

cando-se um alto índice de carência nutricional nas camadas de renda mais baixa. O problema da desnutrição não pode ser analisado isoladamente, porque está inserido em um conjunto mais amplo de fatores sociais, tais como habitação, saneamento, educação, cuidados médicos, que estão subordinados à mesma política econômica determinante da estrutura social vigente. Nessa ordem de idéias, é justo repensar-se a relação desnutrição/fracasso escolar, que até agora vinha re-passando à deficiência nutricional a responsabilidade pelo rendimento escolar, isentando a escola de uma postura de auto-crítica e transformação. O rendimento escolar é resultado de inúmeras variáveis que atuam no contexto social e educacional. O que se deve questionar principalmente, é a organização do ensino, as condições físicas da escola, a formação profissional dos professores, o currículo e outros múltiplos fatores inerentes ao sistema escolar, que têm mais peso que a desnutrição no aproveitamento final do aluno.

CUNHA (1977) reforça a postura de MOYSES (1985), ao advertir que no Brasil a fome "não é um problema residual", mas uma consequência da política e da estrutura econômica características dos países capitalistas. Cabe ao Estado promover, organizar e regulamentar a educação, não submetendo-a aos interesses econômicos das classes dominantes. O mesmo comportamento é observado no setor da saúde.

LIMA (1985) observa que a preocupação em torno do problema da saúde escolar, aparece quando o investimento feito em cima da força de trabalho, é ameaçada pelas altas taxas de morbimortalidade da população. Às classes dirigentes interessa o desenvolvimento da higiene pública, na medida em que o esforço empreendido no sentido de resguardar a força de trabalho, vai reverter em benefício da sociedade capitalista, aumentando a produtividade e contribuindo para manutenção do "status quo".

Continuando, LIMA (1985) pondera que o conceito de saúde de CANGUILHEM (1978), para quem "a saúde é uma maneira de abordar a existência, com uma sensação não apenas de possuidor ou portador mas também, se necessário, de criador de valor, de instaurador de normas vitais", é que deve nortear os educadores no ensino da saúde. O ser humano saudável não é apenas normal, mas, ampliando o espaço onde ele vive e atua, é ou deveria ser veículo de transformação social enquanto "meio de manipulação adequada aos meios de produção". O homem é um ser normativo, não só biológica, mas também socialmente. E é sobre esta normatividade social que a educação vai agir. Se não é possível ao grupo dominante "ditar normas à vida", é possível, através da educação, ensinar novos valores normativos, adequando-a aos interesses da classe dominante. A pedagogia da saúde, imbuída dos conceitos e ideologia formulados pelos intelectuais do sistema, introduz a idéia da segregação e aceitação do indivíduo como parte de uma classe social.

COLLARES E MOYSES (1985) salientam que o baixo rendimento escolar, com reprovações e evasões, é uma realidade dura, com a qual o Brasil vem se defrontando há muitos anos. Presente em todos os níveis de ensino, torna-se mais acentuado na 1ª série do 1º grau. Apontado com grande veemência como a principal causa do fracasso escolar, o problema da saúde não recebeu ainda, por parte de autoridades governamentais, médicos e professores de 1º grau, nenhum estudo destinado a avaliar criticamente essa situação.

NOVAES E ZUCCOLOTTO (1985) analisando as pesquisas feitas sobre a saúde do escolar brasileiro, apontam a ausência de dados sobre as características sócio-econômicas dos pesquisados, os antecedentes e a situação atual da criança, o que impede uma avaliação mais ampla sobre o quadro existente.

Continuando, NOVAES E ZUCCOLOTTI (1985) em estudo feito com 190 crianças num período de 3 anos em um centro de saúde-escola de São Paulo, constatam que as queixas mais frequentes de crianças em idade escolar são dores localizadas, dificuldades escolares, queixas vagas, alterações psico-emocionais e afecções respiratórias. O que se pode inferir destes resultados é que essas queixas de um modo geral, raramente são expressão de uma alteração orgânica mais séria, e sim o reflexo de um estado emocional instável, de uma situação social indesejável. O mesmo processo se repete com relação à dificuldade de aprendizagem. Nos dois casos, o atendimento médico é visto como solução de problemas localizados num contexto mais amplo que o verificado até agora. A assistência médica ideal seria aquela que visse no escolar o indivíduo integrado a seu meio social, identificando os fatores que atuam no seu universo cotidiano, e trabalhando a partir da realidade existente.

Os serviços de saúde voltados para o escolar, de acordo com os autores acima citados, já existem no Brasil desde a década de dez, e estão subordinados às secretarias de Educação. Sem prestar uma assistência efetiva à criança, representam mais uma satisfação do Estado às reivindicações da população nesse setor.

Terminando, NOVAES e ZUCCOLOTTI (1985) afirmam que a questão da saúde escolar no Brasil tem de ser repensada, procedendo-se a um envolvimento da população e do governo num movimento que traga soluções a um problema comum a toda sociedade.

COLLARES e MOYSÉS (1985) observam que os educadores de um modo geral não se interessam pelas questões de saúde, delegando-as à área médica, que por sua vez debruça-se cada vez mais sobre o problema. Avoluma-se a literatura médica sobre distúrbios de aprendizagem confirmando-os como problemas de origem e solução médicas, e enquadrando-os numa nova área de atuação da medicina chamada

"nova morbidade". No Brasil, este novo enfoque tem tido grande aceitação difundindo-se rapidamente através de livros e artigos publicados em revistas americanas, e através da posição assumida pelas associações médicas brasileiras.

Continuando COLLARES e MOYSÉS (1985) afirmam que a carência de uma literatura científica e crítica sobre a relação entre escola e saúde, e a difusão desse novo conceito, contribuem para que se mantenha a visão acrítica do médico, e a conseqüente medicalização do fracasso escolar. A medicalização de um problema consiste na determinação de causas e soluções médicas, para uma questão fundamentalmente social, num processo organicista que, na educação promove explicações fisiopatológicas para o fracasso escolar. Desse modo, ratificando o que já foi dito anteriormente, retira-se da escola e do sistema escolar, qualquer responsabilidade sobre o baixo rendimento verificado, localizando na criança as causas para as altas taxas de fracasso escolar, e explicando-as através de doenças.

Ainda segundo COLLARES e MOYSÉS a medicalização das questões sociais dá-se de maneira variada, segundo a classe social em que a criança se encontra inserida. O fraco rendimento escolar demonstrado por crianças vindas de famílias das classes trabalhadoras, é atribuído às condições adversas de saúde. Não se leva em conta o fato de crianças estudarem em escolas de periferia, com professores despreparados, submetidas a um sistema impregnado de vícios e distorções sociais e educacionais. Assim, a criança que demonstra dificuldade em aprender, que é agressiva com movimentação física exagerada ou aquela outra que é apática, com menor disponibilidade para atividades físicas, é encaminhada para um serviço médico que professa os mesmos preconceitos que os educadores. À criança agitada é dado o rótulo de hiperativa, à apática de desnutrida.

Mais uma vez constata-se a medicalização do fracasso escolar, ao se isentar o sistema educacional-macro

sistema e as condições sociais e familiares da responsabilidade pelo mau rendimento escolar, e atribuindo-o a uma causa orgânica, reduzindo-o ao micro-sistema que é a criança. (SUCUPIRA - 1985).

Com respeito à hiperatividade a autora acima citada pondera que há todo um conjunto de relações e reações por trás da criança hiperativa. O comportamento agressivo muitas vezes é uma resposta às críticas e repreensões dos pais e professores, ou mesmo uma manifestação de um estado de ansiedade que acomete a criança ao se defrontar com situações novas e desconhecidas. A atitude correta frente a essas crianças, seria a de tentar situá-las em seus micro-sistemas, a família, a escola, a comunidade, identificando as situações de tensão por elas vivenciadas, apreendendo as suas características individuais, as suas relações intra-familiares, numa tentativa de se chegar ao cerne do problema explicitado na hiperatividade.

Concluindo, SUCUPIRA (1985) entende que o problema da hiperatividade deve ser visto menos como uma alteração orgânica, e mais como "um comportamento gerado por questões, pedagógicas ou decorrentes da dinâmica familiar". O que se deve esperar dos profissionais envolvidos com estas crianças, é uma atitude de compreensão frente ao comportamento apresentado, buscando apresentar soluções que integrem satisfatoriamente a criança ao meio ambiente familiar, social e escolar. Aos professores e médicos é necessário o desenvolvimento de uma visão crítica, capaz de retirar da hiperatividade o conceito de "doença" responsável pelo fracasso escolar.

Segundo COLLARES (1985) a relação entre desnutrição e rendimento escolar é questionável, enquanto que a interferência da fome com a aprendizagem é uma questão indiscutível.

Com a progressiva deterioração salarial que afeta as condições de vida, tornando a alimentação paupér-

rima, cresce cada vez mais o número de crianças que chega à escola em jejum e a merenda escolar constitui a única refeição dessas crianças.

O Programa Nacional de Alimentação do Escolar (PNAE) é um programa de suplementação alimentar conduzido pelo MEC, inicialmente chamado de Campanha Nacional de Alimentação Escolar (CNAE) ou Merenda Escolar das escolas oficiais, criado em 1955. Este foi substituído em 1981 pelo Instituto Nacional de Assistência ao Escolar (INAE). Em 1982 foi criada a Fundação de Assistência ao Estudante (FAE) fruto da junção do INAE e da Fundação Nacional do Material Escolar (FENAME). A FAE congrega todas as atividades de assistência ao estudante desde a concessão de bolsas de estudos até os programas de merenda e material didático. O Programa de Merenda, isoladamente, não poderá resolver a questão do fracasso escolar, urgindo que se verifiquem transformações econômicas e sociais que, efetivamente dêem combate a carência nutricional da criança brasileira (COLLARES, 1985).

Prosseguindo COLLARES (1985) assinala a necessidade de se vincular o Programa de Merenda Escolar às atividades pedagógicas desenvolvidas nas escolas. Na maioria dos estados brasileiros a merenda escolar é um programa centralizado, à base de "formulas", que não têm qualquer relação com os hábitos alimentares da região. Em contrapartida, um Programa de Merenda que adote alimentos "in-natura" ou industrializados, bem aceitos na região, tornaria possível a relação merenda/pedagogia.

Atualmente o que se observa, explica COLLARES (1985) é uma total ausência de organização e controle de programa, tanto na parte administrativa quanto na parte de fiscalização da qualidade dos alimentos usados na merenda.

A Fundação de Assistência ao Estudante (FAE), buscando a melhoria da qualidade da Merenda, tem



procurado descentralizar o Programa, no sentido de possibilitar a adaptação aos hábitos alimentares regionais, servindo-se de alimentos produzidos na própria região de consumo. COLLARES afirma que a vinculação da merenda ao pedagógico usando produtos "in natura" regionais, estaria ao mesmo tempo possibilitando a integração da escola à comunidade, ativando os pequenos produtores na comercialização dos seus produtos e promovendo o aprendizado de hábitos de higiene e nutrição, através da transformação da merenda escolar em programa educativo.

Sintetizando COLLARES (1985) admite que esta nova concepção do Programa de Merenda Escolar só poderá ter aplicação no Brasil a longo prazo, no entanto, a "sua vinculação ao pedagógico deve ser buscada imediatamente".

Retomando o tema de medicalização do fracasso escolar COLLARES (1985) diz que o que se pode observar é uma falta de conhecimentos elementares por parte dos professores na área de saúde, e uma quase ignorância médica das características da criança em idade escolar. Em decorrência disso, a aceitação de uma teoria organicista, despi-da de qualquer crítica, torna-se bastante comum, e é reforçada pela atitude das associações médicas brasileiras, apologistas da oficialização da "saúde escolar" como especialidade médica na prática privada, buscando o reconhecimento e a remuneração de consultas por parte do INAMPS. (COLLARES e MOYSÉS, 1985)

Prosseguindo, COLLARES e MOYSÉS (1985) entendem que a educação incorpora as questões relativas à saúde de duas maneiras: a primeira através da vinculação dos serviços de saúde às pastas de Educação; a segunda, através dos programas de ensino da saúde.

Quanto à vinculação dos serviços de saúde às pastas de Educação, pode-se dizer que, a nível prático, o que se tem verificado, é uma simples vistoria periódica dos alunos, como uma pré-qualificação às aulas de educação fí-

sica. Aqui cabe uma pergunta: "qual a eficácia clínica dos exames médicos habitualmente realizados nas escolas?" (LIMA, 1985). Conforme regulamentação (Lei Federal nº 69450 de 19/11/1971) no Brasil o exame médico deve ser feito como pré-qualificação dos alunos para a prática de Educação Física.

É reconhecido que o melhor exame médico é aquele realizado no interior do sistema de saúde, na presença da família e que "dificilmente é substituído com vantagem por qualquer outro procedimento nas escolas".

LIMA (1985) pondera que a maior parte das crianças desenvolve atividades físicas que representam algum tipo de esforço. Essas atividades são observadas pela família, e se em algum momento, a criança apresentar qualquer reação negativa ao esforço desenvolvido, fatalmente será encaminhada ao médico para diagnóstico e tratamento adequado. O que o autor questiona, na verdade, é a validade de um teste médico específico para a prática de educação física, quando há carência de um serviço de saúde que atenda à população brasileira em geral e ao escolar em particular. Enfatiza ainda a necessidade de que as noções básicas, de saúde e identificação de patologias voltem a fazer parte do currículo de formação dos professores, especialmente os professores de educação física. Para o autor é imprescindível que educação e saúde caminhem juntas, avançando sempre em busca de benefícios que atendam às aspirações da sociedade brasileira como um todo.

PORTELA (1980) tem uma visão mais otimista da relação entre educação e saúde. Para ele a escola participa na identificação das necessidades básicas da comunidade, e deve atuar na busca de soluções para seus problemas educacionais e de saúde, através de ações educativas integradas em prol da população e deve ainda ser um "centro de irradiação comunitária", alcançando as famílias, através da criança, e transmitindo noções básicas de higiene, saú-



de, nutrição e prevenção de doenças.

Concluindo, PORTELLA (1980) assinala outro ponto em comum entre os programas educacionais e de saúde, que seria a formação de agente de saúde em nível de 1º e 2º graus usando inclusive os cursos supletivos que contribuiriam para educação ou reciclagem desses agentes.

