algumas sugestões foram trazidas pelos professores com o objetivo de melhorar o seu desempenho, deles, na promoção da saúde dentro da escola.

### Quadro 9 - Sugestões dos professores - 1ª fase

Sugestões
"Permitir que os pais permaneçam um tempo, durante o período de aula, dentro da escola, para ver os problemas e colaborar nas sugestões e contribuições para melhorar".
"Trabalhar com professores contratados, de forma que estes se sintam seguros e desenvolvam melhor trabalho dentro da sala de aula".
"Oferecer treinamento de psicólogas para ajudar no esclarecimento de dúvidas quanto a observação de problemas psicológicos das crianças".
"Oferecer treinamento em primeiros socorros".
"Criar uma pequena apostila sobre alimentação e preparar o professor para posteriormente trabalhar com as crianças".
"Fazer uma apostila de "boa alimentação" e entregar para os pais".

Os resultados apresentados mostram:

- a) que existe diferença marcante entre às atitudes e práticas de saúde dos professores que já estavam na Rede Municipal de Ensino, à mais de 1 ano e aqueles que estavam trabalhando em regime temporário, à aproximadamente 6 meses; fato que



deve estar relacionado aos treinamentos em temas de saúde recebidos pelos mais antigos.

- b) Os professores concordavam com a necessidade e sugeriram novos treinamentos em temas de saúde e de educação em saúde.
- c) Os professores não estavam preparados para atender com eficácia às crianças nas intercorrências e acidentes na escola.

Desta maneira, após a conclusão da 1ª fase da investigação, os dados foram apresentados e discutidos com os professores, coordenadoras pedagógicas e com a Secretária da Educação. Tendo-se identificado então necessidades e interesses que transformados em "temas geradores" vieram nortear o trabalho de Educação Continuada, que passou a ser desenvolvido com os 20 professores das 5 Escolas-pólo"

## 4. O DESENVOLVIMENTO DO TRABALHO

### 4.1. Os Pressupostos da Educação Continuada

Para Freire<sup>24</sup> desenvolver uma consciência crítica se faz cada vez mais urgente, é preciso reconhecer que todo saber é limitado e passível de superação, e esses objetivos só serão obtidos à medida que os homens respondam aos desafios do mundo, transcendendo os espaços geográficos e modifiquem a realidade, enfim, na medida em que "escrevam" a história da sociedade pela sua própria atividade criadora.

O processo de aprendizagem se dá no dia a dia, em cada momento de nossa vida de maneira formal, dentro da escola, através dos livros, ou, informalmente, nas situações experienciadas e nas convivências. Para Philippi Jr e Pelicioni<sup>58</sup> "o ser humano não aprende somente apenas aquilo que é ensinado pelo professor, mas aprende principalmente na relação com o outro. A educação é uma estratégia de caráter social que leva os indivíduos a serem criativos e a desenvolverem suas capacidades, preparando-os ao exercício da cooperação na realização de ações comuns"(p.30).

Portanto, não é condição *sine qua non* conhecer habilmente todos os fundamentos das ciências básicas como a matemática, a física ou química para compreender o mundo, mas é preciso aprender, ao longo da vida, a desvendar o contexto sociocultural de cada situação que se vive, e isso também se espera da educação formal.

A Lei de Diretrizes e Bases de 1971 (lei no 5692/71) tornou obrigatória a inclusão de Programas de Saúde no ensino de 1º e 2º graus, tendo sido também aí que a Educação em Saúde foi oficialmente implantada nos currículos escolares. Esse fato não garantiu, entretanto, a adequada habilitação dos professores para "educarem em saúde"<sup>5,18,21,37</sup>, permanecendo assim o ensino reproducionista da concepção de saúde que considera que "a falta da doença é que determina a saúde", não permitindo a oportunidade de discutirem e vivenciarem temas que levassem os professores a conceber saúde como resultante da qualidade de vida.

Para Loureiro<sup>37</sup> a formação dos professores de Ensino Infantil e Fundamental em temas como higiene, sexualidade, primeiros socorros e preservação do ambiente permanece com graves deficiências, fazendo com que sejam tratados de modo "fragmentado, descontextualizado, não raramente preconceituoso e, reproduzido de modo acrítico, pelo professorado em geral" dentro da sala de aula (p.55).

Nesse processo histórico em que as crianças vêm sendo educadas, não para selecionar comportamentos favoráveis, cuidar e prover sua saúde, mas para, também, reproduzir valores frágeis que não as possibilitem exercer a cidadania, assim se faz urgente a mudança na postura dos professores para que estes se tornem promotores da saúde, aproveitando positivamente a oportunidade que têm de influenciar as crianças.

A capacitação em educação em saúde dos professores, focada na promoção e prevenção, deve ter início na formação acadêmica, como parte do currículo obrigatório, e persistir ao longo de sua carreira profissional, sendo estimulada pelos órgãos governamentais e pela direção das instituições escolares. Para Focesi<sup>21</sup> a inclusão de cursos de promoção da saúde, durante a formação de professor e a manutenção destes num programa de educação continuada auxiliam o constante crescimento do professor.

A idéia de que a educação é um processo contínuo e permanente não é nova. No século VII antes de Cristo, o filósofo chinês Lao-Tsé afirmava que "todo estudo é interminável", porém somente, em 1955, na França, é que a expressão "educação permanente", como idéia do "prolongamento da escola", tomou vulto por todo o mundo<sup>71</sup>.

O objetivo filosófico da continuidade da educação transformou-se ao longo dos tempos, passando de uma fase que se entendia que a educação continuada deveria servir para suprir as carências da educação formal, até chegar à compreensão de que esta deve atender às necessidades individuais e da equipe de trabalho.

A educação continuada deve ser um processo dinâmico e participativo, que facilite ao indivíduo o seu desenvolvimento, para que esse se sinta crescendo enquanto pessoa e, portanto, impulsionando sua evolução, modificando o seu entorno e contribuindo para a evolução da sociedade.<sup>5,71</sup>

Bógus<sup>5</sup> afirma que para o planejamento de programas de educação continuada com adultos, não se pode esquecer que estes já são possuidores de diferentes experiências tanto pessoais como profissionais portanto, "a motivação dos adultos pela aprendizagem está relacionada com a superação de situações-problema e a aplicabilidade dos conhecimentos adquiridos". Desta maneira para Silva, Pereira e Benko<sup>71</sup> para desenvolver um programa de educação continuada para adultos, que atinja resultados positivos, é preciso que este suscite nos participantes o desenvolvimento de uma consciência crítica.

#### **4.2.Os temas geradores**

Como já foi dito anteriormente, entre outras, a Escola Promotora da Saúde tem como característica o incentivo à formação e o favorecimento da atualização do corpo docente, com objetivo de melhorar a saúde de todos que convivem na escola, de contribuir para a manutenção, preservação e sustentabilidade do meio ambiente, de prevenir as enfermidades e os riscos de acidentes; de promover a auto-estima; de reduzir gastos, bem como avaliar a eficácia das ações.

Concordando com os pressupostos anteriormente descritos, e com base nos objetivos da Escola Promotora da Saúde, é que a Educação Continuada em Vargem Grande Paulista foi desenvolvida. Cabe ressaltar que a ação conjunta, entre o pesquisador, as coordenadoras pedagógicas e professores, é que possibilitou a execução do processo planejado. Numa ação de dupla mão, onde todos aprenderam, aquela ação que ultrapassa a antiga relação em que um ensina e outros ("que não sabem") aprendem, criando efetivas condições para que os indivíduos tenham consciência, capacidade e organização para exercerem, com propriedade, seus direitos de tomarem decisões.

Após o diagnóstico situacional, obtido por meio da análise qualitativa dos resultados dos questionários, complementado pelo grupo focal, decidiu-se iniciar a capacitação dos professores nos temas por eles priorizados, temas geradores, por terem possibilitado a discussão sobre outros assuntos complementares visando sempre a saúde integral e permitindo que se estabelecessem relações com a questão ambiental. Essa escolha foi um dos elementos responsáveis para o êxito da proposta de educação continuada, pois como afirma Gadotti<sup>29</sup> o processo de educação para ser exato deve ser estabelecido por meio da análise das reais necessidades da população alvo.

A educação continuada realizou-se por meio de cursos, seminários, workshops, discussões em grupo e oficinas de sensibilização, entre outros. As questões de saúde, entendida como sinônimo de qualidade de vida e resultante do meio ambiente, foram abordadas de forma transversal tendo como base os cinco sentidos: visão, audição, olfato, paladar e tato.

### **Os temas selecionados inicialmente para a educação continuada foram:**

- ✓ Observação do escolar
- ✓ Tracoma
- ✓ Verminose
- ✓ Doenças Infecciosas e Vacinação
- ✓ Primeiros Socorros na Escola
- ✓ Alimentação, Subnutrição e Anemia
- ✓ Convulsões
- ✓ Prevenção de Acidentes na Escola
- ✓ Escola Promotora da Saúde

Os principais tópicos discutidos em cada tema, estão demonstrados a seguir.

#### **4.2.1. Observação do escolar**

Observar é o ato de prestar atenção, olhar com minúcia e detalhamento. É utilizar todos os órgãos do sentido para descrever algo ou alguém que, com alguma finalidade, planejamos observar<sup>10,33</sup>.

Como foi dito anteriormente, esse foi o primeiro assunto abordado com os professores, fato que se deu por acreditarmos que a observação planejada, feita com objetivos definidos ( observação sistematizada) pode dar ao professor subsídios para trabalhar todos os assuntos relativos à saúde.

Sendo a escola um local privilegiado para a observação da situação de saúde das crianças, os professores podem fazê-la na sala de aula enquanto desenvolvem suas tarefas; ou durante o recreio quando estão merendando ou brincando; quando estão sós ou em grupos e durante a entrada e saída da escola.

Procurou-se discutir as principais razões para observar uma vez que, sabidamente, as condições de saúde da criança além de interferir no desenvolvimento do crescimento, também interfere no rendimento escolar.

O professor preparado para identificar problemas que possam estar interferindo no desenvolvimento da criança, para reconhecer os sinais e sintomas dos problemas de saúde mais freqüentes na idade escolar, para perceber problemas no ambiente físico e social da escola, estará apto a resolver os problemas detectados, encaminhando-os imediatamente e evitando desta forma que ocorram distúrbios ou seqüelas, que poderão afetar as crianças para o resto de suas vidas.

É importante, também, que se tenha um local apropriado para fazer as anotações dos problemas e dos respectivos encaminhamentos e que os serviços estejam preparados para o atendimento que se fizerem necessários.

#### **4.2.2. Tracoma**

O tracoma, conforme foi citado anteriormente, é de alta contagiosidade e por esse motivo quando, em 1995, surgiu nas escolas municipais de Vargem Grande Paulista, significou um grave problema de saúde pública, que necessitou da interferência dos órgãos de saúde para sua resolução.

Os professores, que já faziam parte do quadro de funcionários da Secretaria da Educação da cidade, participaram dos treinamentos oferecidos pela Secretaria da Saúde e quando foi realizado o diagnóstico situacional do presente estudo eles já possuíam noções básicas sobre a doença e seus riscos. Porém, os que foram admitidos após aquela data não conheciam nada da doença e mostravam-se muito ansiosos em adquirir esses conhecimentos, uma vez que seus colegas mais antigos relatavam os danos advindos da doença e já utilizavam toalha descartável para cada aluno como medida preventiva.

Para o desenvolvimento desse tema, solicitado pelos professores, houve a colaboração de uma médica sanitária do município e foi possível falar sobre a doença especificamente, além das noções sobre saúde ocular e os riscos de acidente ocular na escola e no lar.

Como recurso didático foi utilizado um álbum seriado com gravuras e textos confeccionado pelos profissionais da Secretaria da Saúde.

#### **4.2.3. Verminose**

As verminoses segundo Marcondes<sup>39</sup>, "são doenças parasitárias resultantes da poluição do ambiente, da água e do solo" (p. 253).

Geralmente são transmitidas pela água contaminada pelo agente causador da doença; pela higiene inadequada de alimentos contaminados ou pela precária higiene pessoal.

Muito embora as doenças parasitárias não tenham características que facilitem sua propagação, como as moléstias infecto-contagiosas, elas ocupam lugar de destaque entre as

doenças mais comuns da infância. Fato que justifica-se, principalmente, pelas condições inadequadas de saneamento de países em desenvolvimento como o Brasil.

