

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**SETOR DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**COMPREENSÃO DOS PROFESSORES DAS SÉRIES  
INICIAIS (1ª A 4ª) DAS ESCOLAS DA REDE  
MUNICIPAL DE ENSINO DE ITAJAÍ, ACERCA DE  
SEU TRABALHO EM SALA DE AULA COM  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

*Autora: Denise Stringari Marcos*  
*Dissertação apresentada como requisito*  
*parcial à obtenção do grau de mestre*

**CURITIBA, (PR), 1995**

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ**  
**SETOR DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

**COMPREENSÃO DOS PROFESSORES DAS SÉRIES  
INICIAIS (1ª A 4ª) DAS ESCOLAS DA REDE  
MUNICIPAL DE ENSINO DE ITAJAÍ, ACERCA DE  
SEU TRABALHO EM SALA DE AULA COM  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE**

*Dissertação apresentada como exigência  
parcial para obtenção do título de Mestre  
em Educação - Currículo - à Banca Examinadora  
da Universidade Federal do Paraná, sob a orientação  
da professora Dra. Maria Elisabeth Blanck Miguel*

**CURITIBA, (PR), 1995**

## ***DEDICATÓRIA***

*Aos meus pais Denis (in memoriam) e Nina,  
pelo **amor** transformado em estímulo, apoio e  
certeza de que este caminho seria percorrido.*

## **AGRADECIMENTOS**

*Muitas pessoas contribuíram para a efetivação deste trabalho, as quais expressamos nossos agradecimentos. Em especial, a:*

*- Meu esposo Renor e minha filha Leilane, pelo apoio e compreensão e pelos momentos de atenção substituídos por este estudo.*

*- Doutora Maria Elizabeth Blanck Miguel, orientadora deste estudo pela disponibilidade, incentivo e competente orientação.*

*- Universidade Federal do Paraná (UFPR) em especial à coordenação e professores do curso de Mestrado em Educação, pela oportunidade do curso e contribuição não apenas para o nosso crescimento profissional, mas também pelo nosso crescimento como pessoa.*

*- Secretaria Municipal de Educação de Itajaí e seus professores pela colaboração e disponibilidade em participar deste estudo.*

*- Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) em especial à coordenação e professores da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia e de Filosofia, Ciências e Letras, pelo apoio e incentivo durante o curso de mestrado.*

*- Mestra Rosa de Lourdes Vieira Silva pelo estímulo e revisão definitiva deste estudo.*

*- Silvana da Costa Maia, pela presteza, compreensão e dedicação na digitação de todas estas páginas.*

*- Colegas e amigos, Maria Denise M. Giorgi, Vanilde Batista, Águida L. Wendausen, Ana L. M. Ramos, Gladys Brodersen e Osmar de Souza pelo estímulo e orientação encorajadora em vários momentos decisivos deste estudo.*

## SUMÁRIO

<b>ABSTRACT.....</b>	<b>12</b>
<b>RESUMO.....</b>	<b>16</b>

### CAPÍTULO I

<b>1.1. INTRODUÇÃO.....</b>	<b>20</b>
<b>1.1.2. Abordagem Geral do Problema.....</b>	<b>28</b>
<b>1.2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA.....</b>	<b>35</b>
<b>1.3. OBJETIVOS DO ESTUDO.....</b>	<b>41</b>
<b>1.3.1. Objetivo Geral.....</b>	<b>41</b>
<b>1.3.2. Objetivos Específicos.....</b>	<b>41</b>

### CAPÍTULO II

<b>2. REFLETINDO SOBRE O TEMA.....</b>	<b>43</b>
<b>2.1. Histórico da Educação em Saúde nas Escolas do Brasil.....</b>	<b>43</b>
<b>2.2. A Formação do Professor e a Educação em Saúde.....</b>	<b>85</b>
<b>2.3. O espaço da Educação em Saúde na Escola.....</b>	<b>129</b>
<b>2.4. Refletindo sobre o Papel do Professor na Educação em Saúde... ..</b>	<b>140</b>

### CAPÍTULO III

<b>3. DELINEAMENTO DA METODOLOGIA.....</b>	<b>155</b>
<b>3.1. População e Amostra.....</b>	<b>155</b>

<b>3.2. O Instrumento.....</b>	<b>159</b>
<b>3.3. Validação e Verificação do Instrumento.....</b>	<b>163</b>
<b>3.4. Coleta de Dados .....</b>	<b>165</b>
<b>3.5. Processamento e Análise dos Dados.....</b>	<b>166</b>

## **CAPÍTULO IV**

<b>4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS.....</b>	<b>168</b>
<b>4.1. Caracterização dos Componentes da Amostra.....</b>	<b>168</b>
<b>4.1.2. Habilitação Profissional da População deste Estudo.....</b>	<b>170</b>
<b>4.2. Conhecimento dos Professores sobre Educação em Saúde do Escolar .....</b>	<b>173</b>
<b>4.2.1. Compreensão dos Professores sobre o Conceito de Saúde. 173</b>	
<b>4.2.2. Compreensão dos Professores sobre o Conceito de Educação em Saúde do Escolar.....</b>	<b>179</b>
<b>4.3. Compreensão dos Professores sobre Educação em Saúde do Escolar .....</b>	<b>186</b>
<b>4.3.1. A Sala de Aula como Espaço para a Realização de Atividades de Educação em Saúde do Escolar.....</b>	<b>187</b>
<b>4.3.1.1. Justificativa dos Professores.....</b>	<b>188</b>
<b>4.3.2. Compreensão dos Professores sobre a Adequação dos Conteúdos Trabalhados em Sala de Aula, de Acordo com as Necessidades de Educação em Saúde dos Alunos .....</b>	<b>197</b>
<b>4.3.2.1. Justificativa dos Professores Acerca dos Conteúdos sobre Educação em Saúde, Trabalhados em Sala de Aula, Serem ou não Adequados às Necessidades dos Alunos.....</b>	<b>198</b>
<b>4.3.3. Conteúdos sobre Educação em Saúde do Escolar, Trabalhados em Sala de Aula .....</b>	<b>210</b>

4.3.3.1. Maneira como os Conteúdos sobre Educação em Saúde do Escolar vêm Sendo Escolhidos para o Trabalho em Sala de Aula.....	222
4.3.4. Como os Conteúdos sobre Educação em Saúde do Escolar são Trabalhados em Sala de Aula.....	228
4.4. Análise dos Aspectos que, segundo a Compreensão dos Professores, Contribuíram ou Dificultaram Trabalhar em Sala de Aula Temas de Saúde... ..	235
4.4.1. Justificativas das Dificuldades e/ou Facilidades Encontradas pelos Professores para Trabalhar em Sala de Aula com Temas de Saúde .....	237
4.5. Compreensão dos Professores em Relação ao seu Papel como Educadores dentro da Área de Educação em Saúde do Escolar .....	247
4.5.1. Compreensão dos Professores sobre seu Papel na Área de Educação em Saúde do Escolar.....	247
4.6. Quanto a Formação Pedagógica dos Professores Contribuiu para o Trabalho de Educação em Saúde em Sala de Aula .....	257
4.6.1. Análise das Justificativas dos Professores, em Relação à Contribuição de sua Formação Pedagógica para o Trabalho de Educação em Saúde do Escolar.....	259
4.7. Compreensão dos Professores sobre Programas e Projetos de Educação em Saúde Desenvolvidos na Escola .....	267
4.7.1. Programas ou Projetos na Área de Educação em Saúde Existentes na Escola.....	267
4.7.1.1. Compreensão dos Professores sobre os Programas e Projetos de Educação em Saúde Existentes na Escola .....	268
4.7.2. Participação dos Professores em Cursos de Aperfeiçoamento e Atualização sobre as Questões de Educação em Saúde do Escolar .....	276
4.7.2.1. Compreensão dos Professores acerca dos Cursos de Aperfeiçoamento e Atualização sobre as Questões de Saúde do Escolar.....	277

## CAPÍTULO V

<b>5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES .....</b>	<b>281</b>
<b>5.1. Conclusões de Estudo .....</b>	<b>281</b>
<b>5.1.1. Conclusões Relacionadas ao Problema .....</b>	<b>281</b>
<b>5.1.2. Conclusões Relacionadas à Amostra.....</b>	<b>283</b>
<b>5.1.3. Conclusões Relacionadas aos Objetivos e Questões a Investigar .....</b>	<b>283</b>
<b>5.1.4. Conclusões Relacionadas com as Hipóteses.....</b>	<b>306</b>
<b>5.2. Recomendações .....</b>	<b>307</b>
<b>6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA .....</b>	<b>314</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>324</b>

## TABELAS

<b>TABELA 1 - RELAÇÃO DAS ESCOLAS DA REDE MUNICIPAL DE ITAJAÍ - SC - QUE TRABALHAM COM ALUNOS DE SÉRIES INICIAIS (1ª A 4ª).....</b>	<b>156</b>
<b>TABELA 2 - RELAÇÃO DOS ALUNOS DAS SÉRIES INICIAIS (1ª A 4ª) REGULARMENTE MATRICULADOS NAS ESCOLAS MUNICIPAIS DE ITAJAÍ - SC - NO ANO DE 1994 .....</b>	<b>158</b>
<b>TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO, DE ACORDO COM A SÉRIE EM QUE LECIONAM.....</b>	<b>169</b>
<b>TABELA 4 - HABILITAÇÃO PROFISSIONAL DOS COMPONENTES DA AMOSTRA .....</b>	<b>170</b>
<b>TABELA 5 - CONCEITO DOS PROFESSORES SOBRE SAÚDE .....</b>	<b>173</b>
<b>TABELA 6 - CONCEITO DOS PROFESSORES SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR.....</b>	<b>179</b>
<b>TABELA 7 - JUSTIFICATIVA DOS PROFESSORES QUANTO À SALA DE AULA SER UM ESPAÇO PROPÍCIO PARA ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE .....</b>	<b>188</b>
<b>TABELA 8 - JUSTIFICATIVAS DOS PROFESSORES ACERCA DOS CONTEÚDOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE TRABALHADOS EM SALA DE AULA SEREM OU NÃO ADEQUADOS ÀS NECESSIDADES DOS ALUNOS.....</b>	<b>198</b>
<b>TABELA 9 - CONTEÚDOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR TRABALHADOS EM SALA DE AULA .....</b>	<b>211</b>
<b>TABELA 10 - MANEIRA COMO OS CONTEÚDOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR VÊM SENDO ESCOLHIDOS PARA O TRABALHO EM SALA DE AULA .....</b>	<b>223</b>