#### 2.4. PROGRAMA DE SAÚDE NA ESCOLA

Na década de dez, segundo LIMA (1985) no movimento de "republicanização da República" dentro da velha sociedade rural se expandia uma sociedade urbano-industrial. Nesta sociedade teve lugar o ideário da "Escola Nova" resultando o otimismo pedagógico que Nagle denominou de "entusiasmo pela educação". A Escola Nova, segundo LIMA (1985), implicava numa transformação completa no campo da escola, no papel do educador, nos métodos e técnicas de ensinar-aprender e na natureza dos programas. No campo da puericultura e da higiene a "função social" da higiene escolar era a de combater a mortalidade infantil evitável, através da educação. A higiene escolar atuando na escola com ação preventiva e curativa tinha que ser implantada pois essas idéias estavam ligadas à unificação nacional de progresso e de grandeza. Os médicos que traziam a cultura de outros países para cá, eram os intelectuais da classe média ou pequena burguesia em expansão, pelo saber científico, validado pelas vitórias contra a pestilência e por um progressivo e novo poder de curar, se tornavam perfeitos para validar o discurso da burguesia fundamentando o que a higiene prometia.

Ampliava-se assim o campo de interferência médica reforçado pelo fato de estar a antropometria contida

na higiene escolar.

Ainda segundo LIMA (1985) a organização de sociedades filantrópicas foi o meio utilizado para maior difusão e aceitação da higiene escolar que seria utilizada para modernizar a sociedade, melhorar as condições de vida e de saúde da população com assistência escolar de caráter filantrópico. O ideário da higiene escolar ia ocupando os espaços abertos no texto legal e a interferência médico-odontológica teria muita importância para a história da saúde escolar.

Como mencionamos anteriormente, cabe lembrar o papel do educador para a transformação da escola. A primeira iniciativa empreendida neste sentido segundo LIMA (1985), foi a de Arnaldo Vieira de Carvalho quando criou, nos últimos anos da década de dez o curso teórico-prático de higiene e puericultura para professores, médicos e enfermeiros.

Cabe destacar ainda a iniciativa do Professor Geraldo Horácio de Paula Souza, que segundo SANTOS (1984), implantou o primeiro curso de Educadores Sanitários voltado para a formação de pessoal na área da Educação para a Saúde no Brasil.

Pela lei nº 1.121 de 30 de dezembro de 1925, os professores regentes de classe eram comissionados junto ao Instituto de Higiene para freqüentarem o curso, que inicialmente teve duração de um ano e meio, diminuindo depois para um ano. Após o término do curso, os professores podiam voltar para a regência integrando saúde no programa geral de ensino, ou engajarem-se em Centros de Saúde criados para atender a parte educativa e de enfermagem.

O Decreto nº 4.089 de 17 de agosto de 1926, segundo SANTOS (1984), definia como finalidades do curso "o ensino de conhecimentos teórico-práticos de higiene" a professores de nível primário, visando a disseminação desses conhecimentos a todas as camadas sociais, contribuindo na

formação da consciência sanitária do povo, e nas campanhas profiláticas, em colaboração com o serviço de saúde pública.

No dizer de LIMA (1985), a reforma na Escola Normal, na década de vinte, com a inclusão da higiene como disciplina, teve uma importância maior do que se pode perceber, segundo autores que escreveram sobre o assunto. A existência de um profissional especializado em higiene conferia autoridade às propostas dos higienistas da época e propiciava maior difusão de suas idéias.

SANTOS (1984) diz que ao fazerem uma avaliação dos resultados deste primeiro curso em 1936, os professores Geraldo Horácio e Borges Vieira mostraram-se entusiasmados louvando a eficiência de suas educadoras "imbuídas da noção educativa antes que da médica".

Em 1946 o Instituto de Higiene, de acordo com o autor acima citado, transformou-se em Faculdade de Higiene e Saúde Pública, passando a admitir candidatos com diploma de curso secundário completo e admitindo enfermeiras para trabalhar conjuntamente com os Educadores Sanitários, atuando no mesmo campo e exercendo funções similares.

MELO (1981) observa que a Fundação SESP teve participação na reforma do currículo da Faculdade de Higiene e Saúde Pública, especialmente no currículo da educação sanitária. Os fatores sociais, econômicos e culturais incorporados ao modo de compreender e explicar a saúde/doença, formavam barreiras à ação educativa. Estas barreiras consideradas como fenômenos individuais, deviam ser detectadas a fim de serem destruídas. Ao se promover a educação do indivíduo, estava-se procedendo à prevenção de doenças e ao encaminhamento para um estado de saúde.

Ainda segundo MELO (1981) no período de 1942 a 1964, a saúde e a educação sempre estiveram presentes nos programas das políticas oficiais. A educação sanitária foi um espaço aberto às práticas sociais que estavam canaliza-

das para a "necessidade de formação e manutenção da mão-de-obra".

Em 1961 a Faculdade de Higiene e Saúde Pública encerrou o curso de Educação Sanitária. Para MELO (1981) as razões para o encerramento deste curso estão ligadas à mudança de visão da educação sanitária; o curso passou a ser oferecido a profissionais ligados a diversas áreas, auxiliares que vieram se integrar à equipe de saúde, tirando o enfoque puramente biológico dado à educação até aquele momento. Para mudar os conceitos e quebrar as "barreiras" culturais, econômicas, sociais e psicológicas das populações atrasadas, era necessário a modernização da sociedade.

MELO (1981) explica que através da Fundação SESP e sob influência norte-americana, foi reaberto em 1967 o curso de Educação Sanitária na Faculdade de Saúde Pública da USP, com a denominação de Curso de Educação em Saúde Pública, e passou a formar o educador de Saúde Pública, sendo oferecido a profissionais de nível superior, de preferência aos das áreas de Ciências Sociais (humanas em geral). O problema saúde/doença deveria ser observado na sua "multicausalidade", mas as soluções ainda teriam de ser dadas pela educação. Ao profissional da Saúde Pública cabia detectar e identificar as "barreiras" sociais, econômicas e culturais apresentadas pela população e estabelecer as medidas educativas a serem tomadas pela equipe de saúde.

FREITAG (1977) diz que o Educador em Saúde Pública não foi bem aceito pela sociedade brasileira da época (1967), que sofria a influência de um regime autoritário, repressivo, concentrador e centralizador de renda. "As questões sociais eram de ordem da segurança nacional". Uma nova ordem civil, econômica e social foi implantada e tudo passou a ser controlado pelo Estado. A sociedade política dominou e controlou a sociedade civil. A Educação e a Saúde foram contempladas como áreas de investimentos, ad-

quirindo "status" de mercadoria.

Em 1975 surgiram alguns acontecimentos marcantes como: a criação do Programa de Educação Sanitária e Ação Comunitária da Fundação Mobral para o Nordeste (1975); a realização da IV Jornada Brasileira de Estudos de Educação em Saúde (Brasília, DF-1975); e o convênio assinado entre o MEC-PREMEN/MSDMES, para a elaboração de novos materiais de ensino de saúde.

Outra medida que incorpora às questões relacionadas à saúde foi através da Lei 5.692 de 11/08/71 que no seu Art. 7º diz que será obrigatória a inclusão de "Programas de Saúde" nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus. Pela primeira vez a lei destaca e individualiza a educação para saúde.

Em 06/08/1974 foi aprovado o Parecer nº 2.264/74, elaborado por um grupo de trabalho constituído pelo Presidente do Conselho Federal de Educação (CEF), com o objetivo de oferecer subsídios para "capacitação de pessoal docente em planejamento, execução e avaliação em saúde na escola" (Programa de Saúde no ensino de 1º e 2º graus).

Segundo este parecer a educação para a saúde nos estabelecimentos de ensino significa educar a criança e o adolescente para desenvolver hábitos saudáveis quanto à higiene pessoal e do meio, nutrição, prática desportiva, trabalho e lazer. Isto lhes permitia a utilização imediata e futura destes valores no sentido de prevenir doenças, promover a saúde individual e coletiva. É, principalmente, um tipo de ensino que deve contribuir para a formação de atitudes, conhecimentos e valores que condicionam o comportamento dos alunos, estimulando-os a aprender e capacitando-os para agir acertadamente nesse campo. Portanto os programas de saúde devem estar presentes em todos os aspectos da vida escolar integrados nas diferentes áreas de conhecimento. No entanto não devem necessariamente ser dados em todas as séries do 1º e 2º graus como disciplina e sim na

maioria delas, de modo pragmático e contínuo, através de ações. O ambiente físico em que o aluno vive, sua vida emocional, o relacionamento da vida escolar com a comunidade, o conhecimento dos recursos diretos e indiretos para promoção da saúde, são algumas dimensões dos programas de saúde. Numa interação e integração com o meio, devem os alunos colher informações e vivências que os estimulem e motivem para a educação para a saúde.

A metodologia adotada é importante para a concretização do ensino e aprendizagem da educação para saúde e estará condicionada à formação de quadros docentes capazes de desenvolvê-la.

O CFE determina que seja feito:

- reserva de recursos financeiros para implantação dos programas;
- organização de grupos de trabalhos, de âmbito estadual, regional ou municipal que de acordo com o perfil epidemiológico, compatibilizem os programas de saúde de acordo com a realidade local;
- sugestão às universidades e outros estabelecimentos de ensino superior no sentido de despertar, preparar e contribuir para elevar a qualidade do ensino de saúde;
- treinamento e aperfeiçoamento de pessoal docente para dinamização dos programas de saúde nas escolas;
- elaboração de material de apoio para divulgação dos objetivos dos programas de saúde;
- organização de comissões de educadores e pessoal da área de saúde local, para incentivar o interesse pela educação para a saúde na comunidade;
- criação de órgãos e funções e colaboração dos existentes, para que a nível de Secretarias de Educação e de escolas, promovam a dinamização e avaliação constantes dos processos de educação em saúde;
- que o Ministério da Educação e Cultura em conjunto com Ministério da Saúde, de acordo com as recomendações de convênio internacional que o Brasil subscreveu a fim de implantar essa atividade nas escolas do País, estude a possibilidade de:
  - . destacar recursos financeiros;

- . suprir as escolas com pessoal técnico especializado;
- . editar livros e publicações sobre programas de saúde para melhoria e aperfeiçoamento do pessoal docente.

Outro documento foi elaborado pela Divisão Nacional de Educação em Saúde, do Ministério da Saúde, com a finalidade de propor "Diretrizes Gerais para os Programas de Saúde nas escolas de 2º grau/78".

Essas Diretrizes Gerais recomendam, para um conceito mais amplo, abrangente e integrado, considerar quatro aspectos fundamentais:

- ambiente da escola (físico e emocional);
- assistência à saúde do escolar;
- educação em saúde;
- relacionamento lar-escola-comunidade.

"Enfoca, especificamente, além da saúde individual, a saúde da comunidade, que constitui preocupação manifesta no Sistema Nacional de Saúde, sancionado pela Lei nº 6.229/75."

E para operacionalização dos objetivos dos Programas de Saúde pede-se que considere os seguintes conceitos fundamentais:

- "A saúde é um valor e, como tal, um patrimônio individual e coletivo que todos têm o direito de usufruir e obrigação de preservar, promover e recuperar;
- Promoção e proteção da saúde são tão importantes quanto tratamento;
- A proteção e promoção da saúde constituem responsabilidade, tanto da comunidade, através da Saúde Pública, quanto dos indivíduos, pelo reconhecimento dos problemas prioritários de saúde e participação consciente nos projetos e programas das agências de saúde locais;
- O conhecimento das habilitações profissionais na área de saúde, permite maior variedade de opções na escolha de profissões que requerem a utilização das capacidades pessoais, tendo em vista o bem comum;
- Os conhecimentos sobre saúde ocupacional favorecem a segurança no trabalho, em profissões das mais diferentes áreas".

As diretrizes gerais reforçam e complementam todas as normas estabelecidas pelo Parecer nº 2.264/74.

Para implantar e implementar os "Programas de Saúde" nas escolas o profissional indicado por sua formação acadêmica e regulamentação oficial é o enfermeiro licenciado.

Com relação às normas de Registro Profissional de Professores, a Portaria Ministerial nº 162/82 (já não mais em vigor), determinava que a disciplina "Programas de Saúde" era uma Habilitação Específica do Enfermeiro.

O registro de professores está atualmente regulamentado pela Portaria Ministerial 166/85 e pela Portaria nº 35/85 da Secretaria de Ensino de 1º e 2º graus, que dispõe sobre a matéria.

O artigo 1º destas portarias dispõe sobre o registro de professores de ensino de 1º e 2º graus e de especialistas em educação. E o parágrafo X deste artigo especifica que aos licenciados em Enfermagem com Licenciatura Plena será concedido o registro nas áreas: Enfermagem, Higiene e Programas de Saúde no 1º e 2º graus.

Apesar de estar regulamentado o ensino de Saúde nas escolas de 1º e 2º graus através de dispositivos legais, como acabamos de mencionar, algumas críticas já feitas sobre a maneira que se processa esse ensino nas escolas apontam algumas distorções.

ALVES (1987) sustenta que o que existe hoje em termos de Saúde nas salas de aula, é "uma matéria formalizada em lei e na prática ocupando tempo e espaço reais, porém, sem conteúdo próprio", que, num primeiro momento serve como veículo difusor da ideologia dominante, e posteriormente vai tomar emprestada à física, à química e à biologia seu conteúdo curricular.

ALVES (1987), falando sobre o uso do livro didático nas salas de aula como instrumento para aula de "Programas de Saúde", reconhece sua utilidade, mas frisa a





necessidade de "recolocá-lo em seu lugar". O livro didático deve ter o papel acessório na situação onde o elemento fundamental é a relação professor-aluno. Para os livros didáticos, a saúde nunca está relacionada à questão social, às condições de vida, nem às de trabalho. Ao contrário, é sempre caso individual, a ser obtida com bons hábitos, com a ajuda do médico e da ciência. E ainda afirma que são muitas as diferenças encontradas entre a vida mostrada nos livros, e a vida real levada pelo aluno, que não são discutidas nem analisadas, e portanto não são superadas. No entanto LEFEBVRE (1983) citado por ALVES (1987) diz que: a verdadeira superação é obtida não através de uma amortização das diferenças mas, ao contrário, aguçando essas diferenças.