As formas de infestação pelos parasitas mais comuns, como os helmintos (doenças de chagas, leishmaniose, malária, toxoplasmose, amebíase e giardíase) e os protozoários ("amarelão", ascaridíase, teníase, cisticercose e esquistossomose), e a prevenção da doença pela adoção de formas adequadas de higiene pessoal e na manipulação de alimentos foram discutidas com os professores de modo que eles pudessem trabalhar com os alunos.

Como estratégia de discussão dividiram-se os temas em grupos formados por 3 professores. Propôs-se, então, que depois de um levantamento bibliográfico, cada grupo apresentasse o seu tema para os outros grupos. Como fonte para as pesquisas foram oferecidos textos, apostilas e folders de campanhas. Foram confeccionados alguns cartazes para a exposição do tema, utilizando canetas hidrocor, lápis de cor, revistas para recortar, tesoura e cola. Desta maneira, todos puderam discutir sobre os parasitas mais comuns na idade escolar.

#### **4.2.4. Doenças Infecciosas e vacinação**

É importante salientar que a grande maioria das doenças que são imunopreveníveis, tais como o sarampo, a tuberculose, a hepatite e o tétano, são mortais para as crianças, porém quando estas estão vacinadas esse risco diminui, aproximando-se da inexistência<sup>16</sup>.

O incentivo no Brasil à vacinação já é comum há alguns anos, porém a escola não tem sido incentivada a participar desse processo. Quando os alunos são matriculados na escola, geralmente, eles têm em média 7 anos, idade em que a vacinação, preconizada pelo Ministério da Saúde, já deveria estar concluída, porém nem sempre é isso que acontece, então, os professores habilitados para a verificação das carteiras de vacinação podem reconhecer as vacinas que estão faltando e em parceria com a Secretaria da Saúde incentivá-los para que recebam a dose ou doses faltantes.



Visando o desenvolvimento de uma ação mais abrangente optou-se por ir às escolas, para discutir e envolver todos os professores das escolas-pólo. Como resultado foi feito um mutirão de verificação das carteiras de vacinação das crianças. Posteriormente foi elaborada uma lista de nomes das crianças que apresentavam lacunas nas carteiras e encaminhada à Unidade Básica de Saúde, que chamou-os para atualização.

#### **4.2.5. Prevenção de Acidentes na Escola**

Os acidentes são preveníveis, assim a observação e detecção dos principais fatores de riscos de acidentes no ambiente físico e social da escola e em seu entorno possibilitam o planejamento para a educação em saúde e a adoção de medidas que minimizem ou eliminem tais riscos.

Para desenvolver habilidades que permitam o ajustamento às novas situações diárias e impeçam situações de riscos para a saúde é preciso adotar práticas de segurança; desenvolver destrezas e formar atitudes favoráveis à prevenção de acidentes, tais como: atenção, observação, advertência, cautela, consideração pela segurança dos outros, respeito por regras, paciência e orgulho em comportar-se com segurança.

Baseando-se nesses conceitos que o tema "Prevenção de Acidentes na Escola" foi desenvolvido no processo de educação continuada dos professores.

A observação sistematizada e a sinalização dos fatores de riscos também foram estimuladas como uma das fontes para a resolução ou minimização dos riscos de acidentes nas escolas.

#### **4.2.6. Principais Intercorrências na Escola e Primeiros Socorros**

Como consequência das discussões sobre riscos de acidentes na escola os professores foram capacitados para realizar os primeiros socorros, entendidos como a ação de socorrer a toda e qualquer intercorrência que venha acontecer com os alunos, desde a

atenção às pequenas escoriações e impactos até fraturas de membros que necessitam de encaminhamento para Unidade de Pronto Atendimento.

O objetivo principal desta discussão foi proporcionar aos professores a oportunidade de esclarecer suas dúvidas, eliminar conceitos errôneos, impedir o uso inadequado de medicações e outras substâncias no cuidado aos ferimentos e também nas manifestação de crises convulsivas, que assustam muito a pessoa despreparada para prestar socorro, entre outras. É preciso que o professor se sinta preparado e seguro para perceber as necessidades do aluno e atendê-lo.

Devido a quantidade de tópicos a serem abordados neste tema, houve necessidade de subdividi-lo em 2 dias. Foi ainda programada uma palestra com discussão em grupo para esclarecer as dúvidas dos outros professores da Rede a respeito dos Primeiros Socorros. A experiência foi muito positiva, pois os professores participantes, aproximadamente 80, mostraram-se muito interessados e referiram insegurança pela falta de conhecimento e preparo, quando tinham necessidade de prestar socorro à qualquer criança ferida.

Muitos eventos são deixados de ser efetivados na escola por medo de qualquer acidente que possa vir a ocorrer. Os alunos das escolas municipais de Vargem Grande Paulista, por exemplo, só podem, por essa mesma razão, freqüentar as escolas em seu período de aula.

Foram fornecidos textos complementares de apoio para cada escola- pólo sobre vários temas, entre os quais Prevenção de Acidentes na Escola e Recomendações para o Atendimento de Primeiros Socorros, onde foi sugerida a padronização da Caixa de Primeiros Socorros, que foi adotada em seguida para todas as Escolas da Rede Municipal de Ensino da Cidade. (Anexo 5),

#### **4.2.7. Alimentação, Subnutrição e Anemia**

A Educação em Saúde também deve abranger a educação alimentar, com o objetivo de corrigir hábitos inadequados de alimentação. Essa tarefa é difícil e exige ação conjunta entre os pais, professores, nutricionistas e merendeiras, num esforço conjunto para que, desde cedo, as crianças adquiram hábitos saudáveis de alimentação, prevenindo a subnutrição ou até mesmo a desnutrição. O erro alimentar também é uma das causas da obesidade infantil, tão freqüente na atualidade.

5

Para esse tema os professores contaram com presença de uma médica pediatra da Secretaria Municipal da Saúde da cidade, especialista em nutrição alternativa. Como parte da atividade do dia o grupo participante da capacitação preparou sob orientação, um almoço comunitário utilizando alimentos ricos em vitaminas e proteínas. Nesse dia, todas as merendeiras foram convidadas mas só duas estavam presentes.

#### **4.2.8. Escola Promotora da Saúde**

A educação no âmbito escolar deve objetivar algo mais do que o ensino formal de matérias curriculares (da matemática, da história, das ciências, entre outras). A escola deve servir de fonte de aprendizado de elementos que substanciem as vivências e as práticas escolares, tendo como base valores positivos. Sua finalidade também é formar cidadãos participantes da sociedade, conscientes de seus direitos e deveres e que reconheçam que a qualidade de vida é fator predominante para a obtenção da saúde. Isso reforça a importância de introduzir a escola como promotora da saúde da infância e da adolescência.

Entre as características da escola promotora da saúde podem-se destacar: o planejamento, desenvolvimento e valorização no currículo formal de programas de prevenção, educação e promoção da saúde, que incentivem o respeito mútuo, a auto-estima, o conhecimento do corpo pelo aluno e a observação sistematizada do escolar pelos professores; a preservação do patrimônio, o cuidado e a manutenção do meio ambiente dentro e fora da escola; a atenção aos conteúdos dos programas para que sejam desenvolvidos de forma dinâmica e estimulante. Permitindo que os alunos adquiram valores que perpetuarão para o resto de suas vidas e também o incentivo, a formação e o

favorecimento da atualização do corpo docente, como uma forma de revalorização deste profissional, que atua como agente fundamental de promoção da saúde dentro da escola.

A utilização do método Delbecq-Van de Ven\* possibilitou aos professores a reflexão sobre seus conceitos de saúde e promoção da saúde na escola e sobre os seus papéis em relação à educação em saúde; bem como, permitiu que conhecessem os princípios e elementos necessários para que uma escola se torne promotora de saúde. O método foi ensinado por uma docente da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, que o aplicou de imediato para que os professores vivenciando na prática, pudessem aprendê-lo melhor.

Os temas, na maioria das vezes, no ano de 1998, foram desenvolvidos durante o período de aula dos professores, na Escola Annita Carmelita de Moraes, situada em um bairro central da cidade. Desta forma, eram discutidos na parte da manhã com os professores que lecionavam neste período e repetidos, no mesmo dia, no período da tarde. Algumas vezes, conforme a necessidade, isso era feito às sextas-feiras e aos sábados.

Quando a proposta de trabalho foi feita aos professores, 20 concordaram em participar do processo, porém no decorrer do tempo o grupo de professores interessados em participar da capacitação aumentou. Desta maneira contou-se, geralmente, com a presença de aproximadamente 30 professores em cada encontro. Sendo assim, outros professores de outras escolas, desde que interessados, também tiveram a oportunidade de acompanhar o desenvolvimento do processo e, em conversas informais, declararam que os conhecimentos aí obtidos influenciaram positivamente suas condutas pessoais e profissionais.

No início do ano de 1999, foi realizado um concurso para professores da Rede Municipal de Ensino ocorrendo uma reestruturação no quadro de docentes e na sua distribuição pelas escolas. Desta maneira houve a necessidade de dar início à 2ª fase, do trabalho. Foi, então, substituída a escola EMEIEF Benedito Rocha pela escola EMEIEF

---

O método de diagnóstico social Delbecq e Van de Ven tem como objetivo identificar os problemas decorrentes de uma situação estudada. Permite a participação igualitária dos integrantes do grupo e também que criem novas idéias a respeito do assunto discutido, dando respostas imediatas para a questão em pauta.

"Jéssica Yakari Asami" do Bairro do Matão, pois os professores participantes do projeto (que se estendeu até dezembro) e que lecionavam naquela escola foram transferidos para outras ou saíram da Rede Municipal de Ensino. A substituição daquela escola pela do Bairro do Matão justifica-se por esta suprir os critérios de regionalidade e contar com professores participantes do projeto.

A análise qualitativa das respostas dos questionários, complementadas pelos grupos focais, mostrou que era preciso investir em outros temas, além daqueles definidos como prioritários na 1ª fase, tendo sido dada continuidade à capacitação por mais 6 meses (2ª fase), totalizando 74hs, só com os temas relacionados à saúde, dos quais 47hs foram desenvolvidas na 1ª fase, em 1998, e 27hs na 2ª fase, em 1999.

É importante ressaltar que o processo de educação continuada também contemplou assuntos pertinentes à Educação Ambiental, que aqui não constam por fazerem parte de outra dissertação de mestrado, embora na prática os temas saúde, educação em saúde e educação ambiental tenham sido trabalhados conjuntamente; uma vez que não é possível ser saudável se o ambiente em que se vive não for saudável.

O Projeto Escola Promotora da Saúde fez parte do "Programa de Ensino Público para formar Professores Pesquisadores", financiado pela Fapesp. O incentivo à formação de professores e o favorecimento da atualização do corpo docente para melhorar a saúde de todos que convivem na escola se constitui numa das características norteadoras da capacitação dos professores para atuarem como agentes de promoção da saúde na escola.

A parceria estabelecida com a Secretaria Municipal da Saúde possibilitou, no ano de 1999, estender aos 93 professores da Rede Municipal de Ensino a capacitação em Saúde Auditiva, Saúde Ocular, Saúde Mental e Saúde Bucal, que incluíram vários itens conforme pode-se verificar no anexo 6.

Ainda durante o ano de 1999, os professores das 5 escolas-pólo que participaram de todo o processo de educação continuada, puseram em prática seu "novo papel" de "professor multiplicador". E em conjunto com as duas mestrandas planejaram e realizaram o I Seminário de Educação em Saúde e Educação Ambiental da Rede Municipal de Ensino, com a participação de todos os professores da Rede.

O anexo 3 mostra a distribuição da carga horária com as respectivas fotos que documentaram o processo.

## 5.AVALIAÇÃO DO IMPACTO DAS AÇÕES

Para avaliar o impacto da Educação Continuada utilizou-se o modelo de Campbell e Stanley classificado como pré-experimental, que pressupõe a comparação entre os resultados de uma avaliação inicial (diagnóstica) e uma final com o mesmo grupo que sofreu a intervenção educativa. A avaliação é realizada segundo os objetivos do estudo e pela comparação qualitativa de mais de um procedimento metodológico com vistas ao aprofundamento dos dados obtidos<sup>5,8,57</sup>.