<b>TABELA 11 - COMO OS CONTEÚDOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR SÃO TRABALHADOS EM SALA DE AULA.....</b>	<b>229</b>
<b>TABELA 12 - JUSTIFICATIVAS DAS DIFICULDADES E/OU FACILIDADES ENCONTRADAS PELOS PROFESSORES PARA TRABALHAR EM SALA DE AULA COM TEMAS DE SAÚDE .....</b>	<b>237</b>
<b>TABELA 13 - COMPREENSÃO DOS PROFESSORES SOBRE SEU PAPEL NA ÁREA DE SAÚDE DO ESCOLAR .....</b>	<b>247</b>
<b>TABELA 14 - JUSTIFICATIVAS DOS PROFESSORES QUANTO À CONTRIBUIÇÃO DE SUA FORMAÇÃO PEDAGÓGICA AO TRABALHO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR NO ESPAÇO SALA DE AULA .....</b>	<b>259</b>
<b>TABELA 15 - COMPREENSÃO DOS PROFESSORES SOBRE PROGRAMAS E PROJETOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EXISTENTES NA ESCOLA.....</b>	<b>268</b>
<b>TABELA 16 - COMPREENSÃO DOS PROFESSORES ACERCA DOS CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO E ATUALIZAÇÃO SOBRE AS QUESTÕES DE SAÚDE DO ESCOLAR.....</b>	<b>277</b>

## GRÁFICOS

**GRÁFICO 1 - O ESPAÇO DA SALA DE AULA PARA A REALIZAÇÃO DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR..... 187**

**GRÁFICO 2 - COMPREENSÃO DOS PROFESSORES SOBRE A ADEQUAÇÃO DOS CONTEÚDOS TRABALHADOS EM SALA DE AULA, DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DOS ALUNOS..... 197**

**GRÁFICO 3 - DIFICULDADES E/OU FACILIDADES ENCONTRADAS PELOS PROFESSORES PARA TRABALHAR EM SALA DE AULA COM TEMAS DE SAÚDE..... 235**

**GRÁFICO 4 - QUANTO A FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DOS PROFESSORES CONTRIBUIU PARA O TRABALHO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EM SALA DE AULA..... 258**

**GRÁFICO 5 - EXISTÊNCIA DE PROGRAMAS OU PROJETOS NA ÁREA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA..... 267**

**GRÁFICO 6 - PARTICIPAÇÃO DOS PROFESSORES EM CURSOS DE APERFEIÇOAMENTO E ATUALIZAÇÃO SOBRE AS QUESTÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR..... 276**

## ABSTRACT

This investigation establishes an exploratory study, in a qualitative character. The objective is giving a subsidy to health school education future plans, analysing the main topic which is the comprehension of the elementary school teacher in “Rede Municipal de Ensino de Itajaí”, about their health education task in the classroom.

We have been using an elaborated instrument, seeking information of official documents and researches about this subject in addition to our professional experiment as a nurse and a pedagogy teacher en UNIVALI.

The instrument achieved has tried to analyse, determining quality, topics that involve the hassles of school health education, considering the teachers knowledge school health education, and about their comprehension of school education, about specified topics that, in their opinion, have been contributing or changing into difficult the work in the classroom with health subjects; about the analysis of teachers opinion as being health educators; about the investigation according to the benefits of pedagogy to health education teaching in class, at last the teachers opinion analysis about health programs forward the school.

Related to our population we have 79 teachers for elementary classes (first to fourth grades), corresponding to 33,76% of the whole teachers population.

Having reviewed some literature we have approached some reflections about school health education, considering studies about health education in Brazilian school; about the graduation of the teachers and the health education; about the place health education has had at school, and the teachers role concerning health education.

The achieved goals in the topics analysed and discussed have showed us that the concepts about health education concerning students have been limited to biological topics and methodized in the hygienists speech, being considered more an individual right than a common one, without interaction according to the students reality.

Related to the teachers comprehension about students health education, we have seen it has been confused to instrumental techniques and based to wrong concepts about health education, presenting the teachers subjections to other professional, where the projects and normative curriculum related to students health have been used to increase the teachers hassles in dealing with this thematic class.

Analysing the aspects that have contributed or difficultated the teacher health education task in the classroom, we have realized that the mistake establishes itself according to the role of the teachers and the role of the health agent, when families and students have been a focus of health practice, without a research about the multicasuality complex that involves the pedagogical action of the teachers. Besides, the segmentation of curriculum, the centered decisions not only from professionals, but the programs, added to the teachers' lack of knowledge about health education for students are a fact that turns the work difficult.

Related to the contribution of the pedagogical graduation of the teachers to the health education task in the classroom, we have realized that it has helped just a little so that the teachers could work in these projects.

Researching about the vision of the teachers about health education programs and projects developed at school, we have realized that the most of them know the "health agent's" project, but according to the task including students, it's still methodized in wrong concepts concerning health education task of students.

The scholar meals have been identified as a project in a health area by the minority of the population. According to improvement and up to date

programs about health points of students, we have realized that the most of the population don't report in these course.

Based in the data analysis and conclusions we have elaborated some recomendations which we hope will be able to subside the planning up to date improvement courses, even though the teachers graduation curriculum, so that they don't come to focus only teaching while separated knowlodge of students life but its interference on production of quality that guarantee the possibility of whole life rights to students citizenship.

## RESUMO

Esta investigação constitui um estudo do tipo exploratório, de caráter qualitativo e tem por objetivo subsidiar futuros planejamentos de programas de educação em saúde do escolar, partindo da análise do tema gerador que é a compreensão dos professores das séries iniciais (1ª a 4ª) das escolas da Rede Municipal de Ensino de Itajaí, acerca do seu trabalho em sala de aula com educação em saúde.

Aplicou-se um instrumento elaborado a partir da consulta a documentos oficiais e de pesquisas que tratam do assunto, bem como de nossa experiência profissional como enfermeira e professora do curso de Pedagogia da Universidade do Vale do Itajaí - UNIVALI.

O instrumento usado procurou analisar, qualitativamente, aspectos que permeiam a problemática da educação em saúde do escolar, partindo do conhecimento dos professores sobre educação em saúde do escolar; da compreensão dos mesmos sobre a educação em saúde na escola; da enumeração dos aspectos que, na opinião dos professores, têm contribuído ou dificultado o trabalho em sala de aula com os temas de saúde; da análise das opiniões dos professores em relação ao seu papel como educadores na área de saúde; da investigação quanto à contribuição da formação pedagógica deste para o

trabalho de educação em saúde em sala de aula; e, por último, da análise da opinião dos professores sobre os programas de educação em saúde desenvolvidos na escola.

A população-alvo compreende professores que atuam com alunos de séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>) das escolas municipais de Itajaí, em número de 79, respondentes que compreendem 33,76% da população total de professores.

Na revisão de literatura, abordam-se algumas reflexões sobre a educação em saúde do escolar a partir de estudos sobre o histórico da educação em saúde em escolas no Brasil; sobre a formação do professor e a educação em saúde; sobre o espaço da educação em saúde na escola, e sobre o papel do professor na educação em saúde.

Os resultados obtidos na análise e discussão dos dados mostraram que os conceitos sobre educação em saúde do escolar ainda são restritos aos aspectos biológicos e pautadas no discurso dos higienistas, sendo vista mais como direito individual do que coletivo, sem interação com a realidade dos alunos.

Em relação à compreensão dos professores sobre educação em saúde do escolar, observa-se que esta tem sido confundida com técnicas instrumentais e baseadas em concepções equivocadas sobre educação em saúde, mostrando a dependência dos professores em relação a outros profissionais, onde os projetos e currículos normativos em relação à saúde do escolar têm servido

para exacerbar os problemas dos professores ao tratarem esta temática em sala de aula.

Na análise dos aspectos que têm contribuído ou dificultado o trabalho dos professores em sala de aula com educação em saúde do escolar, percebe-se que o equívoco se estabelece em relação ao papel do professor e ao papel do agente de saúde, quando as famílias e alunos são encarados como objeto das práticas de saúde, sem uma análise do complexo de multicasualidade que permeia a ação pedagógica dos professores. Além disso, a compartimentalização dos currículos, a centralização das decisões não só dos profissionais como também dos programas, aliados ao desconhecimento dos professores sobre a educação em saúde do escolar são fatores que têm dificultado o trabalho.

Em relação à contribuição da formação pedagógica dos professores para o trabalho de educação em saúde em sala de aula, percebe-se que esta pouco auxiliou para que os professores pudessem trabalhar com tais questões.

Na investigação da visão dos professores sobre os programas e projetos de educação em saúde desenvolvidos na escola, percebe-se que a maioria conhece o projeto do “agente de saúde”, mas, em relação à ação junto aos alunos, ainda é pautada em concepções distorcidas sobre o trabalho de educação em saúde do escolar. A merenda escolar foi identificada como

projeto na área de saúde por uma minoria da população. Em relação aos programas de atualização e aperfeiçoamento sobre as questões de saúde do escolar, percebe-se que a maioria da população não participa desses cursos.

Com base na análise dos dados e nas conclusões pertinentes foram elaboradas algumas recomendações que, esperamos, possam subsidiar o planejamento de cursos de aperfeiçoamento e atualização, bem como os currículos de formação de professores a fim de que estes não enfoquem apenas o ensino enquanto conhecimento desvinculado da vida dos alunos, mas a interferência deste na produção de qualidade de vida, que assegure a possibilidade ao educando do pleno direito à cidadania.

# CAPÍTULO I

## 1.1. INTRODUÇÃO

Educação e saúde sempre foram temas de discursos dos segmentos responsáveis pela administração da sociedade. Entretanto, o comportamento destes não tem se convertido em ações geradoras de mudanças significativas nestes setores.

E assim, a não priorização das questões da educação e da saúde dentro do contexto econômico, político e social do país têm mostrado, ao longo dos anos, a incoerência entre os objetivos proclamados nos discursos e as respectivas propostas de efetivação, aliadas à inadequação das medidas legais tomadas.

As estruturas econômicas e políticas têm, ao longo de nossa História, determinado as características e a importância dos elementos que compõem o todo social. A saúde e a educação, dentro desse contexto, têm servido para a consolidação da hegemonia burguesa, pela transmissão da ideologia da classe dominante o que detém os bens de produção e, com isto, controla os vários segmentos da sociedade, conforme afirma GRAMSCI (1984, p.16):

*“... A ideologia manifesta uma concepção de mundo que se manifesta implicitamente na arte, no direito, na atividade econômica, em todas as manifestações de vida individuais e coletivas...”*

O trabalho de educadores, tais como SAVIANI (1987, 1981), ROMANELLI (1987), CURY (1978), XAVIER (1992), entre outros, e de profissionais da saúde como PIRES (1989), FERRIANI (1992), PILON (1990), TEMPORINI (1986), mostram como, ao longo dos anos, esta hegemonia conseguiu manter-se no poder, buscando o consenso das classes sociais e conservando, assim, a ordem vigente, em detrimento das necessidades reais da população, pois, historicamente, a EDUCAÇÃO e a SAÚDE, no Brasil, há muito revelam uma realidade caótica, com projetos inadequados, contrários aos discursos e à situação real da população, enfim, produtos de um sistema reconhecidamente seccionador e desigual. Isto porque o Estado, ao se colocar como interventor assistencialista e sem conhecimento da realidade da população, buscou, ao longo dos anos, uma situação de falsa harmonia social, direcionada por decisões eminentemente políticas que vêm privilegiando partes da sociedade, sem reflexão e análise das questões que atingem a sociedade brasileira.