COLLARES E MOYSÉS (1985), observam que "os cursos de formação de professores não incluem uma visão crítica de questões elementares de saúde". Na maior parte das vezes os "Programas de Saúde" são desenvolvidos com base no "bom senso" dos professores. Na verdade, o que se vê é a doutrinação ideológica da classe média, que, imbuída de preconceitos contra as classes inferiores, acredita que as precárias condições de vida do pobre, são uma consequência de sua ignorância sobre os "preceitos científicos" que o capacitaria a ter uma vida melhor.

Continuando, COLLARES E MOYSÉS (1985) afirmam que os Programas de Saúde não resistem a uma análise mais profunda de seus preceitos e objetivos. Fracassando na maior parte das vezes tem seu insucesso imputado à "incompetência dos técnicos envolvidos e/ou à resistência ou negligência da comunidade".

Conforme ALVES (1987) o desejável seria a ampliação do campo de abrangência da disciplina "Programa de Saúde", integrando o homem à natureza, dilatando a relação homem/comunidade, e estabelecendo o compromisso social da Escola e de seus integrantes na busca de soluções coletivas que possibilitem a reestruturação do processo educa-

tivo no país. Como alcançar, então, o nível desejável? Como eliminar, ou pelo menos minimizar o contraste entre o mundo dos livros e a realidade da criança? A escola, como parte da comunidade, sofre a influência de todos os fatores adversos presentes na sociedade atual. No entanto, cabe a ela, através da criança estender sua ação educativa à população, contribuindo para a melhoria das condições de vida da comunidade na qual está inserida.

Reafirmando o que LENCASTRE (1988) já disse, o papel da Educação em Saúde, seria o de despertar no escolar uma consciência crítica que o capacitasse a participar na manutenção e recuperação da própria saúde e da comunidade de que faz parte. A escola não deve ter, portanto, caráter apenas informativo, mas principalmente, participativo, dando condições ao aluno para atuar nas transformações que a sociedade exige. Na verdade, se a escola brasileira, de um modo geral, não está preparada sequer para o papel de disseminadora de informações, que dirá para exercer a função de formadora de cidadãos participativos, atuantes, reivindicadores?

O Parecer nº 2264/74, já mencionado, considera que caberia à escola, a partir da realidade da criança, desenvolver uma visão crítica comparativa, que propiciasse ao aluno verificar as diferenças existentes na sociedade como um todo, levantando problemas e buscando soluções que efetivamente garantissem a participação da comunidade, num processo de valorização do homem como cidadão na luta por seus direitos. Nesse sentido, a Educação em Saúde na escola deveria adquirir uma amplitude maior, com a participação de toda comunidade, abrangendo tanto o lado físico quanto o emocional. Numa escola não se pode falar em saúde quando seus banheiros estão quebrados, suas salas de aula estão mofadas, o lixo se acumula em suas dependências e não há água.

LENCASTRE (1988) destaca que muitas vezes esta situação de descaso é aceita pela sociedade, já cansada de protestar por melhores condições de ensino para seus filhos, e pelos professores, sujeitos a baixos salários, desgastados física e emocionalmente, agressivos e mal preparados, comprometendo o ambiente escolar, que deveria ser calmo e estimulante ao aprendizado.

A situação da Educação, de um modo geral, e da Educação em Saúde em particular, é alarmante. LENCASTRE (1988) lembra ainda da criança fora das escolas, abandonada à própria sorte, e com o problema dos tóxicos oferecidos aos alunos nas portas dos colégios, a falta de segurança, a violência e "tantos outros problemas que afetam a saúde do escolar". Para a autora é importante a participação dos meios de comunicação como veiculadores de programas educativos, complementando o trabalho da escola, e a conscientização da sociedade numa luta reivindicatória por maior número de escolas, com "professores preparados e reciclados constantemente", capazes de proporcionar um ensino digno às nossas crianças.

Continuando LENCASTRE (1988) diz que os serviços de atenção primária à saúde que deveriam funcionar como centros de prevenção da doença e promover a assistência ao escolar, não exercem essa função. Os professores que têm contato direto com os alunos, e que portanto, deveriam estar aptos a fazer a ligação pedagógica da Saúde com a Educação, não recebem na sua formação qualquer orientação que os habilite a promover a efetiva interação com a comunidade na conquista de uma sociedade mais saudável e justa.

Os cursos de Magistério, responsáveis pela formação de professores, segundo LENCASTRE (1988) não adotaram até hoje nenhuma medida para inclusão da matéria nos currículos. Como exigir então que se ensine "Programas de Saúde" se não são dadas condições aos principais agentes veiculadores de ensino? (professor e escola). Os cursos de

Formação de Professores não desenvolvem uma visão crítica da questão da saúde, limitando-a ao aspecto biológico e individualizante. São transmitidas noções de higiene destinadas a regular e ajustar o educando às normas da ideologia dominante, não havendo espaço para o questionamento social que coloque a saúde como direito e realidade para toda população. Nos cursos de Pedagogia ainda não se nota a preocupação de se formar profissionais atentos a essa área tão carente do ensino. Necessidade essa enfatizada pela Organização Mundial da Saúde, já que em 1954 chamava atenção para esse fato, incluindo o treinamento do professor nessa área como requisito essencial à sua formação básica.

Talves, observa LENCASTRE (1988), se os cursos de Magistério incluíssem a disciplina Educação em Saúde em seus currículos, as escolas formadoras de profissionais de Ensino se sentissem obrigadas a também incluí-la. Os professores de ciências biológicas não se sentem seguros para ministrar "Programas de Saúde" porque lhes falta a noção de Saúde Pública e Educação em Saúde.

A disciplina "Programa de Saúde" exige conhecimentos mais abrangentes e sólidos que aqueles ministrados nas áreas de saúde e campos afins. O que se espera na verdade é a atuação conjunta dos vários profissionais ligados às áreas social e de saúde, no sentido de estimular a participação da comunidade na qual a escola está situada, a fim de se detectar os problemas existentes e criar mecanismos que atuem sobre suas causas, num processo interativo que beneficie o educando e a sociedade.

### 3 - METODOLOGIA

#### 3.1. PARTE CRONOLÓGICA

Uma análise histórica supõe ou exige um aprofundamento máximo dos diferentes tópicos do assunto abordados com técnicas específicas. Neste trabalho não pretendemos tanto. Queremos apenas através do estudo cronológico detectar alguns aspectos mais pertinentes.

No levantamento cronológico foram utilizados, como fontes básicas de consulta, livros técnicos e científicos, periódicos, folhetos, textos mimeografados, anais de congressos e conferências, teses e dispositivos legais como: leis; pareceres; portarias e decretos sobre Educação, Saúde e Educação para a Saúde no Brasil.

Procurou-se neste levantamento cronológico colocar em evidência as interações dos fatores materiais, concretos - sócio-econômico e político significativos - e a ação desses fatores sobre os perfis que a Educação, a Saúde e a Educação para a Saúde - notadamente a formação de uma consciência crítica para a saúde vêm apresentando sucessivamente no Brasil desde a Colônia.

### 3.2. INVESTIGAÇÃO NO DISTRITO FEDERAL

Tal como foi dito anteriormente com esta investigação pretendeu-se verificar se os dispositivos legais vigentes sobre educação para a saúde nas escolas de 1º e 2º graus do Distrito Federal estão sendo cumpridos. Em função disto e considerando-se a legislação sobre a Educação para a Saúde a partir dos anos 70, no Brasil, buscou-se analisar como se processa o cumprimento desses dispositivos legais. Para esse objetivo, foi considerado como população alvo o conjunto de escolas públicas (urbanas e rurais) e particulares existentes apenas em zona urbana, de 1º e 2º graus, do Distrito Federal.

A partir do cadastro oficial\* a população alvo foi estratificada atendendo aos critérios básicos para o sorteio, como mostra a TABELA 1.

\* Departamento de Planejamento Educacional do Distrito Federal (1986/1987) DER, COPLAN, SE GDF, (1986/1987)

TABELA 1. Estabelecimentos de ensino de 1º e 2º graus do Distrito Federal por rede de ensino e localização.

GRAU/SÉRIE	REDE PÚBLICA		REDE PARTICULAR	TOTAL
	URBANA	RURAL	URBANA	
1º Grau - 1ª a 4ª (1)	132	47	22	201
1º Grau - 1ª a 8ª (1)	102	30	70	202
1º Grau - 5ª a 8ª (1)	44	2	4	48
2º Grau	39	2	43	84
TOTAL	317	79	139	535

FONTE: DER, COPLAN. Sistematização de Dados, 1986/1987.

(1) Foram considerados nas categorias do ensino de 1º grau, os estabelecimentos que oferecem todas ou algumas das séries especificadas.

As escolas do Distrito Federal - isto é, a população alvo - das redes pública e particular, acham-se distribuídas segundo os graus de ensino, 1º e 2º, e conforme as séries que oferecem (1ª a 4ª; 1ª a 8ª; 5ª a 8ª) no caso do 1º grau. Estes estabelecimentos ainda se distribuem segundo a localização - urbana e rural, e a rede de ensino ou seja, a dependência administrativa - pública e particular.

Do total de 535 escolas, 84,3% são de 1º grau e 15,7% são de 2º grau.

As escolas particulares de ensino de 1º grau constituem 17,9% do total de escolas do Distrito Federal, sendo que as escolas de 2º grau particulares representam 8,0% deste total. As escolas públicas de 1º grau localizadas na zona urbana representam 52,0% do universo ao passo

que as da zona rural e do mesmo grau são 14,4%. As escolas de ensino público de 2º grau da zona urbana correspondem a 7,3% do universo e apenas 0,4% correspondem às da zona rural. Finalmente as escolas de 1º grau atendem principalmente da 1ª a 8ª séries (37,8%) e de 1ª a 4ª séries (37,6%) sendo as restantes as que atendem de 5ª a 8ª séries (8,9%).

### 3.3. AMOSTRAGEM

Sendo cada escola considerada uma unidade de estudo e tendo em vista que a coleta de dados foi realizada por meio de entrevistas e observações, o que demandaria mais recursos e tempo para abranger todo o universo, optou-se por uma pesquisa por amostragem.

O número de elementos da amostra foi especificado pelas indicações de COCHRAN (1965), e COELHO (1981):

$$n = \frac{Nz^2 / 2 Pq}{d^2 (N-1) + Z^2 / 2 Pq}$$

Sendo:

$$N = 535$$

$d = 0,1$  (fixado em 20,0% de  $p = 0,5$ , de acordo com a recomendação da OPAS/OMS, 1979).

$$p = q = 0,5$$

$$Z / 2 = 1,96 \text{ (IC = 95,0\%)}$$

Através da aplicação desta fórmula obteve-se:  $n = 82$

A amostra, composta de 82 escolas foi distribuída pelos estratos proporcionalmente, como indica a Tabela 2.





TABELA 2. Especificação da amostra de escolas de 1º e 2º graus do Distrito Federal por rede de ensino e localização.

GRAU/SÉRIE	REDE PÚBLICA		REDE PARTICULAR	TOTAL
	URBANA	RURAL	URBANA	
1º Grau - 1ª a 4ª	20	7	3	30
1º Grau - 1ª a 8ª	15	4	11	30
1º Grau - 5ª a 8ª	7	2	1	8
2º Grau	6	1	7	14
TOTAL	48	12	22	82

Foi elaborada uma listagem das unidades de estudo de cada estrato da população alvo e cada uma delas recebeu um número de ordem para efeito do sorteio.

Selecionou-se, em cada estrato, as unidades que compuseram a amostra usando para isso uma "tábua de números aleatórios". O número de unidades de ensino sorteadas foi superior ao de cada estrato para substituição no caso de haver escolas que não estivessem funcionando no período de coleta de dados.

### 3.4. INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Foram elaborados dois instrumentos para coletar os dados:

#### 1. Roteiro para entrevista.

Para as entrevistas elaborou-se um questionário padronizado (ANEXO 6), composto de duas partes. A primeira contém itens referentes aos dados gerais das escolas e a segunda é composta de questões do tipo aberta elaboradas com base no Parecer 2264/74 do CFE e nas Diretrizes Gerais para os Programas de Saúde do Ministério da Saúde.

A elaboração do roteiro de entrevista atendeu às orientações de SELLTIZZ et alii (1971) e de GOODE & HATT (1973).

#### 2. Ficha de Observação.

Elaborou-se uma ficha para observação (ANEXO 7) das características vinculadas à higiene das escolas que corresponde à variável "Condições higiênicas da escola".

A elaboração desta ficha foi baseada nos mesmos documentos utilizados para o roteiro da entrevista.

Realizou-se um estudo piloto em 05 (cinco) escolas de 1º e 2º graus de Contagem M.G., para verificar a validade das questões propostas visando-se eliminar os equívocos e ambigüidades e escolher a formulação mais adequada para o questionário e para a ficha de observação.

A partir da análise dos dados obtidos neste estudo piloto as questões foram reelaboradas de acordo com as disposições legais e especificou-se mais claramente suas categorias (ANEXO 8). Foram propostas questões para comple-

mentar as iniciais e obteve-se então a forma final do questionário - entrevista constando de vinte e uma questões abertas e da ficha de observação composta por três itens:

1. Condições higiênicas do prédio;
2. Condições ambientais;
3. Condições higiênicas específicas.

### 3.5. COLETA DE DADOS

A coleta de dados foi realizada pela autora através de entrevistas e observações.

Considerando que cada escola pública componente da amostra pertence a um complexo escolar solicitou-se autorização aos diretores destes complexos, para realização do trabalho. Obtinha-se assim uma autorização escrita de cada escola conforme solicitação encaminhada pela autora à direção da escola, momento em que já se realizava a coleta de dados.

Nas escolas particulares a solicitação foi feita à direção de cada escola e neste primeiro contato marcava-se data, horário e pessoas a serem entrevistadas.

Antes de se iniciar a coleta de dados fazia-se uma explanação do que se pretendia, garantindo a não identificação das escolas e dos entrevistados na apresentação dos resultados.

Após cada entrevista fazia-se uma visita a todas as dependências da escola e contato com alunos, professores e funcionários presentes no momento da visita, a fim de fazer as observações necessárias ao preenchimento da ficha de observação quanto às "condições higiênicas".