Para Pelicioni, Westphal, Iervolino e Santos<sup>57</sup> "o uso de mais de uma abordagem e a comparação dos dados para contestar e compreender o mesmo assunto, a "triangulação" de informações, tem por objetivo verificar a consistência dos dados obtidos para que se conclua sobre o êxito ou fracasso, a partir de argumentos e evidências".

A metodologia usada na 2ª Fase, quando procedeu-se à avaliação, seguiu rigorosamente a 1ª (diagnóstica) com a aplicação de questionários e de grupos focais, exceto pelo roteiro deste último, que além de abordar os mesmos assuntos da avaliação diagnóstica inicial foi acrescido de outros, a fim de avaliar o processo e o impacto da educação continuada, dentre os quais a avaliação dos métodos utilizados na abordagem dos temas e a viabilidade e pertinência da introdução destes no currículo do Ensino Infantil e Fundamental.

## 5.1. Discussão dos Resultados obtidos na 2ª fase do estudo

Os resultados obtidos nessa fase, quando comparados qualitativamente com os da 1ª fase, serviram para a avaliação das ações desenvolvidas.

Com relação ao período em que os professores estavam lecionando quando foi realizada a 2ª fase da pesquisa ocorreram duas mudanças significativas em relação à 1ª fase:

- a) Dois professores deixaram de participar do estudo, pois saíram da Rede Municipal de Ensino logo após a coleta de dados da primeira fase. Desta maneira, na 2ª fase, os dados apresentados referem-se a um total de 18 professores.
- b) A escola João de Barro foi inativada e as 2 professoras passaram a lecionar na, então, recém inaugurada EMEF Benedito Rocha, que também absorveu duas professoras do período da manhã da Escola Annita Carmelita de Moraes.

### Quadro 10 - Distribuição dos professores segundo a série que lecionavam - 2ª fase

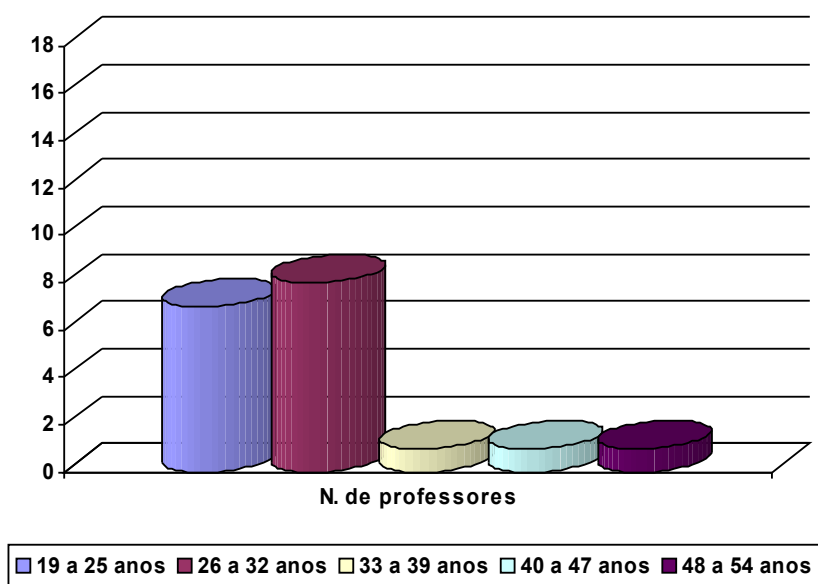
Série	Nº de professores que lecionam
Pré- escola	10
1ª Série	01
2ª Série	05
3ª Série	01
Sala mista 3ª e 4ª séries	01
<b>TOTAL</b>	<b>18</b>

No quadro acima percebe-se que mais da metade dos professores, 10, lecionavam no ensino infantil, como encontrado na 1ª fase.



Em relação ao sexo dos professores pesquisados, não houve alteração, a maioria, 17, era do sexo feminino.

**Gráfico 9 - Distribuição dos professores segundo faixa etária**



A faixa etária dos professores entrevistados era de 19 a 54 anos, sendo que a maior concentração de professores, 8, encontra-se na faixa etária de 26 a 32 anos, diferente da 1ª fase em que o maior número de professores estava na faixa etária de 19 a 25 anos.

### ***Conceito de saúde:***

Para Segre e Ferraz<sup>69</sup> a definição de Saúde como "a situação de completo bem estar físico, psíquico e social" da Organização Mundial da Saúde está ultrapassada, pois visa uma "perfeição inatingível e deixa de levar em conta o homem como um ser integral, que para ter saúde precisa desfrutar de uma boa qualidade de vida"(p.538).

Depois de concluída a 1ª fase do processo de educação continuada, embora alguns professores ainda continuassem conceituando saúde tal como o preconizado pela OMS, em outros depoimentos, percebe-se a ampliação desta concepção e uma associação da saúde com qualidade de vida.

### *Saúde é:*

"Bem estar físico-social e mental; saúde depende da qualidade de vida".	Conjunto de fatores que implicam em bem estar emocional, físico e psíquico".
"Bem estar físico-social, mental, ambiental"	"Ter todas as condições necessárias para levar uma vida saudável".
"Qualidade de vida boa e saudável".	

As discussões, leituras e reflexões sobre os temas de saúde, que foram propiciados pelo processo de educação continuada oferecido aos professores, objetivou qualificá-los para atuar na formação de valores e para que compreendessem que é possível intervir e modificar o "ensino reproducionista" da saúde, que não prepara os indivíduos para tomar consciência de si próprio<sup>32</sup>. E, diferentemente da 1ª fase, na 2ª, os depoimentos dos professores confirmam que eles passaram a perceber a saúde de forma mais abrangente, incluindo nesse conceito o espaço físico, o lazer, a higiene, o meio ambiente e a preocupação de promover a saúde dentro e fora da escola.

"Acho que uma escola saudável também promove saúde fora da escola"	"Saudável é uma boa ventilação"
"Acho que a escola promove também saúde fora da escola, com pais participando e colaborando em atividades na escola"	"Espaço adequado, higiene, lazer". "Acho que é um conjunto, não é? Não é só físico. Você está trabalhando com a família, com os pais, dentro daquele ambiente, e esse ambiente tem que ser saudável"

### *Educação em saúde*

Para Loureiro<sup>38</sup> a educação em saúde deve estar pautada na compreensão e integração dos múltiplos campos do processo educativo, e na compreensão da saúde como resultante de "um paradigma quadridimensional" que contém em si o ambiente de vida, as políticas de saúde e a educação, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento e as práticas pedagógicas participativas em saúde.

A educação em saúde compreendida dessa forma possibilita ao educando o entendimento da realidade da vida; a relação educador-educando passa ser de troca na qual o professor aprende com os alunos e ensina respeitando as possibilidades e limites, estimulando as habilidades e capacidades de cada indivíduo e do grupo.

Se na 1ª fase a Educação em Saúde era percebida e realizada pelos professores participantes, principalmente, por meio de intervenções punitivas e policialescas, na 2ª fase eles passaram a entender educação em saúde como algo que habilita o ser humano a viver uma vida saudável, e necessária no trabalho com as crianças e com suas famílias. Consideraram também que a educação continuada deveria sempre fazer parte do planejamento escolar.

***Para os entrevistados educação em saúde é:***

<p>" A educação trabalhando em conjunto com a saúde. A saúde estar presente no planejamento e reuniões da escola-cursos e capacitações".</p>	<p>"É levar o indivíduo a adquirir hábitos e condições de se cuidar</p>
<p>"Orientar no sentido de dar condições ao indivíduo de viver de forma saudável".</p>	<p>"Saber prevenir doenças conhecer seu corpo evitar doenças, educação alimentar, etc".</p>
<p>"Na última reunião dos pais fiz uma dinâmica (o objetivo era discutir a</p>	<p>"Lá na escola a gente se preocupa também não só pelos alunos mas</p>

problemas da escola)...e coloquei 4	com todos, com os pais também..."
palavras que eram o problema...daquilo	
o pai teria que dar sua opinião. Foi	"Então eu acho que, na saúde, tem
super dez porque os pais	que trabalhar muito, muito na
participaram, falaram questões sobre	reunião com os pais...Acho que a
drogas, foi falado de sexo, discutido	gente esquece de trabalhar o
o que está acontecendo quando as	básico, assim, de conversar, bater
crianças saem da escola, no	um papo com os pais na questão de
bairro...Então eu acho que é um	higiene de saúde..."
pouquinho da nossa postura..."	

### ***Atividades de Educação em Saúde na Escola.***

Agora, quando os professores foram novamente questionados em relação a atividades de educação em saúde, 17 afirmaram ter realizado e apenas 1 não. Na 1ª fase dois professores não realizavam.

Bógus, Bicudo e Westphal<sup>5</sup> em estudo feito com alunos de 1ª a 4ª série do curso de Magistério observaram que "geralmente os professores julgam que para trabalhar com educação em saúde é importante explicar temas por eles escolhidos como prioritários, e acabam por transmitir conceitos, sem contextualizá-los" (p.16).

O fato dos professores serem mal preparados durante suas formações é o que explica a falta ou descuido deles em relação aos problemas e às ações de saúde na escola<sup>79</sup>. Muito embora os professores tenham ampliado suas concepções de saúde e desenvolvam outras atividades, além da transmissão de conceitos de higiene, como, por exemplo a conservação do patrimônio, prevenção de acidentes e alimentação saudável, eles ainda não conseguiram se desvincular totalmente da "fase higienista" da saúde, conforme aparece nos comentários feitos por eles, o que significa que as discussões nesse sentido devem ter continuidade:

*as atividades em saúde na escola são realizadas:*

"Nas atividades do cotidiano: higiene, cuidados, Teste de Snellen, conversa com os pais nas reuniões, teste de fono, visita e passeios com as crianças nas exposições (de fono), cuidados e pedidos de manutenção do espaço escolar"	"falando sobre higiene, alimentação saudável, bem estar".
Higiene, textos sobre saúde, bem estar".	"Conversas com os alunos sobre higiene pessoal do espaço".
"Conservação do patrimônio (ambiente limpo e saudável) Higiene pessoal e controle de vacinação"	"Higiene pessoal, higiene da casa, higiene dos alimentos"
"Higiene como um todo (corporal, bucal, mental) em forma de brincadeiras e gravuras feitas por eles".	"Conversando sobre higiene e prevenção sobre acidentes"
"Noções de higiene, atividades que desenvolvem a saúde mental como por exemplo passatempo"	"Conversas informais sobre higiene, alimentação. Depois, pretendo ir mais além, com pesquisas com os pais, cartazes, etc"
	"levar a criança pra cozinha, vai mostrando o que você aproveita, o que tem vitamina, o que tem proteína, você mostra tudo"

*Educação em saúde na escola:*

Para Oliveira<sup>45</sup> é preciso resgatar a unicidade entre a educação e a saúde, compreendendo que a educação em saúde é parte de um cotidiano que faz com que o

indivíduo compreenda e assuma para si "o processo de organização da vida individual e coletiva" (p. 133).

Todos dos professores pesquisados nesse estudo concordaram com a necessidade de trabalhar com a educação em saúde na escola, assim justificando:

***é importante trabalhar educação em saúde porque:***

"sem saúde não há vida saudável, ambiente saudável, enfim não tem como separar educação de saúde"	"a saúde faz parte de nossas vidas, está presente e o tema educação em saúde é muito importante, pois vai ajudar as crianças a entender
"é uma forma de se educar brincando, porque eu acho que é assim que o povo vai se conscientizar que saúde não é só não ficar doente"	melhor o que se passa com ela."
	"assim as crianças têm consciência de que é importante cuidar da saúde para o seu bem estar."

Nas justificativas dos professores percebe-se a preocupação em educar para a saúde, entendendo que para isso é importante que cada aluno dê à saúde um valor positivo, que ele possua conhecimentos suficientes que o permitam cuidar de si e também auxiliie a todos, que vivem em seu entorno, a cuidar-se.

***Observação do escolar***

Para a criança a idade escolar é rica em transformações, físicas, psicológicas e também sociais, é quando ela passa a conviver com um maior grupo de pessoas. Embora essa fase possibilite a obtenção de novos conhecimentos, habilidades e experiências ela também oferece riscos à saúde, uma vez que eles estão expostos à maior número de doenças infecto-contagiosas<sup>79</sup>.