Para isso, o processo de crescimento e desenvolvimento, necessita de uma base estrutural bem como sistematização das ações de cunho sócio-cultural que o sustente, pois, ao contrário do que vem acontecendo, pouco ou nada tem contribuído para modificar o quadro que se conhece. Pelo contrário,

desenvolveram-se, sobretudo nos últimos anos, planos de emergência com soluções imediatistas que não têm contribuído para a democratização da sociedade brasileira e, conseqüentemente, para o atendimento das demandas sociais, entre elas, a educação e a saúde.

Tradicionalmente, a escola é um dos caminhos que os homens, a partir da organização da sociedade burguesa, têm usado para a melhoria de sua condição social, através da pretendida democratização do saber. Entretanto, a maneira como esta ação vem contribuindo para a melhoria da qualidade de vida dos indivíduos que dela fazem parte, é que hoje se questiona, mais especialmente no que concerne à educação e à saúde, na formação do binômio escola e ascensão social.

Esta relação entre escola e ascensão social no Brasil data do final do século XIX, quando se efetivaram relações sociais mais complexas do que no período colonial, diversificando a demanda escolar, conforme constata ROMANELLI :

*“... A parte da população que então procurava a escola já não era apenas pertencente à classe oligárquica-rural. E esta, aos poucos se somava à pequena camada intermediária, que, desde cedo, percebeu o valor da escola como instrumento de ascensão-social ... Era compreensível, portanto, que desprovidas de terras, fosse para o título que essa pequena burguesia iria apelar, a fim de firmar-se como classe e assegurar-se o Status a que aspirava...” (1987, p.37)*

Concorda-se, porém, que a ascensão social e a escolarização não interagem de uma forma mecânica, pois há que se examinar outros nuances que intervêm e interagem concomitantemente neste processo. Torna-se, pois necessário que se vislumbre estes aspectos através do debate crítico, da reflexão e do amadurecimento dos sujeitos individual e coletivamente, pois, só assim, achar-se-ão caminhos para a construção de um novo saber, através da capacitação de uma práxis crítica e criativa, não apenas do ponto de vista instrumental, mas teórico e político.

Passando para análise da relação escola-ascensão social, é necessário que se resgate a concepção da escola na busca da cidadania e na melhoria da qualidade de vida dos educandos, o que implica, entre outros meios, no acesso à educação, à saúde, aos bens de produção, à moradia digna, lazer, entre outros...

O Estado, ao assumir uma postura assistencialista, procura amenizar as tensões sociais através de benefícios, o que permite, assim, o processo de acumulações de bens apenas a uma minoria da população, negando ao resto da população o direito à cidadania em seu sentido mais amplo.

A escola que hoje se busca deverá estar envolvida com a vida de seus educandos, inserindo-se dentro do contexto sócio-político e cultural, capacitando-os a exercerem seu direito à cidadania, reconhecendo suas

possibilidades, interesses, aspirações e necessidades, partindo da análise do mundo concreto e da vivência do aluno. O educador, em contrapartida, deve aprender a ver a educação dentro das estruturas e conjunturas sociais, redimensionando-a política e socialmente, reconhecendo seu papel dentro desse contexto, bem como a importância da ação humana nos rumos da plena democratização da sociedade brasileira.

É mister que a educação escolar procure contribuir eficazmente para que o aluno aprenda o exercício das práticas democráticas, proporcionando-lhe uma formação crítica acerca da sociedade, e a participação efetiva do educando dentro desta sociedade.

A escola deve ter uma base comum de conhecimentos, sem perder, contudo, sua vinculação com as condições reais de inserção do aluno em seu mundo. O pedagogo, ao conhecer o universo cultural no qual o educando está inserido, terá maior clareza do seu papel, podendo desmistificar a dicotomia entre o pensar e o fazer, permitindo que a reflexão, a crítica, os conflitos e tensões que permeiam a escola sejam instrumentos de aprendizagem e de crescimento dentro desse contexto para que as práticas pedagógicas estejam de acordo com as peculiaridades de seus educandos.

Ao procurar, na escola, caminhos que lhes possibilitem a melhoria de sua qualidade de vida, o educando a coloca como mediadora das práticas sociais,

como caminho para que estas se efetivem. Mas, dada as peculiaridades de cada educando, e o fato da escola estar inserida no contexto social, é também na escola que os problemas sociais se revelam, trazendo à tona a realidade de uma população que vive à mercê da vontade política de uma minoria, que mantém a sociedade sob uma falsa proteção uma vez que o atendimento à educação e à saúde ( entre outros serviços) não satisfazem às necessidades da população.

É dentro desta concepção do papel da escola na sociedade, e de minha experiência profissional como enfermeira e pedagoga que me propus a analisar a questão da educação em saúde, e seu papel dentro da sala de aula, especificamente com os alunos de 1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup> série do primeiro grau.

O interesse pelo assunto resultou, principalmente, da experiência vívida como professora da disciplina de Higiene Escolar e Programa de Saúde do curso de Pedagogia da UNIVALI. O contato com alunos, a maioria com formação em Magistério a nível de 2<sup>o</sup> grau, que lecionam no primeiro grau, levou-nos a questionamentos relacionados à educação em saúde, no que concerne à prática desses educadores e à realidade vivida pelos educandos.

Quando preconiza-se a escola num contexto tão amplo como o econômico-político e sócio-cultural e fala-se em educação e qualidade de vida, não se pode negar ou desvincular questões que permeiam a escola e que têm, na educação, o caminho para que suas práticas se viabilizem. É também através

da educação que respaldamos e demonstramos o crescimento de um país, contribuindo para fugir da crença da dependência, passando, assim, para autores de nossas próprias histórias de vida.

Saúde e Educação são práticas sociais que se interdependem ou seja, não consegue-se educar crianças doentes e sem expectativas de uma vida melhor. TEMPORINI (1992), em seu estudo sobre a opinião dos professores sobre a saúde do escolar, afirma que a escola recebe crianças com diferentes desvios de normalidade e que, se não forem manejadas corretamente, podem exacerbar as conseqüências, deixando seqüelas que, futuramente, irão alterando o desenvolvimento do indivíduo em sua totalidade. Reforçando esta colocação, pode-se exemplificar os casos de crianças que, durante os primeiros anos de vida, têm deficiências nutricionais das quais resultam alterações no seu potencial genético, não só em termos de altura, peso e vigor físico, como também em termos de desenvolvimento neurológico, em aumento da susceptibilidade a doenças infecciosas que, por sua vez, irão determinar outras alterações ou exacerbar as já existentes.

É necessário procurar compreender as condições concretas de vida dos educandos, no momento sócio-cultural e econômico, bem como os referenciais filosóficos manifestos nos diferentes projetos políticos da sociedade. Considera-se imprescindível a atuação do professor dentro desse contexto,

para que as práticas de educação em saúde do escolar se viabilizem, já que o seu contato permanente com as crianças lhe permite uma percepção maior de possíveis alterações nos alunos que, muitas vezes, são ignoradas por elas mesmas e pelas respectivas famílias.

Sem dúvida, o desempenho do aluno não só no processo educacional como também em outras atividades de sua vida dependem, entre outras coisas, da detecção precoce e do atendimento de seus problemas de saúde. A escola, por sua posição estratégica, dentro do bojo das instituições sociais, deve compartilhar e participar das atividades de educação em saúde, juntamente com as demais instituições sociais, com a família, alunos e seu corpo docente.

Observando a distância entre o que se proclama para a educação em saúde e as realizações que se efetivam dentro das salas de aula, é que me propus a analisar a compreensão dos professores das séries iniciais (1ª a 4ª) acerca do seu trabalho em educação em saúde na sala de aula.

Pretende-se, assim, oferecer subsídios para futuros planejamentos de programas de educação em saúde do escolar, bem como para o planejamento de programas de atualização para docentes, e auxiliar em estudos futuros para a sistematização de currículos voltados à formação de professores de Séries Iniciais, (1ª a 4ª), tanto de formação de nível médio, como de nível superior, a fim que de que não seja enfocado apenas o ensino enquanto conhecimento

desvinculado da realidade da vida do educando, mas a interferência deste na produção de qualidade de vida que assegure ao educando possibilidade de exercer o pleno direito à cidadania.

### **1.1.1. Abordagem Geral do Problema**

A educação em saúde do escolar tem sido objeto de estudo, não só de educadores, mas também de profissionais de saúde que reconhecem seu inquestionável papel na prevenção, promoção e recuperação da saúde da criança em idade escolar bem como sua influência dentro da comunidade na qual está inserida.

Faz-se necessário que reportemos aos estudos já elaborados, referentes ao assunto, e vejamos como os aspectos que influenciam a educação em saúde na escola são, hoje, considerados pelos profissionais e pesquisadores desta área.

PARIS (1982, p.79-85) chama a atenção para alguns aspectos que, notadamente, têm sido a tônica de discussões e divergências em relação à educação em saúde nas escolas e que merecem estudos e avaliações mais bem conduzidos dentro do contexto sócio-político-econômico e educacional.

*“... Uma das indagações que se faz e que parece ser fundamental é se a escola seria mesmo o lugar por excelência para se prestar este tipo de serviço. Justificada, nos documentos oficiais,*

*como necessário para propiciar ao aluno as condições físicas e materiais imprescindíveis ao acompanhamento do dia escolar e à assimilação de um mínimo de conhecimento, a assistência ao escolar não tem contado com avaliações sistemáticas a correlacioná-la ao aproveitamento da escola, ademais, o caráter especificamente educativo destas atividades tem sido proposto de cima para baixo, justificando sua execução pela escola (...). A assistência ao escolar não chega sequer a fazer parte da formação básica do professor, a não ser no contexto de treinamentos ocasionalmente oferecidos... As discussões sobre a assistência ao escolar têm se polarizado ao redor de alguns aspectos principais: de um lado, afirma-se que a escola seria o local ideal para a prestação desse serviço (...); de outro, argumenta-se que não seria função da escola encarregar-se da assistência ao escolar (...). A assistência ao escolar ora é justificada por suas potencialidades educativas, ora é vista como um serviço de caráter assistencialista, para suprir algumas das carências sócio-econômicas que os alunos trazem para a escola...”. (1982, p.79-85)*

Para LIMA a higiene escolar, ao prescrever uma escola adaptada ao aluno, tendo como suporte uma visão mecanicista e organicista da saúde, analisando apenas o corpo doente e as condições puramente biológicas do processo saúde-doença, centralizou sua atenção apenas no ambiente físico da escola, esquecendo-se de analisar os contextos sócio-econômico-político e cultural que intermediavam as ações de educação em saúde.

*“... A prática da educação em saúde não condizia com a vida dos filhos de operários que se queria higienizar, vivendo em cortiços de ruas lamacentas, não servidas de água, esgoto ou fossa, dormindo em cômodos apertados e superlotados ou se estafando em jornadas de até doze horas de trabalho diário que não permitiam tempo de sobra para a escola ou para a higiene (...) Os métodos desejados para a*

*consecução dos fins da higiene escolar chegam a ser chocantes, tal a contradição que eles têm com essas condições de vida ...”.(1985, p.104)*

No final da década de 70 e início da de 80, no Brasil, com os movimentos pela democratização da saúde e da educação e com a queda da ditadura militar, o binômio saúde-pobreza, é rediscutido e analisado dentro de uma perspectiva mais realista da situação da população brasileira. Tem-se, então, uma consciência maior dos fatores que diretamente condicionam a má qualidade de vida de nossa população. Entre estes fatores está o modo como o Estado brasileiro vem gerindo as questões relativas às necessidades básicas da população negando a estas, entre outros, o direito à educação e à saúde.