O período utilizado para as entrevistas foi de junho a outubro de 1987. O processo foi interrompido no mês de julho devido às férias escolares nas instituições,

campo do estudo.

### 3.6. TRATAMENTO DOS DADOS.

Da entrevista.

As variáveis foram identificadas e categorizadas a partir de leituras sucessivas das entrevistas. As respostas a cada questão foram listadas e agrupadas em categorias. A partir daí foram criados códigos para cada categoria em relação a cada questão. Retomou-se os questionários e codificou-se todas as respostas.

Da ficha de observação.

Para analisar as condições higiênicas da escola convencionou-se que o julgamento de cada sub item seriam dicotômicos: positivo ou negativo. Sobre esta base e tendo em conta os 18 sub itens (100%) estabeleceu-se a seguinte escala:

100% a 75% de respostas positivas = muito bom

75% a 50% de respostas positivas = bom

50% a 25% de respostas positivas = razoável

25% ou < 25% de respostas positivas = precária

Foram então identificadas 106 variáveis.

As 4 primeiras variáveis correspondem à função do entrevistado e aos dados gerais da escola: localização, dependência administrativa, graus e séries.

A 5ª variável corresponde às "Condições de higiene das escolas".

As variáveis de número 6 a 92 correspondem aos dados específicos e tiveram suas categorias e níveis definidos após o agrupamento das respostas.

As variáveis de 93 a 106 que correspondem às doenças encontradas, foram agrupadas de acordo com a Classificação Internacional de Doenças (CID).

Com os recursos computacionais\*, realizou-se a análise de consistência, o processamento e a análise dos dados.

Foi utilizado, para pesquisar a eventual existência de associação entre as variáveis, o teste de  $\chi^2$  com as correções de Yates quando procedentes.

\* Os dados foram processados por meio do SAS - Statistical Analysis System Version 5 (1985) implantado no Laboratório de Computação Científica da UFMG (LCC-UFMG).

## 4 - RESULTADOS E DISCUSSÃO

### 4.1. PARTE CRONOLÓGICA

Tanto a Educação quanto a saúde constituem investimento a se realizar no mesmo indivíduo. O que se verifica, através da história do País, no entanto, é a falta de incentivo para se investir nestes dois campos. A economia de um país cresce - notadamente a economia dos países do 3º mundo - quando a relação Educação/Saúde contribui para a superação dos problemas e para a melhoria da qualidade de vida observando-se um aumento da produtividade.

O binômio Educação/Saúde não tem sido beneficiado por uma política econômica séria, por tanto o país sofreu consequências desse descaso, debatendo-se num jogo de interesses prejudiciais à sociedade, que tem a seu serviço um sistema desorganizado e corrompido.

#### 4.1.1. Educação

O levantamento histórico feito anteriormente neste trabalho mostra que nada ou quase nada mudou desde os tempos da colônia até os nossos dias. São quase 500 anos de Educação posta a serviço de classes econômicas dominantes que se alternam no poder, determinando a direção a ser seguida a fim de se alcançar os objetivos econômicos por elas visados.

As políticas educacionais, como fruto, em dados momentos da história de interesse de grupos dominantes da sociedade, resultam em planos que são feitos e desfeitos, portarias são baixadas, leis são criadas e, no entanto, o quadro educacional continua o mesmo senão pior. O analfabetismo ainda continua sendo um grande problema no Brasil, e o quadro de repetência nas escolas é preocupante.

Onde estão as reformas políticas educacionais exigidas pela população? O que se vê ainda hoje é uma escola estratificada, apática, estagnada, conivente com o sistema dominante vigente, formadora de indivíduos aptos a atuarem na sociedade na qual se inserem, mas incapazes de questionar o sistema político, social e econômico no qual atuam.

A educação no Brasil não cumpre sua função social de despertar a consciência crítica nos indivíduos, tornando-os cidadãos participativos capazes de atuar nas mudanças sociais, econômicas e políticas necessárias ao país. É preciso resgatar para a educação o seu valor como bem social, despindo-a de seu caráter mercadológico, que beneficia um estrato da população, mas não a sociedade como um todo.

Apesar dos percalços na evolução da Educação no Brasil nestes 500 anos de história, e, de nunca se ter sedimentado com o valor democrático, é possível notar que nos curtos e escassos períodos de insinuação democrática a

educação tendeu a assumir seu papel essencial: a função social de despertar a consciência crítica nos indivíduos.

#### 4.1.2. Saúde

Com o passar do tempo o conceito oficial de saúde sofreu várias modificações no Brasil sem nunca sair de uma inspiração ou perspectiva estreita, eminentemente idealista-subjetivista-positivista. Passando do "movimento higienista" para o "movimento sanitarista", atravessando ainda o "esforço eugenista" de purificação da raça brasileira, a saúde chega aos nossos dias ainda sem uma política de valorização do ser humano, do cidadão que de algum modo participa do esforço de crescimento do país.

A revisão da história permite notar que o "modus operandi" com que os órgãos oficiais têm abordado o problema da saúde da população, até hoje, está intimamente ligado ao interesse econômico e à estrutura econômica vigente.

A atenção médica e os serviços de saúde existiram e existem em função da manipulação político-ideológica, voltada para as exigências de reprodução da força de trabalho.

Com exceção de pequenos setores esclarecidos que se destacam em diversos momentos da história (especialmente no começo do século) e em diversos lugares do Brasil, se constata a ausência de uma consciência sanitária e a prevalência da idéia de que a saúde não é um fim senão um meio para se atingir o desenvolvimento.

Através da Lei 6.229/75 do Ministério da Saúde foi criado o Sistema Nacional de Saúde e a partir daí este ministério vem fazendo combate às epidemias, porém de maneira assistemática, ou seja, à medida que estas surgem. A primeira delas em 1975 foi a da meningite, surgindo pos-





teriormente as de Aids, dengue e o renascimento da febre amarela, entre outras.

Uma divisão artificialiosa entre a prevenção e a cura provoca a necessidade de dois ministérios. As ações preventivas exercidas sobre o conjunto da população incluindo cuidados hospitalares dos hansenianos, tuberculosos e loucos cabem ao Ministério da Saúde.

Nas oportunidades em que se têm realizado ações, campanhas ou iniciativas, pode-se constatar que estas ações bem sucedidas, como: erradicação da varíola; contra febre-amarela; anti-poliomielite, têm sido resultado da conjugação de forças de algumas áreas, especialmente das áreas sócio-econômicas.

Ao Ministério da Previdência e Assistência Social (MPAS), a partir de 1974, cabem as ações curativas - cuidados médicos - juntamente com as Caixas e Institutos de Aposentadorias e pensões que têm a função de compra e venda de serviços de saúde. O INAMPS torna-se alto consumidor de tecnologia e agenciador direto ou indireto da força de trabalho em saúde e repassador de recursos para a iniciativa privada, no campo da saúde no país. Tem acesso a esses serviços somente o estrato da população economicamente ativa, os que têm contrato de trabalho registrado em carteira. Para suprir a necessidade de saúde dos demais extratos da população surgiram então as propostas do Sistema Nacional de Saúde: PIASS, PREV-SAÚDE, e o CONASP incluindo neste último as Ações Integradas de Saúde (AIS).

A concepção dos Sistemas Unificados e Descentralizados de Saúde (SUDS), brotou das Ações Integradas de Saúde (AIS), marcando uma nova etapa com o Sistema Unico de Saúde (SUS) para descentralizar a administração, reforçar as políticas de saúde dos Estados, controlar gastos com a rede privada e unificar as ações de saúde com objetivo, estratégia e comando únicos. O SUDS modifica o papel da Previdência Social, como proposta para enxugar a máquina

burocrática estatal, passa a ser fiscal dos Estados no acompanhamento da aplicação dos recursos através da Programação Orçamentária Integrada (POI), para efetivar a reorganização dos serviços estaduais, sem ter clareza da garantia da manutenção dos recursos econômicos. Quanto aos recursos humanos há a questão da isonomia salarial ainda não efetivada.

A definição do Distrito Sanitário e municipalização está clara nos documentos do INAMPS no modelo assistencial - contendo serviços básicos e hospitais de referência. É gerido e controlado pela população, tem autonomia administrativa e financeira e clientela restrita. A Comissão Local Interinstitucionais de Saúde (CLIS) responde pela demanda local de assistência, mas a autonomia administrativa e financeira do setor saúde continua dependente do poder central. A questão que se coloca é: até que ponto se dará efetivamente a participação da população e até que ponto o distrito sanitário será um instrumento real da população, na busca da resolução de seus problemas de saúde?

Tendo a Comissão Interinstitucional Municipal de Saúde (CIMS) e as CLIS definido que o Distrito Sanitário tem como função precípua gerir, avaliar e controlar seu funcionamento. Assim sendo, a intervenção da população na CLIS é que vai garantir o real controle e gestão dos Distritos Sanitários, através do grau de conscientização de cidadania dos diversos segmentos sociais.

A existência de dois Ministérios voltados para a Saúde (Ministério da Saúde) desde 1930, e Ministério da Previdência e Assistência Social em 1974, não garante à população o direito a uma assistência médica adequada.

O que fazer então? Não há dúvida de que a reforma sanitária no país prende-se a questões de ordem social. A mudança nas leis, trazida pela nova Constituição de 1988 que garante "A Saúde é direito de todos e dever do Estado", não basta para mudar o quadro atual. Apoiando-se no

já existente, há que se promover um grande movimento de conscientização social que permita à população exercer uma pressão efetiva sobre o Estado numa ação reivindicatória e fiscalizadora não só dos gastos com o sistema de saúde como também da própria administração da saúde no País.

Por consequência, a instituição do Sistema Unificado de Saúde (SUS) só terá sentido se inscrito no contexto de um amplo movimento de reordenação política, econômica, social e moral do País que promova o reencontro da nação com o estado.

#### 4.1.3. Saúde Escolar

Talvez em nenhum outro momento a Educação e a Saúde se encontram tão intimamente ligadas do que quando se fala na Saúde Escolar. A escola é o primeiro núcleo irradiador de conhecimento formal ou sistematizada, a geradora de novas idéias, novas atitudes, novos ideais, ou pelo menos deveria ser. A realidade, porém, nos apresenta outro quadro. O nível de repetência nas primeiras séries do 1º grau é muito alto, a desnutrição é uma constante nas crianças, e a merenda escolar não é suficiente para combatê-la (COLLARES E MOYSÉS, 1985).

Estudos e alertas são feitos, programas de alimentação tomam forma, mas a situação permanece inalterada. A saúde do escolar continua sendo vista como um problema médico e não social: o comportamento apresentado pela criança ainda sofre um pré-diagnóstico por parte do professor - quase sempre confirmado pelo médico - dissociado da realidade familiar e comunitária.

O que esperar então de crianças que sofrem de um processo de desgaste social, psicológico e econômico? Ao escolar e à família é imputada a culpa pelo fracasso escolar, isentando o "sistema" desorganizado e estático de

qualquer responsabilidade, em circunstâncias que a deterioração do ensino e da saúde é consequência da política econômica que privilegia alguns em detrimento da maioria.

#### 4.1.4. Programas de Saúde

A elaboração de um programa de saúde de um governo democrático não pode levar em conta apenas os aspectos técnicos, devendo ser objeto de uma ampla discussão, onde as diretrizes gerais sejam colocadas a todos os segmentos da população. Na verdade, a inclusão da disciplina "Programas de Saúde" nas escolas de 1º e 2º graus tem que ser o primeiro passo na participação efetiva da sociedade, na busca de soluções para seus problemas numa situação concreta, utilizando o espaço existente e no momento oportuno. Portanto o objetivo da disciplina "Programas de Saúde" é o de despertar no aluno a visão crítica que lhe permita atuar como elemento difusor e modificador da sociedade na qual se insere.

As leis nº 5692/71, nº 6229/75, o Parecer 2264/74 e as Diretrizes gerais para os Programas de Saúde procuram resgatar a função social da escola, dando-lhe o caráter participativo exigido pela sociedade atual. E se espera da escola que ela esteja preparada, atenta às necessidades de sua comunidade, com um corpo de profissionais capazes de responder prontamente às reivindicações da população a que serve. Deve também desenvolver métodos que permitam ao professor transitar livremente pelas diversas disciplinas ligando-as pedagogicamente ao ensino da Saúde. Isto exige que o professor esteja preparado para desenvolver seu trabalho e atento às diversas manifestações de seus alunos, no sentido de fazer um "pré-diagnóstico" e encaminhamento aos setores competentes a fim de prevenir e preservar a saúde de seus educandos.

Quando se fala em "Programas de Saúde", o que se busca principalmente são ensinamentos voltados mais para os fatos que ocorrem no dia-a-dia dos alunos, tornando-os indivíduos aptos a lidar com os problemas fundamentais do cotidiano, tais como: nutrição, desenvolvimento biopsicológico, reprodução etc., inseridos no contexto de uma sociedade em constante mutação. Para isso é preciso que os serviços de saúde estejam engajados na mesma filosofia de trabalho da escola. O Parecer de número 2264/74, do CFE, é bem claro quando chama a comunidade local a participar, colocando a escola como núcleo irradiador de ações educativas e coordenadora de todos os segmentos da sociedade que de alguma forma possam atuar no processo educativo.

No entanto, a legislação que foi introduzida com a pretensão de inovar a realidade, não conseguiu penetrar na estrutura do sistema educacional vigente.

E esta impotência, inoperância ou vazio das normas e leis vigentes, se torna perfeitamente natural quando se verifica, ao longo da história - com poucas exceções - um total descaso no cumprimento da legislação, por parte do Estado, e quase um completo desconhecimento da população com relação a seus direitos.

A revisão histórica mostra que a este estado de inércia não são alheios certos segmentos menores - mas poderosos e atentos - que objetivamente estão usufruindo do "Status Quo". Para estes segmentos - que reagem diante de qualquer intento de transformação da sociedade - está muito claro que o melhor antídoto para livrar-se da mudança social, consiste em garantir que principalmente a escola deixe de cumprir sua função mais nobre, qual seja a de estimular o desenvolvimento da consciência crítica em cada indivíduo. Com esta visão adormecida, os indivíduos - particularmente os educandos - tornam-se incapazes de realizar a intrínseca necessidade humana que é a de criar, isto é, de agir como agentes transformadores da sociedade ou da Natu-

reza.