Somando-se às características próprias desta fase, cada criança em particular pode apresentar desvios da normalidade, que se não forem detectados e tratados a tempo podem representar um dano irreparável para a criança. Nem sempre a família percebe, entretanto, esse desvio. Para Temporini<sup>79</sup> é por esse motivo que a escola tem que compartilhar com os pais a função de observar e assumir a saúde das crianças.

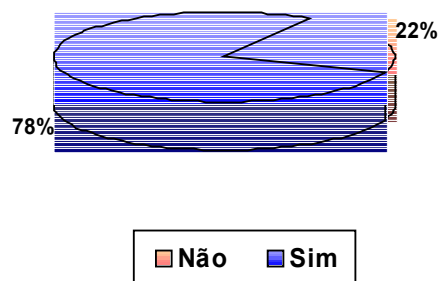
Os professores demonstraram agora em suas respostas melhor preparo para observar a saúde dos alunos, ressaltando e detalhando sinais e sintomas que não foram descritos na primeira fase da pesquisa, conforme demonstram em suas declarações:

***alguns problemas foram observados:***

<p>"em relação aos piolhos, problemas de visão, fala, higiene, maus tratos, vermes, resfriados constantes, quedas constantes".</p>	<p>"quando a criança é muito ativa, e o rendimento cai, e não participa das atividades propostas..."</p>
<p>"a parede (da creche que foi visitar) estava cheia de musgo verde...o espaço físico não é legal..."</p>	<p>"o rendimento do aluno no dia a dia: se a criança é nervosa ; observar quanto a sua fala e audição"</p>
<p>"alguns apresentam muita agressividade e pude constatar que tinham problemas emocionais graves".</p>	<p>"</p>

***Identificação de riscos na escola***

**Gráfico 10 - Percentual de professores que identificam condições de riscos de acidentes nas escolas**



É interessante observar que dos 9 professores que não identificavam condições de riscos na escola, na 1ª fase, somente 4 continuaram não detectando tais condições, sendo importante ressaltar que esses 4 professores lecionavam nas mesmas escolas em que outros professores percebiam e relatavam riscos de acidente, fato preocupante, uma vez que se o risco não é percebido pelo professor esse, dificilmente, introduzirá medidas preventivas de acidentes na escola.

A criança está exposta a um número muito grande de riscos. A antiga abordagem que preconizava a mudança comportamental dos indivíduos, por meio do fornecimento de grande quantidade de informações, mostrou-se pouco eficaz, portanto, deve ser substituída por medidas e estratégias de prevenção, que devem ser definidas com subsídio da observação sistematizada que auxiliará na detecção dos eventos mais frequentes e graves<sup>53</sup>.

**Quadro 11 - Condições, por ordem de importância, que, segundo os professores pesquisados, favorecem os riscos de acidentes nas escolas**

1º mais importante	2º mais importante	3º mais importante
Parque faz divisa com o	Terreno da escola muito	Portão muito próximo da



quintal da vizinha, sendo os muros muito baixos	acidentado com pedras e barrancos	rua- mães e filhos se aglomeram na entrada e na saída.
Ruas emburacadas em frente as escolas	Lixo no terreno ao lado da escola	Balcão para servir a merenda é muito alto
Mato atrás da escola	Escada	Parquinho
Pedras e barranco na escola	Piso escorregadio; muito liso quando encerado	Falta de espaço físico
Perto da tela de proteção (muro) há um barranco alto	Material de construção mal acomodados, podem tropeçar e cair, além de servir de abrigo para animais.- Já foi encontrada uma cobra.	A presença de cachorros e gatos da vizinha. As crianças tem contato. Me preocupo com as fezes desses animais
Muro baixo, onde as crianças podem subir e cair	O espaço do recreio, as mesas ficam muito juntas	
O parque é hiper perigoso, pois não existe espaço suficiente		

As citações dos professores, quanto a ocorrência de acidentes com as crianças na escola, já haviam sido feitas na 1ª fase e estão relacionadas às condições físicas das mesmas, que não se alteraram desde então. Portanto, durante o ano de 1998, após a coleta de dados da 1ª fase não foram relatados, percebidos ou ainda não havia acontecido outros acidentes nas escolas. Fica claro também que nesse período poucas alterações foram realizadas no ambiente físico das escolas.

Os professores citaram ainda como riscos para a saúde das crianças o uso comum de banheiros entre crianças e os funcionários, e o fato de haver um esgoto a "céu aberto" na porta da escola, o que facilita a transmissão de doenças.

Para Pelicioni e Gikas<sup>53</sup> ocorrências frequentes na escola como quedas, escoriações e impactos não têm sido consideradas pelos professores como acidente.

### ***Prevenção de acidentes com as crianças:***

A Prevenção de acidentes ou injúrias deve ser feita tomando-se como princípio os focos de maior risco, procurando combinar ação e informação.

A criança deve ser preparada para reconhecer as situações que causam danos à sua saúde e isso poderia ser feito com o "reconhecimento" do ambiente escolar e delimitação de áreas de riscos, acompanhada pela discussão das soluções para a diminuição ou resolução do problema que está causando o risco no local<sup>53</sup>.

A educação para a prevenção de acidentes fora do ambiente escolar também deve seguir o mesmo princípio. O reconhecimento e a discussão das medidas preventivas de situações perigosas com as crianças devem fazer parte do planejamento pedagógico, incluindo os locais, árvores, telhados e muros, que geralmente fazem parte de brincadeiras; o fogo, os balões e fogos de artifício usados em comemorações e festas juninas; os produtos químicos e as ruas movimentadas, que muitas vezes as crianças percorrem para chegar à escola dentre outros, são exemplos que, por fazerem parte do cotidiano dos alunos, precisam ser abordados.

Outra medida preventiva que a escola pode adotar é envolver os pais e a comunidade através de projetos que possam minimizar os riscos de acidentes de trânsito com as crianças, bem como outras situações existentes na própria escola e em seu entorno.

A ação governamental impõem leis que visam a segurança das crianças, tais como a obrigatoriedade de transportar crianças no banco traseiro dos carros, em acento especial conforme a idade, além do uso de cinto de segurança para as maiores, também são de grande importância para diminuir a mortalidade infantil por acidente.

Os professores, na 2ª bem como na 1ª fase, relatavam que têm realizado a prevenção de acidentes na escola por meio de "orientações" (transmissão de conceitos), entretanto, percebe-se que na 2ª fase também adotaram outras medidas, conforme pode ser visto nos comentários que fizeram:

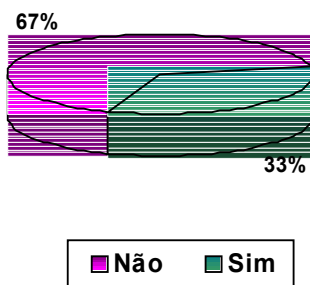
*a prevenção de acidentes na escola foi assim realizada pelos professores participantes:*

<p>"Com conversas com as próprias crianças; atividades relacionadas aos acidentes (variados)."</p>	<p>"Fazemos brincadeiras e simulações de pequenos ferimentos."</p>
--	--

<p>"Passamos uma fita de vídeo quanto às leis de trânsito, semáforo (prevenção de acidentes, atropelamentos); orientamos para não correr, tomar cuidado com o não correr, tomar cuidado com o parque."</p>	<p>"O terreno da escola é acidentado, cheio de pedras grandes (perigoso) o que eu posso fazer é ir lá jogar bola junto pra não perder o controle."</p>
--	--

"Com conversas freqüentes e vigilância"

**Gráfico 11- Percentual de professores que perceberam problemas de visão nas crianças**



Com relação à falta de percepção de problemas visuais, 12 professores responderam que não perceberam sinais e sintomas das crianças, o que pode-se explicar de duas maneiras:

1º - ou eles responderam a questão referindo-se ao ano de 1999, havia iniciado as aulas há 8 dias;

2º- ou realmente referiam-se à falta de conhecimento, pois a capacitação em saúde ocular só ocorreu no início do mês de maio de 1999, ou seja, após a coleta dos dados da 2ª fase da pesquisa.

Quanto ao encaminhamento para os recursos de saúde, 14 professores disseram que se percebessem problemas visuais nos alunos encaminhariam à UBS ou ao Oftalmologista, o que é a conduta usual, porém, destes somente 4 fariam o Teste de Snellen antes do encaminhamento. Esse dado nos leva a acreditar que os outros que não responderam à questão não dominam essa técnica, por falta de treinamento anterior.

Temporini<sup>79</sup>, em estudo realizado com 532 professores da 1ª série do primeiro grau de escolas estaduais situadas em 13 municípios do Estado de São Paulo, constatou que a maioria dos professores por ela entrevistados consideravam-se treinados e habilitados para realizar a observação e entendiam como sendo de sua competência encaminhar e realizar o seguimento das crianças com problemas de saúde, porém a autora concluiu que foi insatisfatória a proporção de professores que realizavam adequadamente esses procedimentos.

Quase todos os professores pesquisados, 17, consideraram importante desenvolver programas de saúde ocular na escola, e relacionaram essa importância como um fator para o desenvolvimento e rendimento escolar da criança e como método preventivo de problemas visuais.

*é importante desenvolver programa de saúde ocular na escola porque:*

"em muitos casos a criança não consegue aprender devido a dificuldade de enxergar"

"preparar os professores na detecção, e para solucionar os problemas dos alunos"

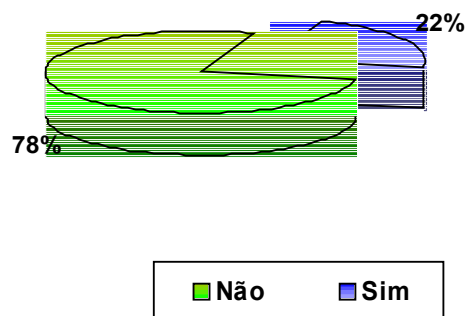
"é importante você estar por dentro de doenças que você nunca ouviu falar, e conhecer e detectar os sintomas, que é o mais importante"

"preveni vários problemas como o tracoma, acidentes com objetos nos olhos"

"ajuda a resolver dificuldades de aprendizagem, prevenir acidentes básicos"

*Teste de Snellen:*

**Gráfico 12 - Número de professores que aplicaram Teste de Snellen durante o ano de 1998.**



Os 4 professores que afirmaram ter realizado o teste de Snellen, à Rede Municipal de Ensino há vários anos, portanto, receberam anteriormente capacitação em saúde ocular e treinamento para aplicação do Teste de Snellen.

Os dados acima apresentados permitem que se afirme, mais uma vez, que os professores não têm recebido do órgão formador o devido preparo para atuar em educação em saúde e necessitam de um programa de educação continuada. Eles próprios reconhecem-se, em seus depoimentos, inaptos a realizarem determinadas ações e denunciam o grave problema de saúde pública, atualmente vivenciado em nosso país, que é a falta de profissionais especializados no atendimento à Saúde.

*os professores participantes não realizaram Teste de Snellen porque:*

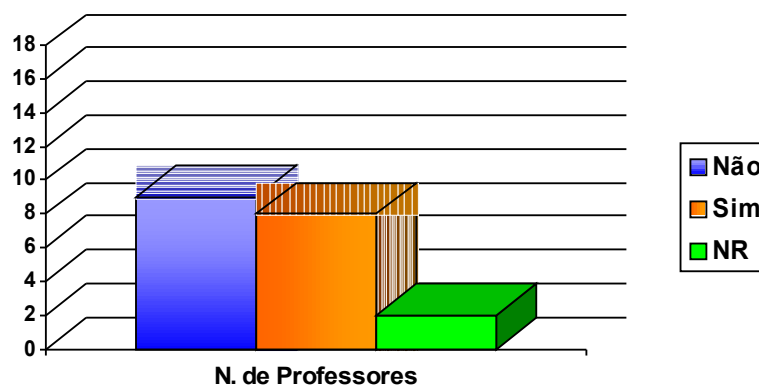
"não tinha oftalmo na UBS para fazer o encaminhamento..."	"Não foi exigida coordenação"
"não tive orientação em como aplicar o teste"	" não tive treinamento"
"não tínhamos oftalmologista no posto e não haveria a quem encaminhar os casos necessários"	"não houve campanha"

Dos 4 professores que aplicaram o Teste de Snellen durante o ano de 1998, dois afirmaram ter tido dúvidas durante a aplicação, porque:

"no começo tive receio de não estar bem. Hoje faço uma brincadeira com as crianças brinco de pirata"

"É muito cansativo por estar aplicando teste e preocupados com os outros que ficam na sala"

**Gráfico 13 - Número de Professores que receberam treinamento para aplicação do Teste de Snellen.**



Nove professores, conforme aparece no gráfico 15, não receberam treinamento para aplicar o Teste de Snellen.