Em 1972, a lei 5692/71 , de Diretrizes e Base da Educação Nacional, tornou obrigatória a inclusão da disciplina “Programa de Saúde “, nos currículos escolares, embora estes, em alguns estados brasileiros, como São Paulo, Rio de Janeiro, Paraná, Santa Catarina (entre outros), já a tivessem em seus currículos, tanto de formação profissional, como no ensino básico. A educação em saúde tal como foi trabalhada na Lei 5692/71, não atendeu aos interesses da maioria da população porque tal lei estava inserida num contexto sócio-econômico-político no qual tais interesses não eram prioritários para o

Estado (enquanto governo). Por outro lado, a prática contradizia o que era “legalmente” constituído.

A prática também tem mostrado a influência de um passado profundamente arraigado à nossa atuação como educadores, caracterizada por ações voltadas para o caráter organicista da saúde que se faz presente, não apenas na ação pedagógica do educador, mas também nas leis e currículos que delineiam o ensino de 1º, 2º e 3º graus, com propostas de atividades formais e diretivas, sem a preocupação com as necessidades reais do educando.

A falta de cursos de aperfeiçoamento e atualização dos professores, bem como de um currículo que considere as questões sociais que permeiam a escola, concorre para exacerbar os problemas vivenciados dentro dos projetos de educação em saúde do escolar.

Como, então, modificar a ação educativa desses professores, se os mesmos não têm em sua formação a visão das políticas sociais como modo de atender às demandas sociais, colaborando para a melhoria da qualidade de vida da população e promovendo o desenvolvimento social?

Observa-se também que, apesar de atraentes e com discurso progressista os projetos e programas de educação em saúde do escolar esbarram numa prática conservadora, pois o discurso crítico é superficial, e o objeto de trabalho não é claro e reconhecido.

A reforma sanitária que começa a se implementar através do Sistema Único de Saúde, a partir de 1988 procura possibilitar o acesso à saúde integral, universal e, igualitária e nesse contexto, a escola tem de modificar o seu papel, conforme RAMOS & PEREIRA.

*“... A escola, por sua vez, deve deixar de ser o lugar de dar assistência à saúde, para ser concebida como um espaço social que viabilize ações de promoção da saúde, tendo como objetivo primordial a possibilidade de interferir na realização do indivíduo enquanto cidadão ...”. (1990, p.09)*

Partindo deste enfoque em relação à educação em saúde do escolar torna-se necessário que questões como interdisciplinaridade sejam também estudadas e reavaliadas neste contexto para que os temas relativos à educação em saúde possam ser tratados não apenas em um único momento da sala de aula, mas dentro das várias disciplinas e também em momentos nos quais a discussão acerca do assunto se faça necessário. Quando limita-se o enfoque de um tema para determinado momento, ou disciplina ou mesmo para um profissional específico pode-se estar limitando o enfoque interdisciplinar do assunto. Por outro lado, é mister lembrar que a questão da educação em saúde na escola ultrapassa os limites do tratamento interdisciplinar para constituir-se em um dos fundamentos da ação educativa escolar.

Além desta questão, é necessário que, concomitantemente ao trabalho da escola, haja também uma reestruturação nas Instituições sociais para que o processo de educação em saúde tenha continuidade fora da escola. Para isto, é necessário não só um trabalho interinstitucional como também multiprofissional que ampare as ações educativas não só referentes à saúde, mas referentes às questões sociais em sua totalidade.

Considera-se, portanto, necessário uma reavaliação do modo como questões sociais de saúde, habitação, trabalho, alimentação e outras devam ser tratadas tanto em nível de leis, currículos e programas como na ação pedagógica, na escola. Este estudo enfocará, precisamente, a educação em saúde do escolar, haja vista serem os outros temas abrangentes demais para serem tratados em um único estudo. Não se pretende, no entanto, elucidar em um único estudo todos os aspectos que envolvem a educação em saúde, especificamente nas séries iniciais de (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>) do primeiro grau. Justamente por isso, far-se-á uma análise a partir da compreensão dos professores, para que, ao final desta, sejam inferidos pressupostos capazes de contribuir para o trabalho dos professores em sala de aula. E ainda mais: para futuros planejamentos de cursos de atualização em educação em saúde, bem como auxiliar na sistematização de currículos voltados para a formação de professores de séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>) em nível médio, e em nível superior.

Por estas razões, esta pesquisa versa sobre a *compreensão* dos professores acerca de seu trabalho em sala de aula, no que tange à educação em saúde, usando a definição de compreensão proposta por MAX WEBER que, dentro da sociologia, procurou explicar o sentido da ação humana, como sendo a compreensão interpretativa da ação social, conforme afirma:

*“... O fato humano não pode ser explicado como resultado de um relacionamento de causas e efeitos, mas se deve compreendê-lo como fato carregado de sentidos, isto é, como algo que aponta para outros fatos e somente em função das quais poderia ser reconhecido em toda sua plenitude...”. (WEBER, 1989, p.VIII e IX)*

Entendemos que a ação social que tem no conhecimento da experiência humana seu foco central de atuação, tem no conceito de WEBER sobre *compreensão* o que mais se aproxima do que pretende-se ao pesquisar como a relação entre educador e educando poderá contribuir para que, efetivamente, a prática educativa possa ampliar os direitos do escolar ao se abrir para os avanços do pensamento social e político e, assim, tornar possível se pensar em qualidade de vida e acesso à cidadania.

Neste estudo não será usado o “método interpretativo de compreensão”, proposto por WEBER, apenas o conceito da palavra *compreensão*, cuja definição tratada por WEBER em seu método é a que sem dúvida mais se aproxima dos objetivos propostos no mesmo. Salienta-se ainda o fato de que

dentro das ciências sociais WEBER foi um dos filósofos que melhor buscou explicar e interpretar o sentido da palavra compreensão.

## **1.2. DELIMITAÇÃO DO PROBLEMA**

As condições de saúde e de educação refletem a maneira de vida da população e, portanto, traduzem as condições culturais, políticas e econômicas que as mantêm. Dentro desse contexto, a escola, como instituição social, é também o local onde os problemas sociais mais se manifestam e se interagem, dada as características peculiares que cada educando traz consigo como parte de suas histórias de vida. É dentro deste contexto que procuraremos analisar como os professores das séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>) vêem o trabalho de educação em saúde, em sala de aula, nas escolas da Rede Municipal de Ensino de Itajaí - SC; qual a compreensão que têm desta questão, como procuram resolvê-las nas suas práticas pedagógicas e quais as soluções que apontam.

A educação e a saúde como práticas sociais têm, historicamente, servido de instrumento de manipulação não só do Estado\* como também no interior das normas estabelecidas pelos profissionais da saúde e da educação refletindo as contradições que se formam dentro das estruturas sociais e, conseqüentemente, no nível da qualidade de vida da população.

As ações voltadas para a educação em saúde sempre estiveram voltadas também aos interesses e à vontade política de uma minoria que usa o critério de seleção de prioridades para determinar suas ações que em nada condizem com as necessidades reais da população a que se destinam, criando um engodo da falsa proteção do Estado enquanto governo de proteção aos direitos do cidadão.

As práticas educativas, por sua vez, têm imposto aos educandos ações técnicas e instrumentais que se resumem na utilização de técnicas e recursos didáticos tradicionais, excluindo experiências mais participativas e democráticas, impondo uma ação pouco criativa e renovadora.

O Brasil tem uma sociedade marcada por relações de exploração, e esta tem concorrido para uma distribuição desigual, não só dos meios de produção da vida material, como também dos bens produzidos. Esta contradição se reflete no cotidiano de nossa população, onde apenas uma minoria tem poder aquisitivo e acesso à educação preconizada nos discursos dos atuais pedagogos, bem como acesso às novas tecnologias e tratamento que as ciências médicas conquistaram nos últimos séculos. A grande maioria da população vive à mercê de um sistema injusto, no qual a educação em saúde são partes integrantes da chamada política assistencialista que exclui um grande contingente de nossa população ao seu acesso: pior ainda é o fato de não

termos uma consciência crítica acerca desses problemas, fazendo com que grande parte da nossa população assuma esta situação como normal, com verdadeira apatia diante do quadro nacional.

Isto posto, é importante esclarecer que os problemas de saúde de nossa população não seriam resolvidos todos na escola, pois incorremos no risco de transformá-la em mais uma Instituição de saúde, num ambulatório ou hospital, por exemplo, mas sabemos que é também, através da educação, que podemos transformar homens em verdadeiros cidadãos que conhecem seus direitos como tais e que, acima de tudo, sabem criticar e construir para si uma vida mais digna e justa. A educação precisa ajudar a construir mentes livres, críticas, que saibam lutar e procurar seu caminho através de um trabalho coletivo, em busca de objetivos comuns.

Este papel da escola tem, no professor e no educando, suas figuras centrais; é através deles que a educação se torna realidade; sai do discurso e se transforma em prática, e na sala de aula, se efetiva. Sabemos que inúmeros fatores têm contribuído para que a escola não consiga efetivar seu compromisso social. Entre eles, cita-se a precária formação dos professores que se traduz não só pela falta de conhecimento dos conteúdos ensinados, como também dos métodos e técnicas a serem usados, bem como a falta de apoio das demais

instituições que deveriam, juntamente com a escola, assumir seu papel dentro deste contexto.

O professor repassa aos educandos sua experiência não só profissional, como também de aluno que foi nos cursos de formação, e sua experiência de vida. Se ele não tem uma visão econômico-político-social e cultural da sociedade da qual faz parte, e uma sólida formação pedagógica, ele incorrerá no erro de passar o resto de sua vida repassando conceitos e conteúdos que não fazem parte da vida de seus educandos. Ele será, enfim, um mero repassador de conteúdos. Desta compreensão e formação pedagógica, faz parte também a educação em saúde.

Hoje, temos consciência de que as práticas de educação em saúde não podem se sustentar através de ações compensatórias, que ora vislumbram um problema da criança em detrimento de outras, mantendo um sistema conformizador e de manutenção de uma ordem social injusta.

As escolas municipais da cidade de Itajaí têm, em seu quadro, 234 professores que trabalham especificamente com alunos das séries iniciais (1ª a 4ª), atendendo a 9.489 alunos. Mantêm, ainda, um trabalho de educação em saúde financiado pela Fundação de Assistência ao Estudante (FAE) através do agente de saúde que é um professor da escola, escolhido especialmente para exercer esta função.