A partir da publicação das disposições legais nos anos 70, houve discussões e controvérsias, por não se julgar implantada a disciplina "Programas de Saúde", motivo pelo qual o Sindicato dos Enfermeiros do Distrito Federal vem protestando e assim gerando mais pareceres por parte do Conselho Federal de Educação sem que contudo se chegue a uma conclusão final, para que a referida disciplina seja efetivamente implantada.

O Sindicato dos Enfermeiros do Distrito Federal, através de vários ofícios, reivindica para o Enfermeiro licenciado a "exclusividade" do ensino de "Programas de Saúde". O Conselho Federal de Educação e o Conselho de Educação do Distrito Federal têm respondido invariavelmente que o Enfermeiro licenciado tem habilitação para ministrar "Programas de Saúde" no 1º e 2º graus.

O que nos parece correto no caso é reivindicar não a "exclusividade" do ensino de "Programas de Saúde" para o enfermeiro, mas antes exigir que efetivamente se incluísse a disciplina nos currículos das escolas. É patente que as diretrizes traçadas pela legislação em vigor não estão sendo cumpridas. O fundamental, a nosso ver, é lutar pelo cumprimento da lei já existente e das disposições elaboradas pelo Ministério da Educação e pelo Ministério da Saúde e que prevê o aproveitamento de profissionais de várias áreas - inclusive do Enfermeiro como o mais indicado para coordenar e fazer a ligação escola/comunidade/serviços de saúde - e não exigir uma exclusividade num programa que ainda não existe.

## 4.2 Investigação nas escolas de 1º e 2º graus do Distrito Federal, 1987.

### 4.2.1 Função dos Entrevistados

A quase totalidade dos estabelecimentos de ensino (90,2%), não tem coordenador ou encarregado da área de saúde. E os profissionais encarregados desta área, em 9,8% dos que o possuem, não contam com formação ou treinamento específico. Os indicados para esta área são professores que não podem mais assumir regência de classe ou alguns serviços dedicados.

Causou admiração na direcção da maioria das escolas pesquisadas quando procurou-se entrevistar coordenadores ou encarregados da área de saúde. Pareceu-nos que esta admiração se deveu ao fato de que a inexistência desse profissional era vista como natural. Dada a situação encontrada foi dito então que outras pessoas como professores ou a própria direcção poderiam ser entrevistados. Os professores de ciências e biologia foram lembrados e envolvidos em 53,7% das entrevistas.

A Tabela 3 apresenta a composição dos entrevistados por função exercida na escola.

TABELA 3 - Função dos entrevistados nas escolas, campo de estudo. Distrito Federal, 1987.

FUNÇÃO	f	F.	%
Diretor	13		15,9
Apoio pedagógico ou administrativo	17		20,8
Professor	14		17,1
Professor e Coordenador	8		9,8
Diretor e Apoio	4		4,7
Diretor e Professor	10		12,2
Diretor, Professor e Apoio	5		6,1
Coordenador e Secretário	4		4,9
Apoio e Professor	7		8,5
Total	82		100,0

A função dos entrevistados no maior número de escolas, 17 (20,7%), foi a de Apoio administrativo ou pedagógico (assistente do diretor) seguida da de professor em 14 (17,1%) das escolas e a de diretor em 13 (15,9%) e em 10 (12,2%) foi a de diretor e professor.

Em outras escolas foram entrevistados os professores conjuntamente com coordenação (9,8%), com o diretor (12,2%), com o setor de Apoio (8,5%) e com diretor e Apoio (6,1%). Considerando as 5 categorias em que aparece o professor - de ciências ou biologia - pode se dizer que os mesmos foram envolvidos no estudo, em 53,7% das escolas.

Como dispõe o Parecer nº 2264 do CFE, os "programas de saúde" nas escolas devem ser coordenados a nível de escolas... e a portaria nº 35/85 da SE de 1º e 2º graus particulariza que o registro de professores para esta



área é do enfermeiro licenciado mas nas escolas pesquisadas não se encontrou este profissional, e nem o coordenador.

#### 4.2.2 Condições de desenvolvimento da educação para a saúde - vivência da educação para a saúde.

As condições da escola abrangendo higiene do prédio escolar, limpeza das instalações, provisão higiênica de água, disponibilidades de lavatórios, água filtrada, sistemas eficientes de eliminação de excretas e lixo, hábitos higiênicos dos professores e do pessoal administrativo, condições adequadas de trabalho escolar, de recreio, de desenvolvimento de atividades de educação física, segurança de instalações e medidas de segurança nas atividades escolares e a prevenção de contágio de doenças transmissíveis, constituem aspectos a serem vividos como aprendizagem na área de saúde. Embora tais aspectos independam da ação direta de professores e especialistas educacionais, eles podem contribuir para a implantação da Educação para a saúde, nos termos do Parecer nº 2264/74 - CFE.

A avaliação das condições higiênicas das escolas foi realizada dentro dos critérios estabelecidos anteriormente, sendo os resultados apresentados na Tabela 4.

TABELA 4 - Condições higiênicas das escolas por rede de ensino e por localização. Distrito Federal, 1987

CLASSIFICAÇÃO	PÚBLICA			PARTICULARES (1)	TOTAL
	URBANA	RURAL	TOTAL		
Precária	52,1	41,7	50,0	13,6	40,2
Razoável	22,9	33,3	25,0	13,6	22,0
Boa	16,7	25,0	18,3	22,8	14,5
Muito Boa	8,3	Z	6,7	50,0	18,3
Total	100,0 (48)	100,0 (12)	100,0 (60)	100,0 (22)	100,0 (82)

(1) Todas as escolas da rede particular são de localização urbana.

As condições higiênicas das escolas das redes públicas são classificadas como precárias, com maior percentual tanto na urbana (52,1%) quanto na rural (41,7%).

As escolas da rede particular apresentam melhores condições de higiene pois metade delas (50,0%) foi classificada como muito boa e há 13,6% classificadas como precária. As restantes foram classificadas como boas ou razoáveis.

Na área rural não há escolas públicas na categoria muito boa, e na área urbana encontram-se 8,3% das escolas avaliadas nessa categoria.

As condições higiênicas das escolas da rede pública que decorrem do descaso do poder público quanto à manutenção das condições de ensino, não possibilitam que as crianças vivenciem muitos dos aspectos propostos para a Educação para a saúde. Foi possível observar a falta de dinâmica dos programas de saúde com relação às condições, onde o ambiente físico e emocional da escola oferece perigo à saúde como:

- Sanitários arrebitados, sujos e "pichados" com frases e desenhos obscenos, ou ainda na zona rural onde se utiliza o quintal da escola para as necessidades fisiológicas por

- não ter disponibilidade de água para a higiene dos sanitários ou ainda fossas a céu aberto;
- águas poluídas por caixas não lavadas ou mal lavadas, rachadas, destampadas, algumas sem acesso para limpeza ou acesso perigoso;
  - falta de extintores de incêndio ou não são recarregados;
  - lixo espalhado pela escola ou mal acondicionado;
  - falta de lavabos para a higiene dos escolares;
  - água sem filtrar por falta de filtros ou por não trocarem as velas dos mesmos, e uso de um copo para todos os escolares da turma;
  - prédios em precárias condições de uso por falta de reparos ou condições inadequadas quanto à iluminação, ventilação e até mesmo locais com perigo de acidentes como no caso de cantinas, local de recreação e salas de aulas com instalações elétricas descobertas, mobiliário destruído com pontas perigosas;
  - merenda feita em precárias condições de higiene da cozinha, vasilhame insuficiente e mal lavado em tanques que não permitem nem a sua própria limpeza, entre outras.

Aplicando-se o teste de Qui-Quadrado para as frequências absolutas, agrupando-se as categorias "boa" e "muito boa" verifica-se que há diferença significativa quanto às condições higiênicas das escolas públicas e particulares, ao nível de  $\alpha = 0,005$  ( $\chi_0^2 = 12,41$   $\chi_t^2 = 10,6$  para  $\alpha = 0,005$  e 2gl, portanto  $\chi_0^2 > \chi_t^2$ ). As escolas públicas então encontram-se em condições mais desfavoráveis que as particulares quanto às condições higiênicas.

O Parecer nº 2264/74 do CFE, salienta a importância de se preparar e fornecer aos professores o material de apoio, publicações para aperfeiçoamento que serviria como elemento motivador de atividades e difusor de conhecimentos, capaz de atenuar a ausência da formação específica do magistério na área de programas de saúde.

TABELA 5 - Tipos de material usado pelo professor em educação para a saúde, segundo a rede de ensino das escolas. Distrito Federal, 1987.

TIPO DE MATERIAL	REDE DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	PARTICULAR	
Não há material	53,3	40,9	50,0
Convencional	28,3	13,6	24,4
Áudiovisual esporádico	11,7	22,7	14,6
Convencional e Áudiovisual	6,7	18,2	9,8
Não declarado	2	4,6	1,2
Total	100,0 (60)	100,0 (22)	100,0 (82)

A ausência de material de ensino foi registrada em metade das escolas pesquisadas sendo o percentual mais elevado na rede pública. Nesta rede há um percentual de 28,3% de escolas que utilizam material convencional, ou seja, o livro didático; a rede particular registra maior percentual (22,7%) referente ao material áudiovisual, ou seja, a projeção de slide ou de filmes esporadicamente, seguindo-se a combinação de material convencional com áudiovisual.

ALVES (1987) afirma que, pode-se dizer que a saúde é apresentada pelos livros didáticos de forma simplista e empobrecida, deixando de tratar os grandes temas. Os conhecimentos transmitidos são, a grosso modo, aqueles referentes ao senso comum. Quando não é possível fugir a um conceito científico, as explicações são confusas, com vocabulário pouco apropriado aos alunos. Ou ainda, é feita com meias explicações, que em verdade não esclarecem nada. Com

freqüência aparecem conceituações erradas. Apresenta, de modo pouco velado, a ideologia da classe dominante, que é preconceituosa, racista e que consagra a idéia de que saúde é uma questão de "capricho pessoal".

Portanto, a idéia de se elaborar textos informativos, material de apoio pelos órgãos competentes, a serem oferecidos regularmente aos professores não se concretizou nas escolas pesquisadas. Também não se desenvolve a confecção de material pelos alunos.

Aplicando-se o teste do qui-quadrado às freqüências absolutas, excluindo a categoria "não declarado", verifica-se que há diferença significativa quanto ao tipo de material usado pelo professor tanto na rede pública quanto na particular, pois o  $\chi^2_0$  (16,135) é maior que  $\chi^2_t$  (12,8) para 0,005, gl=3.

Considerando a utilização de material pelo professor, por grau e série, constata-se que o problema da carência de recursos didáticos é maior nas escolas de 1º grau - 5ª a 8ª séries, e nas escolas de 2º grau, conforme a Tabela 6.

TABELA 6 - Tipos de material usado pelo professor em educação para a saúde, por graus e séries nas escolas. Distrito Federal, 1987.

TIPO DE MATERIAL	GRAU/SÉRIES				TOTAL
	1º GRAU	1º GRAU	1º GRAU	2º GRAU	
	1ª a 4ª	1ª a 8ª	1ª a 8ª	1ª a 8ª	
Não há material	50,0	43,3	62,5	57,2	50,0
Convencional	40,0	16,7	12,5	14,3	24,4
Áudiovisual esporádico	3,3	26,7	Z	21,4	14,6
Convencional e Áudiovisual	6,7	10,0	25,0	7,1	9,8
Não declarado	Z	3,3	Z	Z	1,2
Total	100,0 (30)	100,0 (30)	100,0 (8)	100,0 (14)	100,0 (82)

Há falta de material didático em todos os graus e séries. Quanto ao material usado, no 1º grau (1ª a 4ª série) predomina o convencional ao passo que o material áudio-visual é mais citado no 1º grau (1ª a 8ª série) e no 2º grau. Essa associação do tipo de material usado com o 1º e 2º graus é significativa ao nível de  $\alpha = 0,025$ ; pelo teste de qui-quadrado, aplicado às frequências absolutas agrupando-se as categorias de material áudio-visual e "convencional e áudiovisual".

$(\chi^2_0 = 7,62 > \chi^2_t(\alpha = 0,025, gl = 2) = 7,38)$ .

A situação quanto ao material didático usado pelos alunos em Educação para a Saúde também é precária, como mostram os dados das tabelas 7 e 8.

TABELA 7 - Tipos de material usado pelos alunos em educação para a saúde, segundo a rede de ensino das escolas. Distrito Federal, 1987.

TIPO DE MATERIAL	REDE DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	! PARTICULAR !	
Não há material	26,6	40,9	30,5
Convencional	55,0	36,4	50,0
Apostilas	3,3	9,1	4,9
Mesmo material do professor	11,7	9,1	11,0
Convencional, mural e réplicas	1,7	2	1,2
Não declarado	1,7	4,5	2,4
Total	100,0 (60)	100,0 (22)	100,0 (82)

Em 30,5% das escolas pesquisadas não há material, sendo o percentual maior na rede particular (40,9%). Entre as escolas que citam material didático, predomina a indicação de material convencional - o livro didático - tanto na rede pública quanto na particular.

Ao analisar os dados por grau/séries, conforme a Tabela 8, constata-se que no 2º grau são mais indicados "mesmo material do professor" e "apostilas".

TABELA 8 - Tipos de material usado pelos alunos em educação para a saúde, por graus e séries nas escolas. Distrito Federal, 1987.

TIPO DE MATERIAL	GRAU/SÉRIES				TOTAL
	1º GRAU	1º GRAU	1º GRAU	2º GRAU	
	11ª-a 4ª	11ª-a 8ª	15ª-a 8ª		
Não há material	30,0	30,1	Z	50,0	30,5
Material convencional	56,7	60,0	62,5	7,1	50,0
Apostilas	Z	3,3	12,5	14,4	4,9
Mesmo material do professor	13,3	Z	25,0	21,4	11,0
Convencional, mural e réplicas	Z	3,3	Z	Z	1,2
Não declarado	Z	3,3	Z	7,1	2,4
Total	100,0 (30)	100,0 (30)	100,0 (8)	100,0 (14)	100,0 (82)

Na metade das escolas de 2º grau os alunos não utilizam material. Nas escolas de 1º grau, é mais usado o material convencional. Não se aplicou o teste do qui-quadrado pela característica da tabela com muitas caselas vazias.