Como na 1ª fase, alguns professores continuaram discordando quanto à eficiência do treinamento para realização do teste de Snellen.

Alguns consideraram o treinamento ineficiente:

"Não foi suficiente porque sempre surge alguma dúvida. Ao meu ver este teste deveria ser aplicado pelo oftalmologista mesmo"

"Não foi suficiente porque sempre resta uma dúvida"

Outros consideraram o treinamento eficiente:

"Foi suficiente porque foi deixado bem claro que aplicaríamos e que em caso de dúvida nos encaminharíamos ao especialista"

"Foi suficiente porque não tive dúvida para aplicar o teste"

Para se obter resultados positivos com a realização do Teste de Snellen é preciso combinar algumas ações:

1ª- o treinamento do professor, que deve reconhecer a escala optométrica como mais uma ferramenta que somada à observação sistematizada do aluno servirá para o encaminhamento, ao especialista, de crianças com suspeitas de problemas visuais.

2ª- antes da realização do teste é preciso seguir rigorosamente as orientações de preparo dos materiais e do local e dos alunos.

3ª- estabelecer parceria com a Secretaria Municipal da Saúde para garantir o atendimento das crianças encaminhadas pelos professores.

4ª- orientar os pais quanto à importância da visão para o desenvolvimento da criança, prevenção de acidentes oculares e observação de problemas visuais.



5º- procurar recursos na comunidade para auxiliar aqueles que não têm condições de adquirir os óculos.

### ***Tracoma:***

No 2º semestre de 1998, os professores tiveram uma palestra para orientação sobre Tracoma e somente 1 professor, num total de 18, ainda não sabia o que é essa doença. Se compararmos com a 1ª fase, houve redução nesse número, uma vez que antes 6 em 20 não sabiam o que era essa doença.

As conjuntivites como o tracoma e outras de origem infecciosa são freqüentes em escolares e o aumento de casos está diretamente ligado à conduta de higiene.

Quando do surgimento de um caso na comunidade escolar, pode-se evitar o seu aumento com orientação e supervisão intensa de medidas de higiene pessoal em relação, principalmente a lavagem das mãos e à suspensão do uso coletivo de objetos, tal como toalhas de rosto e mãos.

Todas as Escolas Municipais da cidade adotaram o uso da toalha de papel descartável como medida preventiva do Tracoma.

O quadro 12 mostra as queixas e dificuldades dos professores. :

### **Quadro 12- Queixas e dificuldades dos professores após a 2ª fase.**

<b>Queixas e dificuldades</b>
"Quando as crianças forem encaminhadas aos especialistas, que os professores tenham retorno por escrito"
"quando tá calor ninguém quer sopa, come pouco... a merendeira percebeu que a criançada prefere comer frango assado, aí todo mundo come tudo. Vai da merendeira, ela é quem acaba decidindo o cardápio..."

"Eu sou responsável pelo período. Será que eu vou ter que dizer prá funcionária limpar o banheiro direitinho?. Eu não, essa pessoa vai ter que receber treinamento"
"Tem um vizinho da escola que jogava os tênis velhos(sapato), penico de urina no fundo da escola, que fica atrás da cozinha...a merendeira já reclamou, eles deram uma parada, mas, o lixo continua..."
"o espaço prá crianças brincar acabou, né... Porque agora estão construindo lá atrás onde elas brincavam"
"eles estão construindo, mas vai continuar só dois banheiros e também não tem bebedouro, as crianças bebem água dentro do banheiro, na pia"
"Dificuldade prá trabalhar a parte sexual, por exemplo. Minha classe é mista e eu tenho uns alunos de 8 anos e outros de 15 anos, na mesma sala"
"não tem educação física à tarde. Os professores de Educação Física só estão indo nas escolas de manhã"

Como na 1ª fase, eles ainda queixam da falta de atenção de alguns profissionais da saúde em dar retorno dos casos encaminhados.

As queixas dos professores estão relacionadas também a:

- a falta de preparo e supervisão dos outros funcionários da escola.
- a falta de planejamento estrutural das escolas.
- dificuldades para desenvolver determinados assuntos, por falta de conhecimento do conteúdo e metodologia adequada. O tema "sexo" nesta bem como na 1ª fase ainda é uma preocupação para os professores.
- falta de recursos humanos para desenvolver um trabalho completo com alunos. A Educação Física, bem como as outras matérias, é muito importante para o desenvolvimento do aluno.

### ***Sugestões dos professores***

#### **Quadro 13- Sugestões dos professores após a 2ª fase.**

<b>Sugestões</b>
"Os pais precisam ser os primeiros a serem trabalhados em relação à saúde..."
"Estar trabalhando o lado do sexo...uma fita boa que os pais pudessem assistir..."
"...tudo tem que ser com os pais ...eu acho assim, não adianta trabalhar só com as crianças..."
"Eu acho que teriam que ser feitas mais reuniões, porque eu acho que tem que falar sempre com eles" (os pais).
"Os professores que já receberam treinamentos deveriam, porque já tem condições, passar para os outros novos"
"Eu queria trabalhar preconceito"
"trabalhar os temas para as professoras trabalharem com os pais, fazer dinâmicas, bolar alguma coisa que mexa com os pais"
Verificar a carteira de vacinação no começo do ano. "depois da matrícula, tira (dos documentos entregues pelos pais) todas as carteirinhas e manda pra professora "

Os professores acreditam que para fazer trabalho de educação em saúde na escola é preciso haver a participação dos pais e dos outros funcionários.

Os professores que participaram do Programa de Educação Continuada se sentem preparados para atuar como agentes multiplicadores, e sugerem começar possibilitando aos outros professores da rede o acesso aos diversos temas de Saúde e Educação discutidos . Novos temas foram levantados para discussão no próximo ano.

## CONCLUSÕES

Dos 20 professores que participaram da 1ª fase do projeto, 2 deixaram de participar alguns dias após a coleta de dados, permanecendo 18 professores até o final.

Dos 18 professores que participaram do projeto, somente 1 era do sexo masculino.

Tanto na 1ª quanto na 2ª fase do estudo, mais da metade (55%) dos professores lecionavam na pré-escola.

Em relação à faixa etária a maior concentração está entre 19 e 32 anos.

Na fase diagnóstica os professores:

- a) percebiam a saúde como falta de doença ou, ainda reproduzindo o conceito de saúde como sendo o mais completo bem estar, não demonstravam entendimento ou reflexão sobre a relação saúde/doença/ qualidade de vida e seus determinantes.
- b) desempenhavam seu papel em relação à saúde dos alunos como agentes fiscalizadores das atividades de higiene, que eram vistas como sinônimo de educação em saúde.
- c) realizavam práticas de Educação em Saúde, quase exclusivamente, com atividades de higiene, tais como lavar as mãos, escovar os dentes, entre outras.

- d) observavam, com certa facilidade e maior ênfase, os sintomas dos desvios de normalidade do crescimento e desenvolvimento; porém alguns sinais passavam despercebidos.
- e) demonstravam, em relação ao encaminhamento dos escolares à Unidade Básica de Saúde, grande diferença entre os professores mais antigos, já capacitados em algumas temas de saúde, e os mais novos que não haviam participado de nenhuma capacitação nos temas em saúde.
- f) manifestaram, por meio das sugestões, o desejo de receber treinamentos em temas de saúde.

A capacitação realizada por meio de discussões calcadas na idéia de saúde como sinônimo de qualidade de vida, possibilitou aos professores a revisão de seus conceitos sobre saúde e educação em saúde, de seu papel como agente de promoção da saúde e prevenção de doenças.

Como resultado do processo de Educação Continuada os professores realizaram:

- a) mutirão de verificação da carteira de vacinação dos alunos das escolas-pólo;
- b) preparo de alimentos alternativos, ricos em vitaminas e proteínas para um almoço comunitário;

- c) o 1º Seminário de Educação em Saúde e Ambiental proferido pelos "Professores Multiplicadores", com a participação de todos os professores da Rede Municipal de Ensino;
- d) o 1º Fórum de Educação em Saúde e Ambiental de Vargem Grande Paulista.

A avaliação do impacto das ações, realizada após o processo de Educação Continuada, permitiu concluir que:

- a) mesmo que ainda existam resquícios, na fala dos professores, da definição de saúde da OMS houve, por parte dos mesmos, retomada e ampliação do conceito de saúde concebida como qualidade de vida;
- b) embora os professores continuassem associando higiene à ações de educação em saúde esse fato se deu em um contexto plenamente justificável, diferentemente da forma como era realizada antes do processo de educação continuada;
- c) os professores demonstraram, em suas falas, maior preparo para descrever os problemas de saúde das crianças, demonstrando que a observação contínua possibilita a percepção de mudanças, às vezes sutis (sinais), ligadas ao aparecimento de estado patológico (sintomas).
- d) Os professores perceberam a importância de seu papel como educadores para a promoção da saúde na escola;

Não foi possível avaliar se houve mudanças nas práticas dos professores em relação a assistência à criança em casos de acidentes na escola, pelo fato dos professores não terem relatado acidentes após a capacitação em primeiros socorros,

Não houve integração por parte da Secretaria Municipal da Saúde, a ponto de estabelecer compromisso com a Secretaria Municipal da Educação que garantisse o atendimento dos alunos encaminhados pelos professores.

Os professores sentiam o descaso e a desvalorização de seu trabalho quando os profissionais da saúde não respondiam aos seus encaminhamentos.

Os professores concordam e anseiam por nova capacitação, permitindo concluir que a Educação Continuada é percebida por estes como uma necessidade pessoal e profissional.

## **CONSIDERAÇÕES FINAIS**

Os dados aqui apresentados foram obtidos como parte de um processo que não se limitou à coleta de dados e análise dos resultados, mas é decorrente de um trabalho construído ao longo de dois anos.

Essa "construção" demandou grande esforço para entender as necessidades da população estudada, para avançar sem ultrapassar os limites impostos pelo respeito do trabalho conjunto e para recuar sem inferir no erro de deixar de lado os objetivos iniciais. Enfim, para "transgredir" alguns paradigmas profissionais agora superados, fruto de uma formação, como enfermeira, direcionada para trabalhar com assistência e com a doença e não com educação e promoção da saúde em seu sentido mais amplo.

Esse trabalho possibilitou consolidar a visão de que a saúde só pode ser definida a partir da análise das condições de existência e da qualidade de vida de cada indivíduo e da comunidade. Esse processo mais do que a elaboração de uma dissertação de mestrado serviu como revisão de desempenho profissional.



## SUGESTÕES

Por tudo que foi exposto, por acreditar que em um futuro próximo as Escolas Municipais de Vargem Grande Paulista podem ser transformadas em Escolas Promotoras da Saúde e no sentido de auxiliar esta transformação, é que sugerimos:

- que a Secretaria da Saúde efetive seu vínculo com a Secretaria da Educação estabelecendo compromisso formal de atender as crianças encaminhadas pelos professores, inclusive com a garantia da resposta a esse encaminhamento, por meio de documento escrito.
- que este vínculo sirva ainda como compromisso em participar do prosseguimento do processo de Educação Continuada.
- que o professor receba o treinamento em Saúde Ocular para realizar o Teste de Snellen, de forma a reconhecer a escala optométrica como mais uma ferramenta que, somada a observação sistematizada do aluno, servirá para o encaminhamento, ao especialista, de crianças com suspeitas de problemas visuais.
- que Secretaria Municipal da Educação propicie meios e recursos materiais que estimulem, facilitem e apoiem os professores para que possam colocar em prática seus projetos de:
  - a) tornarem-se agentes multiplicadores de todo o processo de Educação Continuada, que vivenciaram enquanto membros do grupo de estudo;
  - b) trabalhar os conceitos de Promoção da Saúde com os pais das crianças das escolas;

c) realizar, no início de cada ano letivo, um "Mutirão de Vacinação" para verificar as carteiras de vacinas de todas as crianças das escolas, bem como de seus irmãos;

d) plantar e cultivar horta, juntamente com as crianças, dentro das escolas.