Neste estudo, não pretende-se analisar especificamente a ação do agente de saúde por entender que a educação em saúde na escola não deverá estar centrada na ação pedagógica de um único professor. Também conforme consta no referencial teórico, a figura do agente de saúde nas escolas não conseguiu, na maior parte do país, contribuir para melhorar as condições de saúde das crianças, principalmente pelo fato de ter o projeto um cunho muito mais político do que social. No momento de sua implantação, em 1984, procurava amenizar as ânimos da população, criando um projeto voltado para assistência de saúde do escolar, contrário aos discursos dos educadores e dos profissionais de saúde da época, que propunham uma ação mais participativa da população em todos os segmentos da sociedade, em especial, saúde e educação.

Itajaí é um dos poucos municípios em Santa Catarina que mantém o agente de saúde nas escolas, fato este que tem sido objeto de discussões e de reavaliação, haja vista que, com a implementação da municipalização e das ações integradas de saúde, está havendo uma reestruturação não só do discurso das práticas educativas, como também das ações das instituições sociais e o papel de agente de saúde está totalmente desvinculado destas novas propostas. A análise mais detalhada sobre o papel do agente de saúde será feita no Capítulo II, do nosso estudo.

Considera-se, assim, pelas razões expostas anteriormente, que, apesar da presença dos agentes de saúde nas escolas, cabe ao professor desenvolver esta atividade juntamente com os alunos, família e comunidade, por serem estes os que têm maior contato com os alunos e condições para detectar e avaliar as condições de saúde não apenas no sentido de diagnosticar doenças, mas de orientar e encaminhar para profissionais especializados que possam atender estes alunos em ambulatórios ou policlínicas da própria comunidade. Mas, sem dúvida, a principal ação do professor seria no sentido de promoção e prevenção dos problemas de saúde, a fim de estimular os indivíduos a tomarem decisões que contribuirão para melhorar seu nível de saúde.

A *hipótese* que orienta este trabalho é a de que os professores têm uma visão limitada de “Educação em Saúde” porque não têm, na sua formação, a compreensão de saúde como resultado de múltiplos fatores: biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais, fatores que, em verdade, não se encontram assim dicotomizados.

## **1.3. OBJETIVOS DO ESTUDO**

### **1.3.1. Objetivo Geral**

Analisar a compreensão dos professores das séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>) acerca de seu trabalho de Educação em Saúde, em sala de aula, nas escolas da Rede Municipal de Itajaí - Santa Catarina.

### **1.3.2. Objetivos Específicos**

1. Verificar a formação pedagógica dos professores.
2. Investigar o nível de conhecimento dos professores sobre Educação em Saúde do escolar.
3. Identificar a compreensão dos professores sobre a Educação em Saúde na escola como parte integrante da ação pedagógica.
4. Enumerar os aspectos que, segundo a compreensão dos professores, têm contribuído ou dificultado para melhorar o trabalho em sala de aula com os temas de saúde.
5. Verificar as expectativas do professor em relação à Educação em Saúde do escolar.

6. Investigar, junto aos professores, se sua formação pedagógica contribuiu para o trabalho de Educação em Saúde em sala de aula.

7. Analisar a opinião dos professores sobre os programas de Educação em Saúde desenvolvidos na escola.

## CAPÍTULO II

### 2. REFLEXÕES SOBRE O TEMA

#### 2.1. Histórico da Educação em Saúde nas Escolas no Brasil

A educação no Brasil data de 1549, com a vinda dos Padres Jesuítas, sendo, durante 210 anos, monopólio exclusivo destes; essa educação era pautada em um currículo doutrinário que tratava o conhecimento como dogmático, e cujos valores se baseavam em formar consciências cristãs. Baseava-se na disciplina, obediência e conteúdos humanísticos.

AZEVEDO (1958) relata que, no início, a política educacional dos Jesuítas priorizou a criação das escolas superiores, educando uma elite religiosa. Logo após, iniciou-se a alfabetização dos filhos de índios e portugueses, surgindo dois tipos de escola: a escola de “ler e escrever “, onde se ensinava às crianças do sexo masculino boas maneiras e técnicas de leitura e escrita, e o “Colégio”, destinado aos filhos das famílias ilustres, oferecendo uma formação clássica.

Este ensino afastava os jovens dos problemas da colônia, pois se caracterizava pelo dogmatismo e pela abstração: ROMANELLI (1987)

jovens para o trabalho, oferecendo apenas uma formação básica geral, contribuindo muito pouco para mudar a vida sócio-econômica do Brasil, na época.

PIRES (1989), LIMA (1985), COLLARES (1985), consideram que, com os primeiros colonizadores, foram introduzidos germes de várias doenças disseminadas rapidamente face ao pauperismo, a falta de infra-estrutura sanitária e as condições de higiene dos navios que traziam os colonizadores, contribuindo, assim, para o crescimento das endemias e epidemias de todos os tipos.

A assistência aos doentes vinha de uma cultura mística e mágica, intermediária entre os homens e os deuses, que tinham o poder de tratar todos os males terrestres. PIRES (1989) relata que os conceitos de saúde e doença eram decorrentes de pensamentos mágico-místicos.

Segundo PIRES (1989) tais figuras foram duramente atacadas pelos jesuítas, pois, estes ao catequizar desempenhavam também o papel de prestadores de serviços de saúde. Iniciaram também o treinamento dos homens do ofício da saúde da época; aprendiam primeiros socorros e tinham acesso à literatura européia sobre a saúde. A assistência passou, então, a ser prestada pelos físicos, cirurgiões, cirurgiões-barbeiros, barbeiros, algebristas, curiosos.

Os fatos acima representaram um choque cultural, agudizando-se com a vinda dos escravos, dos holandeses, espanhóis, franceses, ingleses, entre outros; permitindo, assim, que determinadas regiões do país crescessem, assimilassem e acompanhassem os progressos das ciências da saúde com maior rapidez, em contraposição com outras regiões que se mantiveram no mais completo abandono e sem acesso aos progressos das ciências sociais em sua totalidade.

Em 1759, os jesuítas são expulsos da colônia, e seus bens, confiscados pelo Marquês de Pombal cuja linha de pensamento eram as idéias enciclopedistas francesas de base totalmente anticlerical, culminando com o desmoronamento do sistema educacional, pois, até então, esse era o único sistema de organização escolar no país. ( AZEVEDO, 1958).

Após a expulsão dos jesuítas, o que veio não foram reformas, mas uma série incoerente de medidas tardias e fragmentárias, e só em 1772, institui-se o “Subsídio Literário”, imposto criado para manutenção do ensino primário e médio; porém a educação nunca dispunha de recursos suficientes.

Com a vinda da Corte Portuguesa para o Brasil, em 1808, inicia-se uma nova fase em termos de mudanças educacionais: a abertura da primeira biblioteca pública, fundação de escolas técnicas superiores e fundação da

primeira escola vocacional do Museu Nacional e fundação da Imprensa Régia entre outros. No entanto, tais medidas beneficiaram sobretudo a elite.

A população que freqüentava a escola pertencia à classe oligarquico-rural e a esta se juntava uma camada intermediária do povo surgida com a mineração. Fora percebido o valor da escola como instrumento de ascensão social, à medida que a sociedade se complexificava.

Em relação à saúde e educação, a assistência à população no Brasil Império continuou extremamente precária e restrita a uma camada da população. Aparecem algumas medidas de proteção à infância, como a vacinação e a implantação de cursos de formação de médicos, cirurgiões e farmacêuticos.

Até 1820 a organização da saúde dependia das figuras do físico-mor, de cirurgião-mor e do provedor de saúde dos portos. Não havia nenhum atendimento específico ao escolar, fato este que traduzia o descaso com a própria educação, e o modo como se organizava a sociedade brasileira, alijando do atendimento básico a maioria da população.

A Constituição de 1823 coloca o direito à saúde pública primária a todos os cidadãos, mas é só a partir de 1850 que o Estado começa a interferir na saúde nas escolas, pela necessidade de controlar as epidemias de febre

amarela, cólera e varíola que provocaram a morte de milhares de brasileiros, principalmente crianças.

Segue-se a Proclamação da República, quando a oligarquia do café dominava, de forma quase absoluta, os primeiros trinta anos do regime, comprometidos com os interesses do modelo agro-exportador, baseado na produção cafeeira.

Na Primeira República, é criada a inspeção de saúde dos portos, pelo Decreto nº 268, bem como a criação da Comissão de Engenheiros e da Junta de Higiene Pública, pelo Decreto nº 598.

A Proclamação da República, em 1889, não alterou a política educacional, e de saúde, apesar do discurso das elites intelectuais da época atribuir à educação a tarefa de reconstrução da sociedade. A falta de recursos dos estados não conseguiu atender às necessidades da população, principalmente em relação ao ensino primário que deveria ser gratuito, (e estava a seus encargos), fracassando por falta de recursos e de professores para assumi-lo, ficando, assim, no mais completo abandono.

No início do século, proliferam movimentos populares. Um destes foi a Revolta contra a vacina em 1904, no Rio de Janeiro, fruto da insatisfação popular pelas más condições de vida, induzidas pela crise econômica. LIMA (1985) relata que tais movimentos liderados pelos imigrantes baseavam-se em

tendências ideológicas como o socialismo, o marxismo e, principalmente, o anarquismo.

Foi a partir de 1900 que a higiene escolar ganhou impulso, o que culminou com sua institucionalização, na década de 10. A questão higiênica permeava os debates e decisões da época. O movimento positivista, com base na doutrina de Augusto Comte, introduzido no Brasil por Benjamin Constant, e já assimilado, de uma certa forma, pela educação, foi logo assimilado pelos profissionais que passam a utilizar um novo discurso para as políticas da saúde. A ideologia eugenista, nascida nos países capitalistas, encontra, no Brasil, campo fértil para sua propagação durante a Primeira República.

A ideologia do eugenismo fundamentou-se na prática da higiene, como forma de abafar as contradições sociais, ao colocar que a desorganização social e o péssimo funcionamento da sociedade eram as causas das doenças. Não que estas também não estivessem interferindo, mas fatores como o analfabetismo, a falta de um sistema de acesso ao ensino igualitário para toda a população, as diferenças sociais marcadas, de um lado, por uma elite e, de outro, pela miséria, pela exploração do trabalhador, bem como o acesso reduzido aos bens de produção e o controle absoluto do Estado através de um regime centralizador e autoritário, entre outros, eram, sem dúvida, problemas que influenciavam as condições globais de vida da população.

*“... a disciplinarização higiênica quis produzir uma nova família capaz de formar cidadãos individualizados, domesticados e colocados à disposição do projeto político das novas elites ...”. (COSTA, 1984, p.42)*

*“... a higiene escolar, trazia uma nova missão - a da redenção da pobreza através da educação sobre os novos hábitos de higiene que, melhorando os corpos pela ginástica, pela boa alimentação, pela redução da estafa provocada por maus hábitos de estudo e de posicionamento nas carteiras escolares, possibilitaria uma maior aptidão para o trabalho e para as obrigações impostas pela cidadania...”. (LIMA 1985 p. 86)*

BASILE (1920) relata que o interesse pelo escolar nesta época se dava em função do espaço ocupado pelo aluno que deveria ser higienizado, pois seus objetivos era promover e vigiar o saneamento do ambiente escolar e a saúde das crianças, procurando, assim, criar condições necessárias à alfabetização e formar o homem trabalhador saudável e com um mínimo de conhecimentos.