O Parecer nº 2264/74 do CFE mostra a importância de se integrar a Educação para a saúde com as medidas de promoção da saúde da comunidade.

Isso implica em identificar os problemas prioritários de saúde da comunidade e compatibilizar o conteúdo programático com a própria realidade onde o educando



vive. Segundo o CFE para se implantar os programas de saúde nas escolas é necessário que o corpo docente, discente, pessoal administrativo, serviços, pais e representantes de alunos façam um levantamento prévio das condições de saúde e o diagnóstico da comunidade, para que se possa atuar sobre os problemas existentes e suas causas, proporcionado aos alunos vivência e exemplo de condições adequadas de vida.

A seguir, são apresentados os relatos dos problemas de saúde citados pelos entrevistados nas comunidades escolares em estudo, os procedimentos adotados pelas escolas face aos problemas de saúde, assistência aos alunos e a interferência das condições de saúde da comunidade no trabalho da escola. Tabelas de 9 a 15.

TABELA 9 - Problemas de saúde citados pelos entrevistados nas comunidades escolares segundo a rede de ensino. Distrito Federal, 1987.

PROBLEMAS DE SAÚDE (1)	REDE DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	PARTICULAR	
Doenças infecciosas e parasitárias	88,3	50,0	78,1
Doenças do aparelho respiratório	35,0	59,1	41,5
Doenças do aparelho digestivo	56,7	13,6	45,1
Sintomas, sinais e afecções mal definidas	55,0	36,4	50,0
Transtornos mentais	16,7	45,4	24,4
Doenças das glândulas endócrinas, nutrição e metabolismo	35,0	22,7	31,1
Doenças do sistema nervoso e órgãos do sentido	33,3	27,3	31,7
Doenças da pele e do tecido celular subcutâneo	31,7	4,5	24,4
Gravidez em adolescente <sup>(2)</sup>	23,3	4,5	19,5
Doenças do aparelho gênito-urinário	10,0	18,2	12,2
Lesões e envenenamentos	2	18,2	4,9
Doenças do aparelho circulatório	5,0	2	3,7
Doenças do sistema ósteo-muscular e do tecido conjuntivo	1,7	4,5	2,4

(1) As categorias de problemas de saúde não são mutuamente exclusivas. Os percentuais se referem a cada problema dentro de cada rede de ensino, tomando como base o total de escolas: 60 públicas e 22 particulares e 82 no total.

(2) Os problemas de saúde estão agrupados segundo a classificação Internacional de Doenças, com exceção da categoria "gravidez em adolescente".

A incidência de doenças nas comunidades escolares, conforme identificam os profissionais das escolas, aponta um percentual de 88,3% de doenças infecciosas e parasitárias nas escolas públicas e 50,0% nas escolas particulares. Estes achados coincidem com os de vários autores (TEMPORINI, 1986) que apontam como principal doença da faixa etária de escolar as doenças infecciosas e parasitárias.

O percentual de entrevistados que citam problemas de doenças do aparelho respiratório nas escolas particulares é de 59,1% e as mais frequentes nessa categoria são as bronquites, alergias, resfriados e gripes. Há diferenças marcantes entre as redes particular e pública com maiores percentuais de respostas para as escolas da rede pública, na indicação de doenças do aparelho digestivo (56,7%) onde estão agrupados os problemas dentários, que segundo os professores, constituem o maior problema em sala de aula, assim como os sinais, sintomas e afecções mal definidas (55,0%), onde se destaca os sintomas de dores em geral.

A gravidez em adolescente também tem maior percentual de citações pelos entrevistados nas escolas da rede pública (23,3%), embora possa se alegar dos expedientes próprios da classe mais favorecida economicamente nas escolas da rede particular no sentido de ocultar esse problema.

Nas escolas da rede particular são apontados pelos entrevistados com, um percentual de 45,4%, os transtornos mentais, o que requer cuidado na identificação do que é classificado pelos profissionais das escolas nessa categoria como: desajustes familiares, desvios de comportamento, rendimento escolar, entre outros.

No conjunto das escolas pesquisadas, os problemas mais apontados referem-se às doenças infecciosas e parasitárias, sintomas e sinais e afecções mal definidas, doenças do aparelho digestivo e doenças do aparelho respi-

ratório.

Resta analisar se esses problemas constituem objeto de estudo e de ações efetivas na Educação para a Saúde, como oportunidades educativas. Os dados para essa análise estão apresentados na Tabela 10.

TABELA 10 - Procedimentos adotados nas escolas face aos problemas de saúde manifestados pelos alunos no dia-a-dia. Distrito Federal, 1987.

PROCEDIMENTO	%
Administra medicamento e ou encaminha ao serviço médico da FHDF ou FEDF e ou comunica à família	35,4
Encaminha ao serviço médico da FHDF(1) e ou PISE(2) e comunica à família	28,0
Comunica à família	14,6
Encaminha ao Complexo Escolar para o PISE e comunica à família	6,1
Administra medicamento	4,9
Encaminha ao Complexo Escolar para o PISE	4,9
Possibilita atendimento pelo Serviço Médico próprio da escola	1,2
Atende pelo Serviço Médico próprio da escola e comunica a família	1,2
Não declarado	3,7
Total	100,0 (82)

(1) Fundação Hospitalar do Distrito Federal

(2) Programa Integrado de Saúde Escolar da Funcação Educacional do Distrito Federal

O maior percentual de escolas (35,4%) quanto aos procedimentos adotados nas escolas face aos problemas de saúde manifestados pelos alunos no dia-a-dia, recai na categoria "administra medicamento e ou encaminha ao serviço médico da FHDF e ou ao PISE e ou comunica à família". Os profissionais relatam que o procedimento adotado depende do caso, podendo ser um dos três indicados, ou em casos mais sérios ou graves pode haver combinação dos três procedimentos.

O procedimento que nos parece mais adequado é o encaminhamento do aluno ao serviço médico com comunicação à família e que é adotado em 28,0% das escolas.

Há inexistência de serviços próprios para o atendimento dos escolares nos Centros ou Postos de Saúde da rede pública local; e a morosidade no atendimento que, via de regra, são solicitados por pessoal da escola e vistos como prestação de favores às escolas é citado por quase todos os profissionais entrevistados, o que faz com que, em algumas escolas os profissionais adotem o procedimento de administrar medicamento nos casos mais comuns como dores em geral e principalmente dor de dente que ocorre com muita frequência.

Não houve menção de que os problemas de saúde encontrados (Tabela 9), fossem trabalhados pela comunidade escolar na busca de soluções preventivas ou formas mais efetivas de tratamento.

Segue-se a análise da prestação de assistência ao aluno. Tabelas 11 a 13.

TABELA 11 - Prestação de assistência aos alunos das escolas, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.

ESPECIFICAÇÃO	REDE DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	PARTICULAR	
Não	3,33	72,70	21,90
Sim	96,67	27,30	78,10
Total	100,00 (60)	100,00 (22)	100,00 (82)

Praticamente a totalidade das escolas públicas (96,6%) declaram que os alunos recebem assistência. Observa-se que presta algum tipo de assistência, à medida que os alunos são encaminhados à rede pública, ou seja, à Fundação Hospitalar do DF (FHDF) ou ao Programa Integrado de Saúde Escolar (PISE) da Fundação Educacional do DF e recebem merenda escolar da Fundação de Assistência ao Estudante (FAE).

No conjunto das escolas pesquisadas, apenas 78,0% possibilitam algum atendimento que se diversifica nas formas especificadas na Tabela 12.

TABELA 12 - Formas de prestação de assistência aos alunos das escolas, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.

FORMA DE ASSISTÊNCIA	REDE DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	PARTICULAR	
Merenda Escolar	98,3	16,7	90,6
Assistência Médica esporádica	27,6	16,7	26,6
Avaliação por agente de saúde	27,6	Z	25,0
Assistência odontológica esporádica	22,4	Z	20,3
Campanha por agente de saúde	17,2	Z	15,6
Serviço de saúde da FHDF	13,8	Z	12,6
Atendimento médico, odontológico, psicológico e pedagógico	10,3	50,0	14,1
Serviço Psicológico do Complexo Escolar pelo PISE	6,9	Z	6,3
Assistência médica sistemática	Z	33,3	3,1

Nota: As categorias de formas de assistência não são mutuamente exclusivas. Os percentuais foram calculados para cada forma, tomando o total de escolas em cada rede de ensino, que registrou a forma de assistência (58 escolas públicas, 6 escolas particulares e 64 no total)

A merenda escolar foi a forma de assistência apontada pela quase totalidade das escolas públicas (98,3%), e é fornecida pela Fundação de Assistência ao Estudante (FAE). Cabe destacar nas escolas da rede pública as formas de prestação de assistência como: "assistência médica esporádica" em 27,6%; a "avaliação por agentes de saúde" em 27,6%; a "assistência odontológica esporádica" em 22,4%; "campanhas por agentes de saúde" em 17,2% e a assistência

psicológica em 6,9%. Estes serviços são prestados pela equipe do PISE - FEDF que funciona em sistema de rodízio, apenas o serviço de psicologia está centralizado no Complexo Escolar, para onde os escolares são encaminhados e atendidos à medida que existe vaga.

Os agentes de saúde são utilizados para os testes de acuidade visual, tratamento de piolhos nos alunos, palestras sobre higiene pessoal, campanhas de combate ao piolho e outras. Na fala dos profissionais nas escolas, a assistência odontológica é lastimável diante da situação do escolar com relação a problemas dentários. Este programa não tem atendimento para todas as idades da faixa etária do escolar.

A assistência prestada pelo serviço público de saúde da FHDF foi citada como provida em 13,8% das escolas o que significa nesse caso um pronto atendimento em situações de urgência.

Verifica-se que a assistência médica não é uma constante na vida do escolar. A prestação de assistência é bastante esporádica quando efetuada pelo (PISE) pois atendem a toda rede pública de ensino urbano e rural, portanto não há acompanhamento do escolar ou garantia de assistência pelo (PISE), existe um rodízio para avaliação do estado de saúde de alunos de 1ª série.

Por outro lado a FHDF com Centros de Saúde junto a cada escola, também não tem nenhum programa que assista ao escolar, a não ser quando a família procura o serviço em casos de doenças sérias, ou para buscar atestado médico conforme exigência da escola para a prática de Educação Física.

Os Centros de Saúde não prevêm um programa de assistência ao Escolar pela família, via escola ou mesmo através do próprio escolar que deve aprender a se responsabilizar por seu acompanhamento e por sua saúde. A escola se





depara com problemas sérios principalmente na rede pública da periferia urbana e da zona rural considerando que entre os problemas de saúde detectados nos escolares, as doenças aparecem com o percentual muito alto (Tabela 9). E os encaminhamentos para os Centros de Saúde da FHDF são feitos politicamente pelas boas relações escola/Centro de Saúde. Deduz-se que o atendimento não é garantido ao aluno mas sempre por pedido da direção da escola em casos sérios ou graves.

Na rede particular, das 6 escolas que contam com assistência médica, 50,0% prestam atendimento médico, odontológico e pedagógico e 33,3% prestam assistência médica sistemática. Este serviço conta, no quadro da escola, com médico, psicólogos ou com equipe multiprofissional. As escolas que não contam com formas de assistência própria informaram que a assistência aos alunos é dada pela família.

TABELA 13 - Avaliação do grau de satisfação do entrevistado quanto aos serviços de assistência aos alunos, segundo a rede de ensino. Distrito Federal, 1987.

CONCEITOS AVALIATIVOS	REDE DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	PARTICULAR	
Satisfatório e Suficiente	3,5	50,0	7,8
Satisfatório mas insuficiente	3,5	16,7	4,7
Insatisfatório e insuficiente	60,2	2	54,7
Não declarado	32,8	33,3	32,8
Total	100,0 (58)	100,0 (6)	100,0 (64)

Em ambas as redes de ensino, são elevados os percentuais (32,8%) que se encontram na categoria "não declarado" quanto a avaliação que têm dos serviços de assistência prestados aos alunos da escola.

Observou-se certo temor por parte de alguns dos entrevistados com relação a resposta a esta questão.

Considerando os conceitos emitidos, verifica-se que na rede pública, os serviços são julgados insatisfatórios e insuficientes em 60,2% das opiniões dos entrevistados.

Já na rede particular, a metade das escolas que prestam algum tipo de assistência aos alunos, a considera satisfatória e suficiente e 16,7% julgam satisfatória mas insuficiente. Conclui-se que a rede pública fornece mais formas de assistência ao aluno mas o faz precariamente, segundo a avaliação de seus profissionais.

A interferência das condições de saúde da comunidade no programa de saúde da escola é aspecto destacado pelas propostas oficiais: Parecer 2264/74 do CFE e Diretrizes Gerais para os Programas de Saúde do MS.

LENCASTRE (1988) diz que a escola só estaria educando como um todo e especificamente em saúde, quando partisse da realidade da criança; desenvolvesse suas sensações e percepções; quando a orientasse para comparar e analisar a sua realidade, a refletir sobre ela, a descobrir as semelhanças e diferenças existentes em seu meio, em sua rua, na vizinhança, no seu bairro, comparando com outras ruas, bairros, cidades, regiões; quando analisasse as formas de trabalho da família paralelamente a outras formas; quando verificasse o saneamento básico da região; levantasse a produção agrícola; as condições de transporte; ofertas de emprego e as leis que garantem a saúde do trabalhador.

A forma de como essa interferência é captada pelos profissionais da escola está apresentada na Tabela 14.

TABELA 14 - Existência de formas de interferência das condições de saúde da comunidade local no trabalho da escola, segundo a localização. Distrito Federal, 1987.

LOCALIZAÇÃO	INTERFERÊNCIA			TOTAL
	SIM	NÃO	NÃO	
			DECLARADO	
URBANA	48,6	48,6	2,8	100,0 (70)
RURAL	33,3	58,4	8,3	100,0 (12)
TOTAL	46,3	50,0	3,7	100,0 (82)

Os profissionais das escolas urbanas percebem a existência de interferência das condições de saúde da comunidade local no trabalho da escola num percentual de 48,6% e igual percentual (48,6%) não percebem tal interferência.