- que a Secretaria da Educação também se preocupe com os outros profissionais (merendeiras, faxineiras e porteiros) das escolas, para que eles tenham a oportunidade de se reciclarem, de modo que também se tornem agentes de promoção da saúde na escola.
- que a observação sistematizada da criança em idade escolar seja amplamente difundida e apreendida pelos professores como uma forma de "olhar com os olhos de quem quer ver", ou seja, que a observação planejada se solidifique como uma forma de acompanhar o crescimento e desenvolvimento dos alunos, e que se torne um instrumento poderoso para promover a saúde e prevenir doenças e acidentes com os escolares.
- que se criem meios, com o auxílio da comunidade, para o encaminhamento imediato dos alunos acidentados, sempre que o professor entender a necessidade, para prevenir o agravamento da situação e/ou seqüelas advindas do acidente. Que a caixa de primeiros socorros continue sendo adotada nas escolas que, fundamentalmente, não contenha medicações de nenhuma espécie e que seu uso seja feito com propriedade por professores habilitados a prestar socorro à criança ou qualquer pessoa necessitada na escola.

## REFERÊNCIAS

1. Araújo VC. **Vargem Grande Paulista: das marcas do passado às conquistas do presente**: Editora Cidade Nova, 1999.
2. Ashton J. **A cidade saudável: uma iniciativa para um novo pensamento em saúde**. [Tradução de apostila, Universidade de Liverpool, fornecida no curso de Municípios saudáveis].
3. Anais da 8ª Conferência Nacional de Saúde; 1986 nov 26-28; Brasília (DF). Centro de Documentação do Ministério da Saúde; 1987.
4. Brasil. **Constituição: República Federativa do Brasil**. São Paulo: IMESP;1988.
5. Bógus CM; Bicudo Pereira IMT; Westphal MF. Educação em saúde na escola: como está a formação de professores de 1ª a 4ª série do 1º grau. **Rev Bras Saúde Esc** 1990; 1: 14-6.
6. Bógus CM. **A reforma sanitária e a educação continuada: a importância do investimento nos recursos humanos dos serviços locais de saúde**. São Paulo;1992 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
7. Búrigo LAZ. Educação em saúde na escola: uma visão atual. **Rev Bras Saúde Esc** 1992; 2: 70-2.
8. Campbell DT; Stanley, JC. **Delineamentos experimentais e quase experimentais de pesquisa**. São Paulo: EPU/EDUSP; 1979.

9. Chiesa AM. **A equidade como princípio norteador da identificação de necessidades relativas ao controle dos agravos respiratórios na infância.** São Paulo; 1999.[ Tese de doutoramento - Faculdade de Saúde Pública da USP ]
10. Cianciarullo TI. **Instrumentos básicos para o cuidar: um desafio para a qualidade de assistência.** São Paulo: Atheneu, 1996.
11. Conceição JAN. **Aspectos médico-sociais do rendimento escolar.** São Paulo; 1979. [Tese de doutoramento - Faculdade de Medicina da USP].
12. Corvino MPF. **A educação continuada nos serviços públicos de atenção primária de saúde.** São Paulo; 1991. [ Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
13. Cunha LA. Os parâmetros curriculares para o ensino fundamental. **Cad Pesq Fundação Carlos Chagas** 1996; 99: 60-72.
14. Dilly CML, Jesus MCP. **Processo educativo de enfermagem: das concepções pedagógicas à prática profissional.** São Paulo: Robe Editorial; 1995.
15. Dugas BW. **Enfermagem Prática.** 4 ed. Rio de Janeiro: Guanabara; 1984.
16. Farhat C. **Fundamentos e prática das imunizações em clínica médica e pediatria.** 3<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro/ São Paulo: Livraria Atheneu, 1989.
17. Ferraz ST. **Cidades Saudáveis: uma urbanidade para 2000.** Brasília (DF): Paralelo 15; 1999.
18. Ferriani MGC Gomes R. **Saúde escolar: contradições e desafios.** Goiania: Cultura e Qualidade, 1997.

19. Focesi E. Educação em saúde: campos de atuação na área .**Rev Bras Saúde Esc** 1990; 1: 19-21.
20. Focesi E. Uma visão de saúde escolar e educação em saúde na escola. **Rev Bras Saúde Esc** 1992; 2: 19-21.
21. Focesi E. Formação em saúde escolar. A criança em idade escola. **Rev Bras Saúde Esc** 1996; 2: 137-9.
22. Focesi E. Saúde escolar: promoção e educação em saúde. **Insight Psicoter** 1996; 6(2/3): 24-6.
23. Forattini OP. Qualidade de vida e meio urbano: a cidade de São Paulo, Brasil. **Rev Saúde Pública** 1991; 25: 75-86.
24. Freire, P. **Educação e mudança**. Rio de Janeiro: Paz e Terra; 1983
25. Fundação Oswaldo Cruz. **Promoção da saúde: declaração de Bogotá**. Brasília (DF); 1996.
26. Fundação Oswaldo Cruz. **Promoção da saúde: declaração de Adelaide**. Brasília (DF); 1996.
27. Fundação Oswaldo Cruz. **Promoção da saúde: carta de Ottawa**. Brasília (DF); 1996.
28. Fundação Oswaldo Cruz. **Promoção da saúde: declaração de Sundsvall**. Brasília (DF); 1996.
29. Gadotti M. **Educação e poder: introdução à pedagogia do conflito**. 7ª ed. São Paulo: Cortez, 1987.

30. Gil AC. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas; 1994.
31. Gilbert MJ. The antropologist as alcoholologist: qualitativive perspectives and methods in alcohol research. **Addiction** 1990/91; 25(2A): 127-48.
32. Gohn MG. **Movimentos sociais e educação: questões da nossa época**. São Paulo: Cortez; 1992.
33. Governo do Estado de São Paulo. Secretaria de Estado da Educação. **Observação de saúde do escolar. Série: Manual para o professor**. São Paulo; 1978
34. Governo do Estado de São Paulo. **Oftalmologia Sanitária Escolar: aspectos educativos. Série : manual do professor**. São Paulo, 1983.
35. Iervolino SA, Pelicioni MCF. A utilização do grupo focal como metodologia qualitativa na promoção de saúde. In: **Anais do 50º Congresso Brasileiro de Enfermagem**; 1998 set 20-25; Salvador, Brasil. p.88.
36. Lencastre EF. **Medo e aprendizagem**. São Paulo; 1995.[Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
37. Loureiro CFB. A educação em saúde na formação do educador. **Rev bras Saúde esc** 1996; 4(3/4): 54-8.
38. Loureiro CFB. A problemática de saúde da criança no Brasil: desafios para uma prática educativa. **Rev bras Saúde esc** 1996; 4: 17-21.
39. Marcondes RS, coordenadora. **Saúde na escola: 1º grau: livro do professor**. São Paulo: IBRASA; 1979.

40. Mckinlay JB .Health promotion through healthy public policy: the contribution of complementary research methods. **Can Public Health** 1992; 83: 11-9.
41. Mendes EV. **Uma agenda para a saúde**. 3ª ed. São Paulo: Hucitec; 1996. p.233-95.
42. Minayo MCS, organizadora . **Saúde em estado de choque**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo; 1987. p.9-20.
43. Minayo MCS. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec Rio de Janeiro - Abrasco; 1994.
44. Ministério da Educação e do Desporto. Secretaria do Ensino Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais**. Brasília (DF): MEC/SEF; 1996.
45. Oliveira MAC. Educação em Saúde: uma estratégia no processo ensino-aprendizagem. Relato de experiência. **Rev bras Saúde esc** . 1994; 3: 130-34.
46. Organización Mundial de Salud. Ciudades sanas. **Rev Organ Mund Salud** 1996; 49 (1):4-9
47. Organização Mundial da Saúde. **Glossário de promoção da saúde**. Genebra; 1998
48. Organización Panamericana de la Salud. **Escuelas promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras**. Washington (DC); 1998. (OPAS - Comunicación para la salud, 13).
49. Organização Pan Americana da Saúde. **Escolas promotoras da saúde** [videocassete]. Washington (DC): Departamento de Informação Pública; 1998.
50. Paixão W. **História da enfermagem**. 5ª ed. Rio de Janeiro: Júlio C; 1979.

51. Pelicioni MCF. **Serviços de saúde: utilização e opinião dos usuários**. São Paulo; 1989 [Dissertação de Mestrado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
52. Pelicioni MCF Westphal MF,. Contribuição da Educação em Saúde para a Reforma Sanitária. **Saúde em Debate** 1991; 33: p.68-73.
53. Pelicioni MCF, Gikas RMC. Prevenção de acidentes em escolares: proposta de metodologia de diagnóstico para programa educativo. **Rev.bras.Saúde esc.** 1992; 2 (1): 23-26.
54. Pelicioni MCF. **Qualidade de vida das mulheres trabalhadoras das creches conveniadas do bairro Bela Vista do Município de São Paulo**. São Paulo; 1995. [Tese de Doutorado - Faculdade de Saúde Pública da USP].
55. Pelicioni MCF, Torres AI. A escola promotora da saúde. São Paulo; 1999. FSP/ USP; ( **Série Monográfica**, 12 ).
56. Pelicioni MCF. As interrelações entre a educação, saúde e meio ambiente. **Biológico** 1999; 61(2):1-4.
57. Pelicioni MCF; Westphal MF; Iervolino, SA; Santos, JVK. Saúde, educação e meio ambiente no contexto de cidades saudáveis: avaliação de impacto: **relatório de pesquisa**. São Paulo; 1999.
58. Philippi Jr A, Pelicioni MCF. **Recursos humanos em educação ambiental: o papel da Faculdade de Saúde Pública da USP**. São Paulo; 1999. [Apostila de textos para discussão no seminário sobre educação Ambiental - desenvolvimento de cursos e projetos- Faculdade de Saúde Pública da USP].



59. Pipitone MA. Melhorias vêm da própria escola. **Jornal da USP**, São Paulo, 1999 outubro 25 a 31.p.12
60. Pires D. **Hegemonia médica na saúde e a enfermagem** . São Paulo: Cortez; 1989.
61. Prefeitura do Município de São Paulo. **Manual de Saúde Escolar**. São Paulo, 1976.
62. Régia V, Sampaio C. **Creche: atividades desenvolvidas com crianças**. Rio de Janeiro: Editora Brasileira de Medicina Ltda, 1984.
63. Relatório da Conferência Internacional Sobre Cuidados Primários de Saúde; 1978; Alma Ata (URSS). Brasília: Unicef; 1979.
64. Ribeiro HP. **O hospital: história e crise**. São Paulo: Cortez, 1993.
65. Santos CAF. **A Enfermagem como profissão: estudo num hospital escola**. São Paulo: Pioneira Editora da Universidade de São Paulo,1973.
- 66.Santos JLF Westphal MF;. Práticas emergentes de um novo paradigma de saúde: o papel da universidade. **Estud Avanç** 1999; 13 (35): 71-88.
- 67.Scliar M. **Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública**. São Paulo: LEPM Editores; 1987.
- 68.Secretaria de Estado da Saúde, Grupo de Atenção à Saúde Mental, Núcleo Técnico de Saúde Mental. **Reflexão sobre uma atuação conjunta saúde e educação frente à saúde mental do escolar do 1º grau**. São Paulo, 1993.
- 69.Segre M; Ferraz FC. O Conceito de Saúde. **Rev. Saúde Pública**. 1997; 31: 538-42.