No Estado de São Paulo, em 1911, há uma reorganização do Serviço Sanitário, com o Projeto Francisco Sodré, criando o serviço de Inspeção Médica na escola. Porém, este não chegou a ser implantado, por falta de suporte político e técnico.

A política eugenista estava voltada aos interesses dos ideais republicanos que, entre outros, almejavam maior controle higiênico dos portos (exportação

de café, principalmente), proteção e sanidade da força de trabalho e o controle de uma população hostil às medidas de civilidade sanitária.

Além da escola, a polícia sanitária constituía-se também como o instrumento para melhorar as péssimas condições de higiene de uma população adversa ao asseio e indisciplinada, constituindo perigos para a disseminação das doenças endêmicas da época, como a febre amarela, varíola, cólera, tuberculose, lepra e febre tifóide. A ação da polícia sanitária baseava-se no autoritarismo, fechando e demolindo estalagens imundas, casas de cômodos, barracões toscos e casas com condições precárias de habitabilidade.

Entre 1914 e 1916, o ensino da puericultura, centrado nas idéias higienistas, passa a ser ventilada tanto por professores como por higienistas não só para ser lecionado nas escolas normais, como também no 4º ano primário visando atingir meninas que, possivelmente, não chegariam ao ensino normal . Porém, isto só acontece a partir de 1925, quando é criado o curso de formação de educadores sanitários para suprir a deficiência destes nas escolas. Neste período, a puericultura, como disciplina, fica restrita ao curso normal, que entre outros objetivos procurava:

*“... viabilizar a domesticação das mães “selvagens” para higiene da criança e do lar. A difusão das regras da puericultura visou colocar as famílias dentro da ordem e das normas de uma sociedade capitalista. O trabalhador já estava sob controle no interior das fábricas. Esta parte de um projeto de dominação das classes*

*trabalhadoras pelas classes dominantes - agora legitimizadas pela ciência...”.(MELO, 1980, p.32)*

A partir de 1920, a estrutura sanitária brasileira passa a sofrer influência do modelo norte-americano (fundação Rockefeller), e a educação sanitária surge, neste período, com uma nova concepção de serviços de saúde. Com base neste, é criada, em 1923, o Departamento Nacional de Saúde que atuava em serviços de profilaxia de doenças transmissíveis, sanidade dos portos, educação sanitária da população, cuidados com problemas de saúde infantil, e o problema de habitação popular, entre outros serviços.

Ainda na década de 20, começa-se a apregoar a necessidade da merenda escolar nas escolas maternas. LIMA (1985) coloca que, durante este período, a visão de saúde baseia-se no pressuposto da corrupção da criança pela ignorância familiar e a higiene deveria corrigir este desvio pela educação. Esta é tomada como instrumento de trabalho em saúde, ou seja, um recurso usado para determinada finalidade: a de curar e controlar a doença. Vista desta forma, a prática da educação em saúde, se reduz a meras ações, convenientemente demarcadas para determinado tempo e espaço da prática do profissional, prescrevendo, assim, o momento de orientar, o que é importante, em termos de conteúdo, para ser informado, reforçado e até cobrado.

Em 1923, é realizado o I Congresso Brasileiro de Higiene onde, entre outros temas, discutiram-se os problemas de higiene infantil nas idades pré-escolar e escolar. Pelo discurso dos higienistas da época, percebe-se que as políticas de saúde tinham como aspiração o corpo sadio, alicerçados no conceito de saúde de Descartes, no qual a saúde significava “a ausência de doenças”, enfatizando as doenças apenas no aspecto biológico do organismo, ou seja, saúde e doença eram apenas fenômenos clínicos; o corpo era visto como “maquina” ou “motor funcional”.

Em 1925, é criado o primeiro Curso de formação de educadores sanitários recrutados entre professores primários, propiciando o que já vinha sendo proposto desde 1914, que era a introdução de trabalhos voltados para a educação em saúde nas escolas primárias, cujos objetivos eram a formação de hábitos de higiene e a profilaxia das moléstias contagiosas nas crianças. CANDEIAS (1988) relata que a formação destes educadores sanitários introduziu a saúde escolar no âmago das escolas, pois estendeu sua ação também para a escola primária. Este curso de nível médio foi criado na Faculdade de Higiene e Saúde Pública, preparando profissionais em educação sanitária, cujo requisito para entrada era ser aluno recém formado do curso de Magistério e ser regente de classe há, pelo menos, 1 ano.

Na escola primária, a higiene comparece no currículo junto às ciências físicas e naturais, no primeiro ano de curso de dois anos.

Em 1925, o artigo 47 do Decreto nº 3876 de 11/07/1925, cria a Inspetoria de Educação Sanitária e os Centros de Saúde. Estes últimos tornam-se o único órgão de educação sanitária no país, entre as atividades educativas de que se dispunha: formação de hábitos de higiene e profilaxia das moléstias contagiosas. As atividades de saúde são centralizadas nestes órgãos, atingindo, infelizmente, uma parcela muito pequena da população.

Os problemas de saúde, neste período, tinham um enfoque individualista e eram tratados desvinculados das dimensões político-sociais e econômicas.

A escola era um dos poucos meios de comunicação de que se dispunha e, por este motivo, os higienistas deste período se interessavam, cada vez mais, pela transmissão dos princípios de higiene nesta instituição.

Em 1926, no III Congresso Brasileiro de Higiene, os temas básicos eram: INFÂNCIA, EDUCAÇÃO e EUGENIA, salientando-se a necessidade de formação de hábitos sadios na criança. O objetivo era cultivar, na população infantil, hábitos de moralidade, asseio, honestidade, coragem e verdade.

Com base nos pressupostos acima, defendeu-se a criação, nas escolas públicas, dos pelotões de saúde, serviço educativo que passou a envolver também a família como alvo dos cuidados de higiene, principalmente as das

classes subalternas. Procurava-se, assim, construir uma sociedade onde não houvesse desvios, e se impusesse a ordem moral da sociedade dominante.

A industrialização, o crescimento dos centros urbanos, o descontentamento do operariado, das classes médias e oficiais de baixa patente, a crise econômica de 1929 e a decadência da política cafeeira levaram à necessidade de se reformar as estruturas tradicionais da Velha República. O desfecho desse processo foi a chamada Revolução de 1930.

A Revolução de 30 foi uma reordenação do poder, uma reorganização do bloco oligárquico que, durante as primeiras décadas da República, dominou o Brasil sob a hegemonia dos latifundiários. Passa então, a ser substituído por um novo bloco, no qual estes dividiriam o poder com outras oligarquias regionais e a classe burguesa industrial emergente. É a mudança de um modelo de Estado Federalista para um Estado centralizador, que estabelecia as bases do capitalismo industrial. (LIMA, 1985)

Em relação à educação em saúde do escolar, em 1930, é criado o Ministério de Negócios de Educação e Saúde Pública, o que, para MARCONDES (1964), deu suporte político e técnico à Saúde do escolar.

Paralelamente, um grupo de intelectuais brasileiros, preocupados com os problemas nacionais entre eles a educação, introduziram, no Brasil, o ideário do movimento pela Escola Nova, que já se delineava na década de 20.

Os representantes deste movimento, no Brasil foram Anísio Teixeira, que sofreu a influência de J. Dewey e Fernando de Azevedo, que sofreu a influência do pensamento de E. Durkheim. Além destes, outros intelectuais, como Lourenço Filho, Almeida Júnior, Hermes Lima, Frota Pessoa, também marcaram sua presença, introduzindo autores estrangeiros como Kilpatrick, Decroly e Kerschensteiner que, com maior ou menor ênfase, defendiam a democratização de ensino, a escola do trabalho, a educação enquanto ciência fundamentada na Biologia, Psicologia e Sociologia, quantificada pela Estatística. Enfatizavam também a organização escolar.

Este movimento encontrou um campo fértil de difusão, o que contribuiu para uma série de reformas do ensino na inspiração da Escola-Nova.

Em 1932, o “Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova” expunha as concepções de índole liberal destes educadores, e representou um movimento contra a escola tradicional e não contra a sociedade capitalista burguesa.

*“... O movimento escolanovista teve uma dupla inspiração. De um lado, a psicologia representada no centramento da ação educativa na criança, estudada a partir da virada do século. Do outro lado, a sociologia representada na obra de Fernando Azevedo... ( ) Poderia ser resumida em três pontos importantes: escola única, escola do trabalho e escola da comunidade...” .(NAGLE, 1976, p. 286)*

Porém, a pedagogia tradicional ainda tem presença marcante no sistema educacional brasileiro, produto da pedagogia jesuítica, o que criou um

confronto entre a ideologia liberal e os católicos que, apesar de aceitarem os pressupostos ideológicos da Escola Nova, não concordavam com a escola pública e laica.

No Contexto da Escola Nova, também a educação sanitária era privilegiada.

Em 1931 o Decreto nº 4891 de 13/02/1931 e em 1933 o Decreto nº 5828, de 04/02/1933 explicitavam a Educação Sanitária em termos de promover a consciência sanitária do escolar.

Na Constituição de 1934, notou-se o reflexo das idéias do Manifesto dos Pioneiros com a inclusão da educação como direito de todos e dever do Estado, ensino primário integral, descentralização da administração e regionalização do ensino, bem como a organização dos recursos fixados para a educação. Aos católicos fazia-se a concessão de permitir o ensino religioso nas escolas públicas (LIMA, 1985).

Já na Constituição de 1937, segundo ROMANELLI (1982), a ênfase no dever do Estado como educador diminui e se proclama a liberdade da iniciativa individual e de associações ou pessoas coletivas, públicas e particulares. O ensino religioso é opcional.

A educação para a vida (proposta encontrada em Dewey e que influencia sobretudo Anísio Teixeira), pressupõe a educação para a saúde. As propostas

educacionais e de saúde escolar no Brasil traduzem-se pela manutenção do corpo sadio do trabalhador para a produção. Nesta ótica, a escola passa a ser o “locus” de preparação de cidadãos aptos para a vida (produtiva), contribuindo para a construção da democracia.

Na década de 20, e início da de 30, o discurso médico e o dos higienistas estava consoante com o ideário educacional da Escola Nova e também aos da educação higiênica.

*“... A Escola Nova não concebe a higiene, nem a moral, nem a educação cívica como uma abstração que há de ter aplicações em uma possível vida futura, senão como uma virtude social que rege a vida e a ação presente da escola em todas as suas manifestações...”.*  
(AZEVEDO, 1958, p. 172)

A finalidade da saúde escolar na década de 30 permanecia como na década de 20, ou seja, a do fortalecimento moral, a do aperfeiçoamento da raça e a da formação de cidadãos produtivos e úteis à pátria (LIMA, 1985).

As atividades de saúde na década de 30 passam para o recém-criado Ministério da Educação e da Saúde e, em 1931, Vargas reinstala a polícia sanitária e extingue os centros de saúde, com o objetivo de manter a coerção estatal orientada pelas elites.