As escolas localizadas na zona rural apresentam um percentual de 58,4% referente aos que não percebem tal interferência. Verificou-se que falta esclarecimento quanto à verdadeira condição de saúde da comunidade local, por isso, provavelmente não consigam fazer a ligação entre condições específicas da comunidade local e trabalho da escola.

A associação entre localização e percepção da interferência das condições da saúde da comunidade local no trabalho da escola é significativa.

O teste qui-quadrado, aplicado às frequências absolutas é de 5,92, logo superior ao  $\chi^2_t(=0,025, g1=1)=5,02$ .

TABELA 15 - Formas de interferência das condições de saúde da comunidade local, no trabalho da escola, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.

FORMAS DE INTERFERÊNCIA	REDE DE ENSINO	
	PÚBLICA	PARTICULAR
Baixo rendimento escolar	60,0	33,3
Infrequência dos alunos	37,1	33,3
Outras formas	37,1	37,1
Evasão escolar	17,1	Z
Higiene precária dos alunos	14,3	Z
Insegurança na escola	11,4	Z

Nota: As formas de interferência não são mutuamente exclusivas. Os percentuais foram calculados para cada forma tomando por base o número de escolas em cada rede que admite interferência. (35 escolas públicas e 3 particulares)

No conjunto de escolas pesquisadas, 35 públicas e 3 particulares, o baixo rendimento escolar e a infrequência dos alunos constituem as formas de interferência mais citada ou seja 60% das escolas públicas citam o baixo rendimento dos alunos e 37,1% de infrequência dos alunos às aulas.

Um dos motivos citados da infrequência às aulas foi a necessidade do aluno na família para cuidar de irmãos, acompanhar doentes na família ou ajudar nas tarefas domésticas e doenças do aluno. Esses motivos parecem também apontar para a evasão escolar que é lembrada em 17,1% das escolas públicas pesquisadas.

Na rede particular, as formas de interferência apontadas igualmente referem-se ao baixo rendimento es-

colar e à infrequência dos alunos em 33,3% das escolas.

Na categoria correspondente a "outras formas" que corresponde a 37,1%, não foi possível agrupá-las em categorias, pela diversificação de respostas e por não serem respostas que correspondessem à interpretação correta da questão. Ainda nas escolas públicas aparecem as formas de interferência como a higiene precária dos alunos em 14,3% e a insegurança na escola em 11,4%.

A questão da higiene precária dos alunos assume maior importância na medida em que as condições higiênicas das escolas também são precárias como se conclui pelos dados da tabela 4. Também se relaciona à alta incidência de doenças infecciosas e parasitárias e doenças do aparelho digestivo (Tab. 9).

#### 4.2.3. Base da compreensão e do desenvolvimento da educação para a saúde

Segundo o Parecer nº 2264/74 do CFE, a definição de saúde tal como proposta pela Organização Mundial de Saúde (OMS) possibilita enfatizar o enfoque sobre o indivíduo, ou seja, a educação para a saúde deve ser dirigida para o indivíduo e sua ação.

Com relação à compreensão do conceito de saúde, em termos da tradicional definição proposta pela OMS como "estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença", buscou-se então, captar como os profissionais da escola verbalizam o conceito de saúde e como deveria ser e realizar a educação para a saúde. Tabelas 16 e 17.

TABELA 16 - Conceito de saúde verbalizado por profissional da escola, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.

ABRANGÊNCIA DO CONCEITO EXPRESSO	REDE DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	PARTICULAR	
Parcialmente o conceito da OMS	38,3	27,3	35,4
Totalmente o conceito da OMS	20,0	18,2	19,5
Não expressa o conceito da OMS	40,0	54,5	43,9
Não declarado	1,7	Z	1,2
Total	100,0 (60)	100,0 (22)	100,0 (82)

Não houve qualquer manifestação expressa, nas falas de profissionais de grande parte das escolas (43,9%), sobre o conceito de saúde da OMS e apenas 19,5% das escolas o expressam. De forma parcial, esse conceito é expresso em 35,4% das escolas.

Comparativamente, na rede pública, os percentuais indicam um maior domínio do conceito da OMS, na medida em que 58,3% dos profissionais entrevistados dessa rede expressam parcial ou totalmente os elementos desse conceito, contra 45,5% dos profissionais das escolas particulares.

O conceito de saúde como já foi dito é a base da compreensão e sem ele não se pode fazer educação para saúde. Se os programas de saúde são de responsabilidade primeira do professor e pessoal da escola, como exigir o cumprimento dessa responsabilidade se não são dados meios e conhecimentos para assumí-la.

A falta de compreensão do conceito de saúde mostra o despreparo e a dificuldade para implantação dos Programas de saúde nas escolas.

Essas diferenças são significativas mostrando associação entre rede de ensino e a expressão do conceito de saúde, pois o teste qui-quadrado, aplicado às frequências absolutas, excluindo a categoria "não declarado", é de  $\chi^2_0 = 10,8$  e superior ao  $\chi^2_t$  ( $\alpha = 0,005$ ,  $gl=2$ ) = 10,6.

Considerando a "doutrina da Educação da Saúde" e a "metodologia para desenvolvimento dos programas de saúde", conforme o Parecer nº 2264/74 do CFE e das Diretrizes Gerais para os programas de saúde do MS foram analisadas as respostas dos profissionais procurando identificar os aspectos contemplados nas disposições legais sobre como deveria ser e realizar a Educação para a Saúde nas escolas.

TABELA 17 - Verbalização dos entrevistados da escola, dos aspectos legais sobre como deveria ser e realizar a educação para a saúde na escola, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.

ASPECTOS LEGAIS	REDE DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	PARTICULAR	
Contempla aspectos legais	86,7	72,7	82,9
Não contempla aspectos legais	13,3	27,3	17,1
Total	100,0 (60)	100,0 (22)	100,0 (82)

Não se formou uma categoria para a totalidade dos aspectos legais, porque não foi expressa pelos pro-

fissionais das escolas.

A maioria dos profissionais das escolas pesquisadas expressa aspectos legais, no máximo de 5, em suas respostas. No entanto, na rede pública, o percentual de respostas que contemplam tais aspectos (86,7%) é superior ao da rede particular (72,7%). O teste de qui-quadrado aplicado às frequências absolutas forneceu  $\chi^2_0=9,4$  que é superior ao  $\chi^2_t(\alpha=0,005, gl=1)=7,88$ . A citação dos aspectos legais de Educação para saúde expresso pelos profissionais está relacionado à rede de ensino.

TABELA 18 - Orientação por alguma norma oficial quanto à educação para a saúde, por rede de ensino. Distrito Federal. 1987.

ORIENTAÇÃO	REDE DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	PARTICULAR	
Sim	75,0	50,0	68,3
Não	25,0	45,5	30,5
Não declarado	Z	4,5	1,2
Total	100,0 (60)	100,0 (22)	100,0 (82)

Há consideração de alguma norma oficial em 68,3% das escolas pesquisadas. Na rede pública, o percentual (75,0%) das escolas que registram consideração de alguma norma oficial é superior ao da rede particular (50,0%).

Na tabela 19, constam as normas consideradas.



TABELA 19 - Normas oficiais consideradas pelas escolas, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.

NORMAS OFICIAIS	REDE DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	PARTICULAR	
Conteúdo programático da FEDF	93,3	54,5	85,7
Através do regimento Interno da escola	2,2	18,2	5,4
Lei 5692/71	Z	9,1	1,8
Através do livro didático	Z	9,1	1,8
Outra	4,5	9,1	5,3
Total	100,0 (45)	100,0 (11)	100,0 (56)

Dentre as 56 escolas em que os profissionais afirmaram se orientar por alguma norma oficial, a maior parte (85,7%) recorre ao conteúdo programático da FEDF. Todas as escolas pesquisadas da rede pública pertencem a FEDF e 93,3% das escolas dessa rede consideram como norma oficial o conteúdo programático. Na rede particular além da consulta ao conteúdo programático da FEDF por 54,5% das escolas, há registro de consulta ao regimento interno em 18,2%.

O Parecer nº 2264/74 do CFE e as Diretrizes Gerais para os Programas de Saúde no Ensino de 2º grau não foram citadas em ambas as redes de ensino, sendo que os mesmos deveriam nortear o desenvolvimento dos programas de saúde na escola.

Isso mostra que não há aplicação das disposições legais que regulamentam o ensino de saúde na escola de 1º e 2º graus.

O teste do qui-quadrado, aplicado às frequências absolutas, mostra a associação entre rede de ensino e normas oficiais consideradas ( $X^2_t=14 > X^2_0 = 0,005$ ,  $gl=1 = 7,88$ ).

O planejamento conjunto - que deve envolver toda a comunidade escolar e local - das atividades de Educação para a Saúde, é um aspecto destacado com ênfase no Parecer nº 2264/74 do CFE e as Diretrizes Gerais do MS. Para desenvolver conteúdos de saúde o planejamento deve fazer parte do currículo e é de competência de cada instituição escolar a fixação do número de horas e a distribuição dos conteúdos, que devem estar voltados para a realidade local.

Como matéria isolada e ou integrada às Ciências Físicas e Biológicas, com carga horária própria e como atividade pedagógica, a cada oportunidade que se ofereça aproveitando os conteúdos curriculares e a ocorrência dos fatos. O planejamento conjunto deve visar então a promoção da saúde e a prevenção de doenças, através de vivências, de experiências, de observação e participação da realidade existente, mais do que de estudo de teorias e causas.

A Tabela 20 mostra a realização de planejamento conjunto em Educação para a Saúde nas escolas.

TABELA 20 - Realização de planejamento conjunto em educação para a saúde, por rede de ensino. Distrito Federal, 1987.

REALIZAÇÃO DE PLANEJAMENTO CONJUNTO	REDE DE ENSINO		TOTAL
	PÚBLICA	PARTICULAR	
Sim	5,0	18,2	8,5
Não	95,0	81,8	91,5
Total	100,0 (60)	100,0 (22)	100,0 (82)

O planejamento conjunto não é registrado na quase totalidade das escolas pesquisadas (91,5%).

O percentual de escolas que registram o planejamento conjunto é superior na rede particular (18,2%) ao da rede pública (5,0%).

A falta de planejamento conjunto aponta para a não implantação e desenvolvimento dos programas de saúde nas escolas.

#### 4.2.4. Aspectos do desenvolvimento do Programa de Saúde e de Educação para a Saúde.

Como destaca o Parecer nº 2264/74 do CFE, o programa de saúde obrigatório nos termos da lei não precisa ser dado em todas as séries do ensino de 1º e 2º graus como disciplina mas sim, na maior parte delas, de modo pragmático e contínuo, sob a forma de atividades. Vale, portanto, analisar como a recomendação se concretiza no currículo das escolas pesquisadas, conforme os dados das Tabelas 21 a 23.

TABELA 21 - Especificação de disciplina ou área do currículo em educação para a saúde, segundo graus e séries das escolas. Distrito Federal, 1987.

GRAUS E SÉRIES	DISCIPLINA OU ÁREA		TOTAL
	NÃO	SIM	
1º grau - 1ª a 4ª	16,7	83,3	100,0(30)
1º grau - 1ª a 8ª	3,3	96,7	100,0(30)
1º grau - 5ª a 8ª	2	100,0	100,0(08)
2º grau	28,6	71,4	100,0(14)
Total	12,2	87,8	100,0(82)

Em 87,8% dos estabelecimentos de ensino pesquisados há disciplina ou área específica no currículo para desenvolvimento de Educação para a Saúde. O maior percentual de escolas em que não há disciplina ou área específica para a Educação para a Saúde está no 2º grau (28,6%) contrariando as disposições legais que determinam que ao nível de terminalidade, deve haver maior concentração de ações e atividades, uma vez que para muitos alunos esta será a última oportunidade de travar contato com essa matéria.

TABELA 22 - Especificação de disciplina ou área do currículo que desenvolve educação para a saúde, segundo graus e séries das escolas. Distrito Federal, 1987.

DISCIPLINA/ÁREA	GRAU/SÉRIES				TOTAL
	1º GRAU	1º GRAU	1º GRAU	2º GRAU	
	1ª-a 4ª	1ª-a 8ª	15ª-a 8ª		
Iniciação à Ciência/Programas de Saúde	96,0	10,3	Z	Z	37,5
Ciências Físicas e Biológicas e Programas de Saúde	4,0	86,3	100,0	20,0	50,0
Biologia e Programas de Saúde	Z	Z	Z	80,0	11,1
Ciências Físicas e Biológicas/Programas de Saúde e Educação Física	Z	3,4	Z	Z	1,4
Total	100,0 (25)	100,0 (29)	100,0 (8)	100,0 (10)	100,0 (72)

Considerando os 72 estabelecimentos de ensino em que há disciplina ou área específica em Educação para a Saúde, constata-se que a maior parte trabalha Programas de Saúde conjuntamente com as Ciências Físicas e Biológicas (50,0%) e a Iniciação à Ciência.

Supõe-se que a ênfase seja dada a Iniciação à Ciência, as Ciências Físicas e Biológicas e a Biologia, pois como vimos na tabela 16, em poucas escolas foi verbalizado o conceito de saúde. Outro fato que reforça esta suposição é o de que na quase totalidade das escolas não há

planejamento conjunto conforme previsto nas disposições legais (tab. 20) e ainda não se orientam pelas normas destas disposições (tab. 19).

A Educação para a Saúde é desenvolvida em diferentes séries tanto no 1º quanto no 2º grau, como mostra a Tabela 23.

TABELA 23 - Séries em que é desenvolvida a educação para a saúde na escola, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.

SÉRIE(S) EM QUE SE DESENVOLVE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE	GRAU/SÉRIES				TOTAL
	1º GRAU	1º GRAU	1º GRAU	2º GRAU	
	1ª-a 4ª	1ª-a 8ª	1ª-a 8ª		
Todas as séries	64,0	34,5	Z	Z	36,1
Série Terminal	12,0	10,3	25,0	10,0	12,5
Série inicial	4,0	3,4	12,5	70,0	13,9
Todas as séries exclusi- ve a última	8,0	41,5	50,0	Z	25,0
5ª a 8ª séries	-	10,3	Z	Z	5,6
Não declarado	12,0	Z	12,5	20,0	6,9
Total	100,0 (25)	100,0 (29)	100,0 (8)	100,0 (10)	100,0 (72)

No conjunto das escolas pesquisadas, que contam com disciplina ou área que desenvolve a Educação para a saúde, observa-se que a maioria das de 1º grau desenvolve a Educação para a Saúde, de 1ª a 4ª série (64,0%) e até a 7ª série no caso das escolas que a possui (41,5% e 50,0%).