70. Silva CS. **Programa de saúde do escolar numa perspectiva crítica: atenção à saúde da criança e do adolescente em idade escolar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Gerência do Programa de Saúde do Escolar da Secretaria Municipal da Saúde; 1996.
71. Silva MJ; Pereira LL; Benko MA. **Educação Continuada: estratégia para o desenvolvimento do pessoal de enfermagem**. São Paulo: EDUSP; 1989.
72. Silva TRN, Arelaro LRG. Orientações legais na área de currículo, nas esferas federal e estadual, a partir da Lei 5.692/71. **Cad Cedes** 1987; (13)
73. Silva YF, Franco MC, organizadoras. **Saúde doença uma abordagem cultural da enfermagem**. Florianópolis: Papa- Livros; 1996.
74. Sociedade Brasileira de Pediatria. **Manual de Acidentes e Intoxicações na Infância e Adolescência**. Rio de Janeiro, 1994.
75. Stachtchenko S, Jenick M. Conceptual differences between prevention and health promotion, research implications for community health programs. **Can Journal Public Health** 1990; 81: 53-5.
76. SUS completa dez anos e ganha orçamento vinculado. **Jornal do Cremesp** 1999 nov 147; 8-9.
77. Teixeira A. **Educação é um direito**. São Paulo: Companhia Editorial Nacional; 1968. (p.13-50)
78. Temporini ER. Programas de Prevenção da Cegueira: participação da escola. **Rev.bras.Saúde esc.**,1992; 2: 41-4.

79. Temporini ER. Saúde do Escolar: conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo, Brasil. **Rev.bras.Saúde esc.**,1992; 2: 126-36.
80. Thiollent M. **Metodologia da pesquisa- ação**. 6ª ed. São Paulo: Cortez; 1994.
81. Tolsma D. Meeting global health challenges. **Hygie** 1991; 10(3): 27-9.
82. Universidade de São Paulo. Faculdade de Educação. **Cinqüentenário da Organização das Nações Unidas: atividades didáticas de 1º e 2º grau**. Projeto sobre eventos históricos comemorados durante o ano letivo de 1995. São Paulo;1995.
83. Veronesi R. **Doenças infecciosas e parasitárias**. 7ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1983.
84. Vianna RDA. A educação em saúde nas escola da rede de ensino do Estado de São Paulo de 1925 a 1986. **Rev.bras.Saúde esc.**,1990; 1:50-8.
85. Westphal MF. **Participação popular e políticas municipais de saúde: Cotia e Vargem Grande Paulista**. São Paulo;1992. [Tese de Livre Docência - Faculdade de Saúde Pública da USP].
86. Westphal MF; Tadei JAC; Venancio SI; Bógus CM. Breast-feeding training for health professionals and resultant instituonal changes. *Bull World Health Organ*: 1995; 73: 461- 8.
87. Westphal MF. Municípios saudáveis: aspectos conceituais. **Saúde Soc** 1997; 6(2):9-18.
88. Westphal MF. **Grupo focal: uma técnica de pesquisa qualitativa: exemplo de sua utilização em saúde pública**. São Paulo; 1997 [apostila do curso de Educação

Ambiental da disciplina de Planejamento de Projetos em Educação Ambiental da FSP/ USP].

89. Westphal MF. **Participação popular e a promoção de saúde da criança: relatório de pesquisa**. São Paulo; 1999.

90. Yach D. The use and value of qualitative methods in health research in developing countries. **Soc Sci Med** 1992; 35: 603-12.

## ***ANEXO 1- Questionário***

Caro Professor!

Este questionário tem por objetivo conhecer a opinião dos professores das E.M.E.I.S. e Ensino Fundamental da Secretaria Municipal de Educação de Vargem Grande Paulista, sobre questões de ensino, meio ambiente (respondido anteriormente- parte A) e saúde (o presente - parte B ), para o desenvolvimento de ação conjunta entre a Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo e a Prefeitura local, a fim de contribuir para que cada escola do município seja ambientalmente mais saudável. Você pode contar com o sigilo das respostas como um compromisso do nosso grupo.

### Identificação

Nome:

Sexo:

Idade:

Escola:

Classe:

### Parte B

1) O que você entende por saúde ?

2) O que você entende por educação em saúde ?

3) Você tem realizado atividades de educação em saúde na sua escola ?

1. Não ( )

2. Sim ( )

4) Se sim, na questão anterior, especifique as atividades de educação em saúde que te realizado na escola.

5) Você acha importante trabalhar com o tema educação em saúde no dia a dia da escola?

1. Não ( ) Por que ?

2. Sim ( ) Por que ?

6) Os seus alunos tem tido problemas de saúde na sala de aula?

1. Não ( ) Por que ?

2. Sim ( )

7) Se sim, na questão anterior, como você percebe que o aluno está com problemas?

8) Na escola que você trabalha você identifica condições que podem provocar ou favorecer acidentes com as crianças, com os professores ou com os funcionários ?

1. Não ( )

2. Sim ( )

9) Se sim, na questão anterior, indique três condições de maior risco de acidente existente na escola ( sendo o 1º o mais importante )

- 1-
- 2-
- 3-

10) Desde que as aulas começaram ocorreu algum acidente com as crianças, dentro da escola?

1. Não ( )
2. Sim ( )

11) Caso tenha ocorrido acidente com as crianças, especifique até três que você considerou mais importantes (sendo o 1º o mais importante)

- 1-
- 2-
- 3-

12) A escola tem utilizado alguma forma de prevenção de acidentes com as crianças ?

1. Não ( ) Por que ?
2. Sim ( )

13) Se sim, na questão anterior, dê um exemplo de atividade de prevenção de acidentes realizado pela escola.

14) Você tem percebido nas crianças algum problema ( sinais ou sintomas ) relacionado com a visão ?

1. Não ( )
2. Sim ( )

15) Se sim, na questão anterior, dê até 3 exemplos destes problemas oculares percebidos.

- 1-
- 2-
- 3-

16) O que você tem feito quando percebe que um aluno está com problema visual?

17) Você considera importante a escola desenvolver programa de saúde ocular ?

1. Não ( ) Por que ?
2. Sim ( ) Por que ?

18) Na escola tem havido acidentes oculares com as crianças ?

1. Não ( )
2. Sim ( ) Quais ?

19) No ano passado você aplicou o teste de Snellen?

1. Não ( ) Por que ?

2. Sim ( ) Por que ?

20) Caso você tenha aplicado o teste de Snellen, houve alguma dificuldade ?

1. Não ( ) Por que ?

2. Sim ( ) Por que ?

21) Você recebeu treinamento para aplicação do teste de Snellen?

1. Não ( )

2. Sim ( )

22) Se você recebeu treinamento, ele foi suficiente?

1. Não ( ) Por que ?

2. Sim ( ) Por que ?

23) Você sabe o que é tracoma?

1. Não ( )

2. Sim ( )

24) Se sim, na resposta anterior, o que é ? (responda com suas próprias palavras).

25) Há algum cuidado que os pais podem ter com as crianças para prevenir o tracoma?

1. Não ( )

2. Sim ( ) Quais ?

26) Você deseja fazer outros comentários ou observações em relação a saúde das crianças que freqüentam a escola ?

1. Não ( )

2. Sim ( ) Especifique

Obrigada pela sua colaboração, ela foi muito importante para o programa de saúde e educação.

Data \_\_\_\_/\_\_\_\_/1998.

## *Anexo 2 - Roteiros para os Grupos Focais - 1ª e 2ª fase*

### **1ª Fase**

- 1) Devolutiva dos resultados obtidos da questão nº 4 (atividades de educação em saúde)
  
- 2) O que você acha de realizar atividades de educação em saúde na escola? Vocês tem realizado ? Como tem realizado ?
  
- 3) Devolutiva das questões sobre ocorrência de acidentes gerais e oculares. Aprofundar: como e por que acontecem acidentes gerais e oculares com as crianças? O que se entende por acidente ocular?
  
- 4) Fazer devolutiva das questões sobre o teste de Snellen. Aprofundar : percepção sobre o teste de Snellen- capacitação e necessidade. De quem é a responsabilidade da aplicação do teste?
  
- 5) Após o encaminhamento das crianças aos serviços de saúde indicados, os pais trazem informações sobre problemas detectados (descobertos) e tratamento indicado? Qual a percepção dos pais quanto ao atendimento.
  
- 6) Existe algum sistema de agenda, fichário ou qualquer formulário para anotações de problemas, para o acompanhamento de saúde e doença das crianças?
  
- 7) Os pais trazem a carteira de vacinação das crianças para a escola controlar a imunização? E o que é feito na escola?
  
- 8) Na opinião de vocês há integração entre a Secretaria de Saúde e a Secretaria de Educação ? Como isto acontece? ou porque você acha que não acontece? Como vocês imaginam que essa integração poderia acontecer?
  
- 9) Na sua opinião o que é um indivíduo ou uma criança , uma escola e um município saudável?
  
- 10) Como a escola pode contribuir para tornar os alunos, os professores e o município mais saudável ?



## 2ª Fase

- 1) **Conceito sobre Saúde:** passado 1 ano seu conceito sobre saúde mudou? Como?
- 2- **Educação em saúde:** como deve ser feita a educação em saúde? Só conscientização é suficiente? Que tipos de atividades poderiam ser feitas em 1999? Exemplos de atividades que foram realizadas em 1998?
- 3- **Acidente na escola:** em 1998(08 casos),1999-(06 casos) - esclarecer dúvida se os exemplo são mesmo de 1999-03-26
- 4- **Saúde ocular:** capacitação 07 e 08/05 e mutirão do teste 26/06. Existe necessidade de capacitação? Que tipo de suporte é necessário para a realização? Como os pais poderia estar auxiliando essa atividade?
- 5- **Observação do escolar:** durante o ano de 1998, quando o aluno apresentou algum problema de saúde, foi anotado em algum lugar? Foi necessário fazer encaminhamento? Como foi o desfecho desse encaminhamento? Quais os principais problemas de saúde, que os professores observam, nas crianças dessa faixa etária?
- 6- **Carteira de vacinação:** se acham que essa é uma atividade que pode ser realizada de rotina na escola ? Como foi feito o encaminhamento dos faltosos? Sugestões para as próximas vezes.
- 7- **Integração com a Secretaria da Saúde:** houve alguma modificação na integração com a Secretaria da Saúde?
- 8- **Escola Promotora da Saúde:** quais as características de uma criança saudável? Quais as características de uma escola saudável, de uma escola promotora da saúde?
- 9- **Alimentação Saudável:** é possível dentro da escola ter merenda saudável? De quem é a responsabilidade? Como os professores poderiam contribuir para mudar hábitos de alimentação das crianças?
- 10- **Capacitações em saúde:** avaliação dos temas e do método? Contemplou as expectativas? São necessárias outras? Quais ? Como deveria ser elaborada?
- 11- **A prática:** como é possível tornar prática as capacitações do ano passado? Como é possível trabalhar, dentro do conteúdo curricular, os temas das capacitações?

**Anexo 3 - Temas Desenvolvidos No Processo De  
Educação Continuada Em Saúde**

<b>Carga Horária</b>	<b>Ano de 1998</b>
5hs	Observação do Escolar-
5hs	Verminose
5hs	Prevenção de Acidentes nas Escolas e Noções de Primeiros Socorros
7hs	Erro Alimentar e Oficina de Nutrição Alternativa -
5hs	Doenças Imunopreveníveis e Vacinação
5hs	Noções de Saúde Ocular e Tracoma
5hs	Mutirão de verificação de Carteiras de Vacinação dos alunos
5hs	Promoção da Saúde e Escola Promotora da Saúde*
5hs	Intercorrências e: Primeiros Socorros na Escola *
<b>47hs</b>	<b>Total de horas trabalhadas durante o ano</b>

**Anexo 3 - Temas Desenvolvidos No Processo De Educação Continuada Em Saúde**

<b>Carga Horária</b>	<b>Ano de 1999</b>
1hs	Introdução aos conceitos da "Escola Promotora da Saúde"
4h	Saúde Auditiva: Distúrbios da Fala e Exercícios para "relaxamento" das cordas vocais*
5hs	Saúde Ocular e Teste de Snellen*
1h	Apresentação e discussão do vídeo " <i>Escola Promotora da Saúde</i> "
4hs	Treinamento prático do teste de Snellen*
2hs	Apresentação, para as coordenadoras, do " <i>Projeto Pedagógico de Saúde e Meio Ambiente</i> "
5hs	Saúde Mental: Educadores e Educandos frente ao modelo atual de educação*
5hs	Saúde Bucal: Noções sobre Saúde Bucal e Bochecho semanal com flúor*
<b>27hs</b>	<b>Total de horas trabalhadas durante o ano</b>
<b>74hs</b>	<b>TOTAL DE HORAS TRABALHADAS DURANTE O PROCESSO</b>

\* Nessas Capacitações todos os professores da Rede Municipal de Ensino participaram.