A Constituição de 1934 ressaltou o aspecto de higiene sanitária, principalmente com referência à eugenia das raças, incumbindo a União,

Estados e Municípios de estimular a educação eugênica, amparar a maternidade e a infância, proteger a juventude contra toda exploração, bem como contra o abandono físico, moral e intelectual, controle de natalidade, mortalidade e de doenças transmissíveis, bem como cuidar da saúde mental e incentivar a luta contra os venenos sociais.

Em 1938, a saúde do escolar passa a ser atribuição do setor de Educação, havendo, para isso, uma reorganização deste serviço, que os tornou bem mais abrangentes.

A saúde do escolar, na década de 40, foi adotada pelo Estado, como compromisso oficial, constituindo-se este período no apogeu da saúde escolar no Brasil.

Em termos históricos, o movimento da saúde teve sua maior significação quando da sua articulação ao movimento da Escola Nova, pois contribuía muito para que se debatesse, em todo o país, os problemas da saúde escolar.

Este era o conceito de higiene escolar, no período:

*“... A higiene escolar compreende um conjunto de medidas destinadas a assegurar a salubridade da escola e a saúde dos alunos e professores (...) determinando regras de exame, corrigindo defeitos, curando o que comporta tratamento, prevenindo males inevitáveis, promovendo reajustamentos físicos, mentais e sociais e contribuindo para hábitos, atitudes e conhecimentos de vida sadia, cada vez mais vigorosa e mais útil...”. (SÁ, 1942, p. 50)*

A higiene escolar continua a se preocupar com o espaço físico ocupado pelo aluno e pelos professores, propondo ações muito mais curativas do que preventivas, com normalizações de cunho extremamente autoritário, onde os princípios da eugenia eram usados como normatizador da sociedade através de regras de “Bem viver”.

A partir de 1940, as organizações estatais de saúde são reformuladas e ampliadas, baseando-se em modelo externo, em especial os Estados Unidos, sem a devida consideração da realidade Nacional.

Em 1942, é criado o Serviço Especial de Saúde Pública (SESP), sob o patrocínio da Fundação Rockefeller, em acordo com os Estados Unidos, visando a exploração da borracha e de minérios e o aumento da produção de alimentos, cobrindo assim, áreas consideradas econômica e militarmente estratégicas como as de produção de borracha no Vale Amazônico.

O Serviço Social soma-se à educação e à saúde, enquanto prática de intervenção social, alcançando grande relevância neste período, (MELO , 1980, p.36). Este criou instituições ligadas à saúde, mas destituídas de qualquer relação com a estrutura brasileira, ao tentar transpor para o Brasil um modelo de assistência à saúde baseado em países de nível industrial e tecnológico avançados, inadequados à nossa realidade, não só cultural como também política e economicamente.

Após a Segunda Guerra Mundial, em 1945, com a derrota do Fascismo e rearticulação do capitalismo internacional sob a égide dos Estados Unidos, a educação em saúde no Brasil, assume um novo discurso, o do “Sanitarismo”.

Em 1946, a Organização das Nações Unidas, (ONU), elabora a “Declaração Universal dos Direitos do Homem”, e, em seu artigo 25, reforça o direito à saúde como condição fundamental e necessária à vida humana digna e útil, passando a ser responsabilidade do Estado e do Homem. A OMS, com base nas mudanças políticas sociais pelas quais o mundo vem passando, reelabora seu conceito de saúde, buscando, assim, aumentar o campo de ação desta dentro da sociedade, com medidas mais coerentes com a realidade da população. Passa, então, a considerá-lo sob o aspecto físico, mental e social.

*“... Saúde é o completo bem-estar físico, mental e social e não apenas a ausência de doenças...”. (Conferência Internacional da Saúde, 1946, p. 5)*

Com base nestas modificações, há uma preocupação maior quanto ao preparo dos profissionais que trabalham na área de saúde. Em relação à saúde do escolar, os cursos de formação de educadores sanitários passam, a partir de 1946, a aumentar suas exigências quanto ao ingresso dos candidatos; entre eles, a conclusão do curso secundário. A estrutura do curso também se modifica,

passando para curso técnico, apresentando visão de multidisciplinaridade, com o objetivo de atuar nas escolas e centro de saúde.

A organização do Serviço de Saúde Escolar foi oficializada pelo Decreto nº 17698, de 26 de novembro de 1947, época em que o Estado já adotara, oficialmente, o discurso da Ideologia do Sanitarismo.

A década de 50 é marcada por uma discussão maior sobre a saúde do escolar, envolvendo pais, professores, abrindo um espaço até então ocupado apenas pelo Estado. No entanto, esta abertura fica apenas no discurso, pois não há espaço social e nem política de saúde que viabilize os programas de saúde do escolar. A repressão dos anos 30 cede espaço à persuasão, havendo um lento declínio do movimento da saúde do escolar, que, gradualmente, passará a ser substituída pela ideologia assistencialista no âmago do Estado.

Os sanitaristas, ainda sob a influência do pensamento eugenista, adotam também programas que buscam regular e automatizar as atitudes da população. Há uma preocupação com a ação comunitária e busca-se integrar os pobres às práticas eugenistas da época.

A relação entre saúde-pobreza continua a ser a tônica do pensamento, ou seja, resolvendo o problema das doenças, o da pobreza estaria resolvido. Continua-se a investir grandes somas no setor de saúde, com influências das políticas de saúde externas, totalmente distanciadas da realidade brasileira.

Neste período, é criada também a assistência médica da Previdência Social, resultante de políticas sociais e previdências emergentes. Há, a partir de 1945, um crescimento dos leitos hospitalares da rede privada lucrativa.

Em meados da década de 50, com a maior entrada do capital estrangeiro no Brasil, a saúde é vista como investimento, ocorrendo um lento declínio da saúde escolar, que é substituída por uma nova concepção de caráter assistencialista no âmago do Estado. Este movimento estende-se em todos os aspectos da vida do escolar, como se a medicalização fosse a chave para a solução de todos os problemas sociais e, especialmente, de saúde. COLLARES & MOISÉS (1985) e COSTA (et alii 1989) mencionam que os pressupostos da medicalização baseiam-se na apreensão do corpo doente, propondo tratamento de problemas de origem social, como exemplo a fome e o desemprego, como se fossem problemas orgânicos e individuais.

Em 1958, o Comitê Consultivo Internacional da UNESCO declara que o principal objetivo da educação em saúde é estimular e guiar o desenvolvimento físico e mental da criança, proporcionando-lhe sólidos hábitos de saúde. Com este discurso, passa-se a considerar a educação em saúde como “meio de produção à saúde” e de suma importância nos currículos escolares.

A política vigente é caracterizada, então, por uma prática assistencialista e curativa, apesar das discussões em torno da educação em saúde, da expansão

dos órgãos de saúde pública e da retórica dos problemas de saúde. As políticas sociais são meramente emergenciais, e entra-se na década de 60 sem uma política de saúde definida.

A política desenvolvimentista de Juscelino Kubitschek traz consigo uma nova concepção sobre os problemas de saúde, invertendo o binômio doença-pobreza. O desenvolvimento econômico é, naquele momento, o caminho pelo qual se busca melhorar a qualidade de vida do povo brasileiro.

*“... A ideologia desenvolvimentista inverteu os termos binômio doença-pobreza, afirmando que o desenvolvimento econômico traria um melhor nível de saúde para a população, mas o sistema sanitário sofreu poucas alterações...”. (BRAGA & PAULA, 1981, p.61)*

Neste período, ocorre o crescimento do parque industrial e, portanto, acumulação de capital e, por ingerência do movimento do capital nos países em desenvolvimento, aumenta a concessão de privilégios às multinacionais e conseqüente endividamento externo.

Na saúde, há uma grande dependência dos países estrangeiros em relação à tecnologia e também a programas específicos na área de saúde. A assistência em saúde caracteriza-se pela centralização das ações nos hospitais, ou seja, é meramente curativa, relegando-se às ações coletivas, de prevenção e promoção da saúde junto à população.

Em 1961, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação, Lei Federal nº 4024/61, preconiza a autonomia didática do professor, considerando-o como responsável pelas atividades de classe e pela integração das experiências da criança, reforçando assim, a importância do papel do professor na formação do educando. Em termos de Assistência Social Escolar, preconiza-se, em seus artigos 90 e 91, que a escola participe das atividades de assistência social escolar através de trabalhos individuais, em grupos e junto com a comunidade, incluindo atividades de orientação, fiscalização e estimulação para os serviços de assistência social, médico-odontológica e de enfermagem para os alunos.

O trabalho dos educadores sanitários, a partir de 1962, passa a ser centrado na atuação direta com professores, serventes, diretores e pais, deixando assim, de trabalhar com os alunos, sendo esta a única mudança ocorrida neste período.

O respaldo legal, para as atividades de educação em saúde do escolar, não contribuiu para que mudanças significativas ocorressem na prática, haja vista o enfoque da prática de assistência curativa dada à saúde na época, e a desvinculação dos trabalhos realizados na escola com as outras instituições que deveriam servir de apoio para que as atividades de educação em saúde se efetivassem na escola.

Já em 1987 SAVIANI, em suas reflexões sobre o direito à educação ponderava que a Lei 4024/61, garantia à família o direito de escolha sobre o tipo de educação que daria a seus filhos, estabelecendo o ensino como obrigação do poder público e livre à iniciativa privada. A partir de 1964, o papel do Estado como interventor na economia amplia-se por todas as esferas da vida social; onde os interesses econômicos se sobrepõem aos sociais. A saúde e a educação são vistas como investimento, para manutenção e elevação do capital, sem compromisso com a qualidade de vida do cidadão, excluindo grande parte de nossa população não só do sistema de ensino e da assistência à saúde, mas de todos os direitos que lhes proporcionassem uma vida digna como: habitação, alimentação, saneamento básico, entre outras...

O aspecto legal da educação em saúde nas escolas aparece com maior ênfase na Lei Federal nº 5692/71 (Lei de Diretrizes e Bases do Ensino do 1º e 2º graus). Os princípios que a orientam estão em sintonia com a estratégia do “autoritarismo triunfante”, consolidando, assim, a “democracia excludente”. A lei foi promulgada em meio à euforia do governo Médici e do “milagre brasileiro”.

*“... Em suma, governado à moda do duce, Médici dirigiu o país utilizando-se de projetos de impacto que eram decididos autoritariamente e arbitrariamente em virtude de ampla flexibilidade de que desfrutava a sua administração, projetos esses que eram ufanisticamente anunciados*

*através de rede de televisão e rádio a toda a nação, antes mesmo de ser apreciado, conforme a Constituição pelo Congresso Nacional...”. (SAVIANI, 1987, p. 132)*

A Lei nº 5692/71, em seu artigo 7º, preconizou a obrigatoriedade de programas de saúde nos currículos de 1º e 2º graus, objetivando capacitar o educando a enfrentar sua problemática de saúde e a da sociedade a que pertencia.

As políticas sociais de saúde vigentes, bem como os programas que se criavam não eram adequados às necessidades e realidades concretas dos alunos, e as atividades restringiam-se ainda ao ambiente escolar, tais como criação dos clubes de saúde, pelotão de saúde e palestras feitas por professores e por profissionais da área de saúde.