No 2º grau, a maior parte (70,0%) das escolas desenvolve a Educação para a Saúde na série inicial - 1ª série. Estes dados contrariam as disposições legais já ditas anteriormente que determinam que ao nível de terminabilidade, deve haver maior concentração de ações e atividades, uma vez que para muitos alunos esta será a última oportunidade de travar contato com essa matéria.

A educação para a saúde "visa à autocapacitação dos indivíduos e dos vários grupos de uma sociedade para lidar com os problemas fundamentais da vida cotidiana, como nutrição, desenvolvimento biopsicológico, reprodução, dentro do contexto atual de uma sociedade em rápida mudança" (Parecer nº 2264/74 do CFE. É previsto que no ensino de 1º grau sejam desenvolvidos os conhecimentos básicos de saúde que possam ter continuidade nas fases subseqüentes da vida. Salubridade da escola e do lar, hábitos de higiene pessoal, controle das funções dos órgãos e do crescimento constituem aspectos a serem desenvolvidos nas séries iniciais do 1º grau. Já nas séries terminais do 1º grau, recomenda-se o desenvolvimento de prevenção de acidentes, prevenção de doenças e conhecimento de microorganismos na vida do homem. No 2º grau, conservação da saúde, segurança no trabalho, na escola, nas diversões, primeiros socorros, evolução puberal, educação sexual, gestação puericultura e saúde mental são tópicos a serem aprofundados (Parecer nº 2264/74 do CFE). E ainda enfocam a participação ativa do aluno, levando-o à compreensão das necessidades de sua comunidade e buscando soluções junto às instituições de saúde, órgãos e recursos da comunidade (ação recíproca).



TABELA 24 - Objetivos principais do ensino de saúde na escola, por grau/série. Distrito Federal, 1987.

OBJETIVOS	GRAU/SÉRIES				TOTAL
	1º GRAU	1º GRAU	1º GRAU	2º GRAU	
	1ª-a 4ª	1ª-a 8ª	15ª-a 8ª		
Orientar sobre saúde	40,0	17,2	37,5	10,0	26,4
Orientar sobre higiene	36,0	20,7	Z	Z	20,8
Prevenir doenças	8,0	13,8	62,5	Z	15,3
Formar hábitos de higiene	8,0	6,9	12,5	10,0	8,3
Orientar sobre doenças	Z	3,5	12,5	30,0	6,9
Desenvolver visão crítica da realidade	4,0	Z	12,5	20,0	5,6
Conscientizar para prevenção e preservação da saúde	12,0	Z	Z	Z	4,2
Desenvolver o ser humano como um todo	8,0	Z	Z	10,0	4,2
Prevenir acidentes	4,0	Z	Z	10,0	2,8
Orientar sobre alimentação	4,0	3,45	Z	Z	2,8
Orientar quanto aos tóxicos e atividade sexual	Z	3,45	Z	10,0	2,8
Outro objetivo	Z	17,24	12,50	Z	8,3

NOTA: Os objetivos não são categorias mutuamente exclusivas. Os percentuais foram calculados em cada objetivo tomando por base o número de escolas em cada categoria de grau/série que contam com disciplina ou área em Educação para a Saúde (Tabela 21).



Os objetivos mais citados pelos profissionais das escolas pesquisadas são "orientar sobre saúde", "orientar sobre higiene" e "prevenir doenças". Nas escolas de 1º grau (1ª a 4ª série), 40,0% referem-se ao objetivo de "orientar sobre saúde" e "orientar sobre higiene" 36,0%; seguindo-se o objetivo de "conscientizar para prevenção de doença e da preservação da saúde" (12,0%). Esse último objetivo não foi citado nos outros grupos de escolas de 1º e de 2º graus.

Nas escolas de 1º grau (1ª a 8ª série) prevalecem os objetivos de "orientar sobre higiene" (20,7%), "orientar sobre saúde" e "prevenir doenças", acrescentando-se os de "orientar sobre doenças" e o de "orientar quanto aos tóxicos e atividade sexual", embora com percentuais baixos.

Já no 1º grau (5ª a 8ª série), o objetivo de "prevenir doenças" tem maior percentual de citação em 62,5% das escolas. Segue-se o de "orientar sobre saúde" que se relaciona com o de "formar hábitos de higiene", "orientar sobre doenças", "desenvolver visão crítica da realidade" e "conscientizar para prevenção de doenças e preservação de saúde".

Os objetivos do 2º grau, conforme citação dos profissionais das escolas pesquisadas, relacionam-se com a faixa etária entre 14 a 18 anos de escolaridade normal dos alunos. Os percentuais das demais respostas são: "orientar sobre doenças" (30,0%), "desenvolver visão crítica da realidade" (20,0%), "prevenir acidentes", "orientar quanto aos tóxicos e atividade sexual", "desenvolver o ser humano como um todo" além de "formar hábitos de higiene" e "orientar sobre saúde", esses últimos com percentual de 10,0%.

Os objetivos apresentam-se de maneira vaga sem que se possa perceber a participação ativa do aluno, podendo-se inferir que a atividade do aluno deve ser passiva ao receber as orientações.

TABELA 25 - Conteúdos, noções ou temas mais abordados em educação para a saúde nas escolas. Distrito Federal, 1987.

CONTEÚDOS, NOÇÕES OU TEMAS	ESCOLAS	
	f.	%
Doenças tropicais	71	98,6
Doenças Degenerativas	71	98,6
Reprodução Humana	69	95,8
Recreação, higiene mental	68	94,4
Doenças carenciais	67	93,1
Prevenção de acidentes	67	93,1
Saneamento básico	66	91,7
Primeiros socorros	64	88,9
Doenças sexualmente transmissíveis	63	87,5
Doenças mais comuns	63	87,5
Verminose, parasitose	61	84,7
Microbiologia	60	83,3
Corpo Humano	51	70,8
Doenças transmissíveis e epidêmicas	50	69,4
Higiene	14	19,4
Outros	68	94,4

NOTA: Os conteúdos não são categorias mutuamente exclusivas. Os percentuais foram calculados tendo por base o total de escolas (72) em que há disciplina ou área específica para a Educação para a Saúde.

Ressalta-se que o percentual sobre "Condições de higiene", (tab. 4) chamou atenção pelas precárias condições de higiene das escolas pesquisadas, e comparando com os dados, quanto aos conteúdos noções ou temas mais abordados, se inclui em apenas 19,4% a abordagem da "higiene".

Em mais de 91,0% das escolas registra-se a citação de conteúdos, tais como: "doenças tropicais", "doenças degenerativas", "reprodução humana", "recreação, higiene mental", "doenças carenciais", e "saneamento básico". Os conteúdos de "primeiros socorros", "doenças sexualmente transmissíveis", "doenças mais comuns", "verminose, parasitose" e "microbiologia" são citados em mais de 80,0% das escolas. Já as noções de "corpo humano" e de "doenças transmissíveis e epidêmicas" são registradas em cerca de 70,0% das escolas.

Os conteúdos citados pelos profissionais das escolas pesquisadas correspondem aos conhecimentos básicos previstos no Parecer nº 2264/74 do CFE. No entanto, como foi analisado (Tab. 19), esse Parecer não foi citado como norma oficial, considerada pela escola para planejar a Educação para a Saúde. Vejamos, então, qual é o critério de seleção de conteúdos, conforme a Tabela 26.

TABELA 26 - Critério de seleção de conteúdos, noções e temas abordados em educação para a saúde. Distrito Federal, 1987.

CRITÉRIOS	ESCOLAS	
	f.	%
Conteúdo programático da FEDF	17	23,6
Interesse do aluno	4	5,6
Conteúdo programático e interesse do aluno	2	2,7
Filosofia da escola	1	1,4
Critério do professor	1	1,4
Não declarado	47	65,3
Total	72	100,0

Das escolas pesquisadas que registraram a existência de disciplina ou área do currículo em Educação para a Saúde, apenas 34,7% especificaram o critério de seleção de conteúdos, destacando-se como mais indicado "o conteúdo programático da FEDF" (23,61%).

Em 65,3% das escolas não foi declarado os critérios de seleção dos conteúdos. Supõe-se então que estes não são estabelecidos e que os conteúdos sejam indicados a partir do livro didático adotado pela escola.

Os livros didáticos segundo ALVES (1987) têm sido indicadores dos programas a serem desenvolvidos; têm ensinado o conteúdo a professores e alunos. Por isso a realidade neles apresentada é a que é ensinada nas salas de aula. Os temas abordados não são diferentes nos vários livros de ciências. Isto é, o conteúdo e a essência da Saúde nos livros didáticos são de modo geral os mesmos. Lembra que os livros didáticos deveriam ser acessórios, na situa-

ção onde o elemento fundamental é a relação professor-aluno.

Comparando com os dados da (Tab. 19) acerca das normas oficiais consideradas pelas escolas, vale ressaltar que o "conteúdo programático da FEDF" foi citado por 93,3% das escolas públicas e por 54,5% das escolas particulares. No entanto, como base de seleção de conteúdos, o mesmo é lembrado por apenas 23,6% das escolas.

O Parecer nº 4/86, aprovado em 30/09/86 redefiniu Programas de Saúde não como uma disciplina mas, muito mais, como uma ação educativa, não necessariamente sistemática, e desenvolvida nos diversos momentos e atividades escolares. Os Programas de Saúde constituem assim, uma ação e preocupação educacional que transcendem a grade curricular.

A Tabela 27 mostra as atividades desenvolvidas pelos programas de saúde nas escolas.

TABELA 27 - Atividades desenvolvidas em educação para a saúde nas escolas, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.

ATIVIDADES	1º GRAU			2º GRAU	TOTAL
	1ª-a 4ª-a	1ª-a 8ª-a	5ª-a 8ª-a		
Palestras eventuais	36,0	20,7	25,0	40,0	29,1
Campanhas eventuais	24,0	27,6	25,0	10,0	23,6
Projeção de filmes e slides	8,0	Z	Z	Z	2,8
Palestras, campanhas e entrevistas	Z	Z	Z	10,0	1,4
Palestras, projeção de filmes e slides	8,0	Z	Z	10,0	4,2
Palestras e campanhas	Z	6,9	Z	Z	2,8
Não há	12,0	41,3	50,0	10,0	27,8
Não declarado	12,0	3,5	Z	20,0	8,3
Total	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
	(25)	(29)	(8)	(10)	(72)

Considerando-se as escolas (72) que registram a existência de disciplina ou área do currículo em Educação para a Saúde - ou seja a disciplina "Programas de Saúde" combinada com a área de "Ciências Físicas e Biológicas" (Tab. 22) - observa-se que 27,8% delas declaram não haver atividades e 8,3% delas não declaram a resposta, podendo considerar então que 36,1% das escolas não desenvolvem atividades em educação para a saúde.

Quase metade das escolas de 1º grau declaram não haver atividade de educação para saúde, 50,0% de 5ª a 8ª séries e 41,3% de 1ª a 8ª séries. Ressalta-se que as escolas que registram desenvolvimento de atividades, refe-

rem-se mais a utilização de palestras eventuais (29,1%) e campanhas eventuais (23,6%), subentendendo-se que a Educação para a Saúde utiliza mais a teoria como forma de ensino, conforme revela a tabela 28.

Segundo o parecer 2.264/74 do CFE, "o ensino baseado na explicação de pontos de um programa é pobre, porque redundante no acúmulo de noções inertes, e não na potencialização do pensamento criador e reflexivo". Caracteriza-se o método de programas por basear-se em atividades causadas pela vontade de resolver ou pelo menos analisar um problema bem definido e compreendido. As atividades são freqüentes quando se desenvolve o método de problemas.

TABELA 28 - Atividades práticas desenvolvidas em educação para a saúde nas escolas, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.

ATIVIDADE PRÁTICA	1º GRAU				TOTAL
	1ª-a 4ª	1ª-a 8ª	5ª-a 8ª	2º GRAU	
Formação básica de					
higiene	30,0	26,7	Z	Z	20,7
Atividade recreativa	3,3	Z	Z	Z	1,2
Atividade preventiva	3,3	Z	Z	Z	1,2
Educação física	Z	Z	12,5	Z	1,2
Atividade de laboratório	Z	16,7	25,0	Z	8,5
Horta escolar	Z	3,3	Z	Z	1,2
Outra atividade	10,0	10,0	25,0	Z	9,8
Não há atividade	53,4	40,0	37,5	92,9	53,8
Não declarado	Z	3,3	Z	7,1	2,4
<b>Total</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>	<b>100,0</b>
	(30)	(30)	(8)	(14)	(82)

No conjunto das escolas pesquisadas mais da metade (53,7%) declara não haver atividade prática em Educação para a saúde. Especialmente nas escolas de 2º grau, esse percentual chega a 92,9% e o restante (7,1%) não declarou que atividade desenvolve.

Estes resultados apontam para o não cumprimento das disposições legais quanto à estratégia de ensino - metodologia, método de problemas - que dá ênfase às atividades.

TABELA 29 - Realização de atividades relacionadas ao desenvolvimento do aluno, por graus e séries. Distrito Federal, 1987.

LOCALIZAÇÃO	1º GRAU				2º GRAU	TOTAL
	1ª-a 4ª	1ª-a 8ª	5ª-a 8ª			
Sim	70,0	53,4	62,5	35,8	57,4	
Não	30,0	43,3	37,5	57,1	40,2	
Não declaração	Z	3,3	Z	7,1	2,4	
Total	100,0 (30)	100,0 (30)	100,0 (8)	100,0 (14)	100,0 (82)	

No conjunto das escolas pesquisadas 57,3% declaram realizar atividades relacionadas ao desenvolvimento do aluno, estando o maior percentual nas escolas de 1º grau, da 1ª a 4ª série (70,0%), seguindo-se da 5ª a 8ª série, (62,5%) e da 1ª a 8ª série (53,3%). Apenas 35,7% das escolas de 2º grau declaram realizar esse tipo de atividade.