Obs. Os temas

## *OBSERVAÇÃO DE SAÚDE DO ESCOLAR*

Observar:

- Características Físicas
- Características Mentais e Sociais
- Imunização

### O Escolar apresentando Desvios da Normalidade

Observar:

- Estado Geral - ajustamento psicossocial
- Postura e Marcha
- Cabelos e Couro Cabeludo
- Pele
- Olhos/ visão
- Nariz/ olfato
- Boca, Dentes e Garganta/ fala
- Ouvidos/audição
- Pescoço
- Tronco
- Membros superiores
- Membros inferiores







## ***Anexo 5 - Recomendações Para Primeiros Socorros***

Solange Abrocesi Iervolino  
Dez./98

### **◆ RECOMENDAÇÕES GERAIS**

Em caso de ACIDENTE ou DOENÇA SÚBITA na escola é recomendado:

- MANTER A CALMA, pois este é o princípio do bom atendimento.
  - Certificar-se que a caixa de primeiros socorros está em local previamente combinado e acessível a todos os professores.
  - Fazer revisão semanal da caixa de primeiros socorros (cada professor pode ficar responsável por um mês).
  - Após a utilização de algum material da caixa fazer a reposição.
  - Colocar as luvas antes de prestar os cuidados.
  - Se possível, tenha um colchonete na escola. Ele servirá, na prestação de socorro, para pequenos períodos de repouso da criança.
  - Prestar cuidados imediatamente após a ocorrência do acidente.
  - Em caso de acidente graves não oferecer água, chá ou qualquer coisa para a criança ingerir.
  - Afastar curiosos, eles só atrapalham.
  - Providenciar assistência médica, quando necessário.
  - Notificar os pais.
- **NÃO ESQUEÇA:** Registrar a ocorrência na ficha de observação do aluno.

### **◆ RECOMENDAÇÕES ESPECÍFICAS**

#### **●ATAQUE EPILÉPTICO OU CRISE CONVULSIVA**

São caracterizadas por movimentos súbitos e violentos, podendo ser generalizados ou localizados (por exemplo em um dos braços), acompanhados de perda de consciência, relaxamento dos esfínteres (motivo pelo qual a criança pode urinar e evacuar durante a crise) seguidos de relaxamento profundo e, na grande maioria das vezes, sonolência. A crise pode ser precedida por alguns movimentos que não são comuns à criança: piscada de olhos de forma intensa e repetida, enrijecimento dos braços e/ou pernas. Quando elas - as crianças - são maiores,



muitas vezes, minutos antes do início da crise relatam que enxergam "bolinhas coloridas", ou "formigamento" de um dos dedos das mãos, ou movimentos involuntários de uma das mãos ou qualquer outro sintoma que a faça pressentir que vai iniciar uma crise (é chamada de "áurea" da crise epiléptica).

A Epilepsia e/ou as Convulsões NÃO são transmissíveis, portanto não se preocupe ao socorrer a criança, pois você NÃO VAI "PEGAR" A DOENÇA.

- CUIDADOS

- Mantenha a calma;
- Proteja a cabeça da criança de qualquer risco de ferimento durante a movimentação brusca ocasionada pela crise. Utilize uma blusa, uma toalha, um pano qualquer dobrado sob a cabeça, ou ainda você pode segurar a cabeça evitando que fique batendo no chão;
- Mantenha a criança deitada virada de lado, ou com a cabeça de lado;
- Afrouxe as roupas, o suficiente para oferecer o conforto para a criança;
- Observe os tipos de movimentos que estão acontecendo. Se possível marque o tempo de duração da crise;
- Durante a crise, geralmente, os braços e pernas tornam-se rígidos. NÃO tente esticá-los, poderá ocorrer fratura.
- Aguarde o término da crise. Mantenha a calma, geralmente ao término de 2 a 3 minutos a crise terá passado.
- Ao término da crise, geralmente a criança estará sonolenta. Deixe-a dormir.
- Leve-a ao pronto socorro.
- Comunique os pais.
- NÃO ESQUEÇA: Anote na ficha de observação do aluno.

## ●CHOQUE

Pode ser causado por dor intensa, hemorragia, grande queimadura, fraturas, traumatismos em geral. É caracterizado por palidez e transpiração fria. Pode causar náuseas, vertigens, pulso rápido ou fraco. Frequentes ou prolongados, os períodos de inconsciência são sinais de gravidade.

- CUIDADOS

- Coloque a criança com os pés elevados, em nível levemente acima do tronco, se estiver sentindo náuseas ou vômitos mantenha a cabeça virada de lado.
- Mantenha a criança aquecida e seca, exceto nas queimaduras, com cobertor ou toalha.
- Desaperte as roupas.
- Procure assistência médica urgente.
- Comunique os pais.

➤ **NÃO ESQUEÇA:** Anote na ficha de observação do aluno.

### ● **DESMAIO**

Pode ser causado pela hipoglicemia ( "falta" de açúcar no sangue) que na grande maioria das vezes, é causado pela falta de alimentação. É caracterizado por palidez ou rubor das faces, respiração superficial, pulso lento, transpiração, extremidades frias, e curtos período de inconsciência.

#### • CUIDADOS

- Afaste os curiosos.
- Procure local ventilado.
- Coloque a cabeça da criança em posição horizontal com a cabeça mais baixa que o corpo; se não for possível deitá-la, mantenha-a sentada com a cabeça apoiada nos joelhos.
- Ofereça chá morno, suco, água ou leite açucarados.
- Ofereça alimentos.
- Se os sintomas persistirem encaminhe ao pronto socorro.
- Comunique os pais.

➤ **NÃO ESQUEÇA:** Anote na ficha de observação do aluno.

### ● **EPISTAXES - SANGRAMENTO NASAL**

Muito comum no verão, pela sensibilidade capilar (veias muito fininhas) da mucosa nasal, como consequência da rinite alérgica. Pode ser causada também pela manipulação intensa e freqüente, ou ainda como causa de traumatismo.

#### • CUIDADOS

- Fique e mantenha a criança calma; em geral o sangramento cessa espontaneamente dentro de alguns minutos.
- Certifique-se que não há nada apertando ou incomodando o pescoço da criança.
- Coloque a criança sentada, recostada, com a cabeça inclinada para trás.
- Faça pressão firme, por 4 ou 5 minutos, sobre a narina que está sangrando ;
- Se o sangramento persistir, tampe , superficialmente, com algodão a narina que está sangrando e leve a criança ao pronto socorro.
- Comunique os pais.

➤ **NÃO ESQUEÇA:** Anote na ficha de observação do aluno.

## ● **FERIMENTOS**

### • **ESCORIAÇÕES**

#### • CUIDADOS

- Lave o local com água e sabão; repasse com muita água corrente.
- Jogue o pedaço de sabão que foi utilizado.
- Deixe o ferimento exposto.
- 

### • **FERIMENTOS COM OBJETOS CORTANTES E/OU PERFURANTES**

#### • CUIDADOS

- Lave o ferimento com água e sabão; repasse com muita água corrente.
- Certifique-se que não restou terra ou qualquer outra sujeira no local do ferimento.
- Jogue fora o sabão utilizado.
- Avalie, se o ferimento for extenso ou profundo cubra com gases e esparadrapo.
- Se estiver sangrando persistentemente faça o curativo um pouco mais apertado e encaminhe rapidamente ao pronto socorro.
- Verifique, na ficha de observação, se as vacinas estão em ordem (atenção para a dose de reforço do tétano que deve ser dada aos 5 anos de idade).
- Comunique os pais;

➤ **NÃO ESQUEÇA:** Anote na ficha de observação do aluno.

## ● **LUXAÇÕES E FRATURAS DE PERNAS OU BRAÇOS**

### • **LUXAÇÕES OU ENTORCES**

#### • CUIDADOS

- Aplique compressas frias ou bolsa de gelo no local. A bolsa de gelo pode ser feita com um saco plástico cheio de gelo e envolvida em uma toalha.
- Mantenha o membro, que sofreu o entorce, em situação de repouso. Oriente a criança para não forçar o membro que está machucado.
- Mantenha o membro aquecido, aproximadamente após 15 minutos de compressa. Para o aquecimento pode-se utilizar a faixa de crepe, desde que esta esteja envolvendo o membro sem aperta-lo.
- Encaminhe ao pronto socorro.
- Comunique aos pais.

➤ **NÃO ESQUEÇA:** Anote na ficha de orientação dos aluno.

### • **FRATURAS**

#### • CUIDADOS

- Movimente a criança o menos possível.
- Imobilize o local fraturado, utilize a tala (se não houver uma tala pronta, esta pode ser improvisada com um cabo de vassoura, um pedaço de madeira ou ainda um jornal grosso dobrado), a faixa e a fita crepe ou esparadrapo.
- Se a fratura for em um dos braços faça uma tipóia ( um apoio, que pode ser feito com um camiseta amarrada em torno do pescoço, como um grande "colar") amarrada no pescoço para oferecer conforto ao membro.
- Encaminhe ao pronto socorro.
- Comunique aos pais.

➤ **NÃO ESQUEÇA:** Anote na ficha de observação do aluno.

Observação: caso ocorra rompimento da pele pelo osso, não tome conduta nenhuma, leve rapidamente ao pronto socorro.

## ● **QUEIMADURAS**

As queimaduras causam desidratação intensa dos tecidos da pele. O grau de desidratação vai depender da gravidade da queimadura, que pode atingir somente a camada superficial, no caso das queimaduras de primeiro grau, ou todas camadas, que são as queimaduras de terceiro grau.

### • CUIDADOS

- Avalie a extensão e profundidade da queimadura:
  - primeiro grau: pele avermelhada
  - segundo grau: presença de bolhas
  - terceiro grau: destruição de tecidos
- No momento exato após a queimadura lavar abundantemente com água fria corrente.
- Se a queimadura for pequena e superficial e a pele apresentar vermelhidão, após lavá-la, passe vaselina líquida e deixe descoberto.
- Se a queimadura for de tamanho médio e apresentar, quase que imediatamente, bolhas, após lavar, aplique vaselina líquida. Não rompa as bolhas. Oriente os pais para levarem a unidade básica mais próxima do local de residência da família.
- Se a queimadura for extensa e houver destruição de tecidos, envolva o membro em um tecido limpo e molhado em água limpa. Encaminhe imediatamente ao pronto socorro.
- Comunique ao pais.
- **NÃO ESQUEÇA: Anote na ficha de observação do aluno.**

### ***Referência Bibliográfica***

- MARCONDES, RUTH SANDOVAL. Saúde na Escola - Manual do Professor - São Paulo, 1979. Texto baseado e modificado.

## ***Anexo 5 - Caixa De Primeiros Socorros***

01 termômetro

1 par de luvas

01 pedra de sabão de coco (dividida em pedaços pequenos - uso descartável)

02 pacotes com 10 gases cada

2 ataduras de crepe média

01 rolo de esparadrapo

01 tesoura

01 rolo de fita crepe

01 tala

01 rolo de algodão

01 frasco de 250 ml de soro fisiológico

***Anexo 6 - Programa Desenvolvido Em Conjunto Com A Secretaria  
De Saúde De Vargem Grande Paulista***

**a- Saúde Auditiva:**

- a.1. Fisiologia da fala e da audição
- a.2. Distúrbios da fala
- a.3. Proteção das cordas vocais
- a.4. Detecção precoce dos distúrbios auditivos

**b- Saúde Ocular\***

- b.1. anatomia do olho
- b.2. fisiologia da visão
- b.3. Distúrbios visuais
- b.4. Teste de Snellen
- b.5. Prática do Teste de Snellen
- b.6. Encaminhamentos de crianças com suspeita de problemas

**c- Saúde Mental:**

- c.1. O professor frente ao processo de educação
- c.2. Família e escola
- c.3. Disciplina e problemas com disciplina
- c.4. Autoridade e disciplina
- c.6. Liberdade e disciplina

**d- Saúde Bucal:**

- d.1. Estrutura dental
- d.2. Dentições
- d.3. Doenças dos dentes e da gengiva
- d.4. Prevenção de problemas bucais
  - d.4.1. higienização
  - d.4.2. aplicação de flúor
  - d.4.3. o papel do professor

---

\* Nesta capacitação além da médica sanitária da Secretaria da Saúde do Município contou-se também com a presença de um oftalmologista sanitário da Secretaria da Saúde da Cidade de São Paulo.