TEMPORINI (1986) em seu estudo sobre a percepção dos professores quanto ao seu preparo em saúde do escolar, coloca que o desconhecimento destes acerca dos problemas de saúde, bem como trabalhar em sala de aula com estas questões a partir de situações problemas comuns à vida dos alunos, tem se constituído em sério obstáculo para uma ação mais efetiva, por parte dos professores.

No período que compreende os anos 1961 e 1975, a OMS e a UNICEF, junto com os Ministérios da Saúde e da Educação, criam programas de

educação em saúde do escolar, buscando abranger todo o universo do ambiente escolar como alunos, professores, diretores, serventes e também a família. Estes pouco contribuíram para modificar a situação de saúde do escolar, por serem frutos de uma política emergencial, também por não considerar o universo social da criança, e por não encontrarem respaldo nas reais condições de desenvolvimento das políticas de saúde vigentes.

Em 1973, o Decreto Federal 72.034/73 institui a merenda escolar, com o objetivo de diminuir os índices de repetência e evasão escolar, bem como da desnutrição infantil. O Programa da Merenda Escolar foi instituído utilizando-se os excedentes da safra americana, doadas ao Brasil. Mais tarde foi assumido pelo governo brasileiro, não pela sua importância social, mas pelas implicações políticas que sua exclusão acarretaria. Ao responsabilizarem a desnutrição pelo fracasso escolar, exime-se, de forma ingênua, o sistema educacional de sua responsabilidade, enquanto instituição educacional. Por outro lado, isenta-se o Estado de sua responsabilidade dentro das questões sociais, ou seja, o problema da desnutrição em crianças passa a ser responsabilidade das instituições de ensino.

No entanto, estudos recentes revelam que desnutrição e fracasso escolar refletem a complexidade dos problemas sociais e, entre eles, os educacionais que precisam ser discutidos com maior seriedade por todos os segmentos da

sociedade. MOYSES & COLLARES (1986) salientam que a desnutrição, sozinha, não pode explicar as altas taxas de repetência nas primeiras séries do primeiro grau. Sustentam esta afirmação com pesquisas realizadas em várias regiões da periferia do país, onde a taxa de desnutrição atual ou passada, ocorria entre 20 e 45% das crianças, enquanto a taxa de fracasso escolar variava em torno de 50 a 70% do total da população escolarizada. Sendo assim, bem maiores que as taxas de desnutrição. Como vimos, o problema da desnutrição e do fracasso escolar tem sido usado para mascarar, dentro da escola, o insucesso desta e de sua pedagogia que não permite uma aprendizagem adequada a todos os alunos, negando o direito a cidadania a milhões de crianças excluídas dos bens culturais, entre eles o acesso ao saber escolar.

Ainda sobre a questão da merenda escolar, destaca-se os trabalhos de PILON (1990), NISKIER (1990) e COLLARES (1985), que levantam questões como: “A escola não pode se eximir de trabalhar os problemas sociais, não pode ser uma instituição alheia à comunidade, mas deve ter cuidado para não se transformar em restaurante”. Outro fato ressaltado pelos autores é que programas como o da merenda escolar estariam desviando verbas destinadas à educação.

Pesquisas demonstram que a desnutrição é mais um fator, entre muitos outros, que pode alterar o desenvolvimento, o crescimento normal da criança e não deve ser colocada como fator isolado de outros problemas sócio-político-econômicos e culturais, sobretudo nas sociedades do terceiro mundo.

Em 1974, o Parecer 2.264/74 do Conselho Federal de Educação ofereceu diretrizes para a estruturação da área de Saúde Escolar em nível de estados e de municípios, propondo as seguintes orientações sobre a educação da saúde nos currículos de 1º e 2º graus:

*“... 1- A educação da saúde é destacada e individualizada, através dos Programas de Saúde, nos currículos de 1º e 2º graus;*

*2- A educação da saúde no Brasil tomou aspecto de Programas de Saúde como um curso de conhecimentos gerais, incluindo a instrução sobre higiene, nutrição, agricultura, estudo do solo, da água e do ar;*

*3- Os Programas de Saúde devem variar de acordo com os interesses, necessidades e funções biológicas do aluno;*

*4- O ensino de saúde deve ter um caráter contínuo, repetitivo, progressivo em sua profundidade, gradativo na sua intensidade, visando a formação imediata e permanente de hábitos sólidos e atitudes no educando;*

*5. A educação da saúde visa, ainda, à autocapacitação dos indivíduos dos vários grupos de uma sociedade para lidar com os problemas fundamentais da vida cotidiana;*

*6. O método de ensino do Programa de Saúde é o método de problemas e baseia-se em atividades surgidas pela vontade do aluno em resolver ou pelo menos analisar um problema bem definido e compreendido;*

*7. O ensino da saúde deve ser desenvolvido sob a forma de atividades pedagógicas;*

*No 1º segmento do 1º grau, o Programa de Saúde visa principalmente à criação e manutenção de hábitos de classe;*

*No 2º segmento do 1º grau, o Programa de Saúde deve ser desenvolvido através de atividades integradas nas diferentes áreas de ensino, possibilitando a sistematização e complementação dos conhecimentos adquiridos através das atividades das séries anteriores. Ele é de responsabilidade de um professor com formação universitária e com aptidão para o conhecimento de Ciências e Saúde.*

*8. O Programa de Saúde é obrigatório como disciplina em uma das séries do 1º e 2º graus. Nas demais séries o trabalho será integrado nas áreas de ensino. Nas últimas séries do 1º grau deve haver maior concentração de ações e atividades em torno do contexto Saúde ...”.*

FOCESI (1990) relata que o Parecer nº 2264/74 procurou abranger, principalmente, as condições da escola, o ensino da saúde, os serviços de saúde e a participação dos pais e da comunidade nas ações de saúde da escola.

Percebe-se, neste Parecer, uma tentativa de reestruturar e normatizar os programas de saúde nas escolas, mas, de forma mais uma vez dissociada da realidade do aluno, propondo atividades sem relação com o cotidiano deste. Ao tratar das atividades pedagógicas no 1º segmento do 1º grau, o Parecer enfatiza a criação e manutenção de hábitos de classes sociais, percebe-se forte influência do discurso eugenista que buscou, através da racionalidade, controlar não só o meio escolar, como também todo e qualquer desvio social. O presente Parecer, instituído em pleno regime militar, e com a crise de legitimidade do regime somado ao fracasso do “milagre econômico”, buscou, junto com outras decisões, abafar a crise instaurada nos setores sociais, visivelmente mostrada com os altos índices de mortalidade e morbidade, principalmente infantil,

buscando, através de ações fragmentadas, soluções para a resolução das questões sociais.

Ainda em relação ao Parecer 2.264/74, observa-se o enfoque da saúde, dentro da prática curativa, ao propor que os temas sejam trabalhados de acordo com os interesses, necessidades e funções biológicas do aluno. Ao elaborar o Parecer e propor um professor com formação em Ciências da Saúde para o 2º segmento do 1º grau, além de excluir as demais séries do 1º grau, abriu espaço para que professores, com formação em Ciências, assumissem esta tarefa sem que, em seus currículos, constassem disciplinas voltadas para a educação em saúde. Não há, neste, nenhuma alusão ao trabalho voltado para criança como parte integrante de sua comunidade, e nem ao apoio de outras instituições. Alia-se a este fato o despreparo dos professores em assumir esta atividade. Este Parecer, pouco contribuiu para modificar as atividades de educação em saúde desenvolvida nas escolas.

Em 1975, com a Lei 6.229, é criada o Sistema Nacional de Saúde, (SNS), que procura organizar o complexo de serviços do setor de saúde pública e privada, onde são enfatizados os serviços voltados às ações de saúde pública e que na época não encontram respaldo no meio político e, portanto, não se efetivam.

GUANAES (1976) coloca que em 1976 a Lei 7510 de 29 de janeiro, implanta a reforma administrativa das Secretarias de Educação criando o Departamento de Assistência ao Escolar-DAE- que agrupou os serviços de saúde escolar aos do serviços dentário escolar e criou uma nova área que é a de assistência-econômica ao escolar. Para VIANNA (1990), esta lei, ao reforçar a política assistencialista da Lei 5692/71, deixou de tratar a saúde do escolar dentro do enfoque educacional e em interação com o ambiente escolar, passando a tratá-la de forma compartimentada e priorizando apenas os aspectos biológicos da saúde.

Em 1977, o Parecer 540/77 do Conselho Federal de Educação ratifica o Parecer 2.264/74 do Conselho Federal de Educação, que o complementa com as seguintes orientações:

*“... A - A educação da saúde deve ser integrada aos programas de promoção da saúde;*

*B - Dar oportunidade ao aluno da formação de estruturas mentais e efetivas que lhe permitam analisar e propor soluções para os problemas;*

*C - Correlacionar os componentes curriculares - Ciências, Estudos Sociais e Educação Física - com os princípios científicos que explicam e legitimam comportamentos adequados à promoção da Saúde e à prevenção da doença;*

*D - Solicitação de currículos flexíveis;*

*E - Respeitar as características e interesses do aluno...”*

O Parecer 540/77 acompanhou o discurso da Lei 6.229, ao propor programas de promoção da saúde, bem como ao propor respeitar as características e interesses dos alunos. Traz ainda um discurso mais flexível acerca da participação dos alunos nas soluções dos problemas de saúde. Propõe o trabalho interdisciplinar entre Ciências, Estudos Sociais e Educação Física, sem restringi-lo à determinada série, como foi o caso do Parecer 2.264/74. Assim, como com referência à Lei 6.229, não houve vontade política para colocá-lo em prática e conseqüentemente promover modificações estruturais não só nas instituições educacionais, como nas de saúde, inviabilizando a execução do que objetivavam.

O período compreendido entre 1976 e 1985 é caracterizado por uma crise na Previdência, intensificando os debates quanto à inviabilidade do modelo de saúde vigente. Em 1977, na VI Conferência Nacional de Saúde, são delineadas novas bases para a Política Nacional de Saúde, enfatizando a extensão dos serviços de saúde a toda a população, usando, como estratégia, a regionalização e hierarquização da prestação de serviços permanentes de saúde em diferentes níveis de atendimento. Com este movimento, surge o Prev-Saúde que, apesar de na época, não ter sido colocado em prática, devido aos interesses políticos, representou um passo importante na formulação de diretrizes de saúde nos anos 80, como veremos a seguir.

Em 1978, a Conferência de Alma Ata, realizada na antiga União Soviética, atual Cazaquistão, sob o patrocínio conjunto da Organização Mundial da Saúde (OMS) e Fundo da Nações Unidas para a Infância (UNICEF), propõe que os Países busquem soluções ajustadas à sua realidade sócio-política e cultural. Preconizam “saúde para todos no ano 2000”, e propõem a preparação de pessoas da comunidade e praticantes da medicina popular para prestarem assistência de saúde à comunidade. Esta Conferência suscita debates importantes em todo território nacional sobre a necessidade de uma política de saúde para o país.

Em 1980, na VII Conferência Nacional de Saúde, são discutidos os vários aspectos da Conferência de Alma Ata que tem, como tema básico, a extensão das ações de saúde através dos serviços básicos, culminando com a formação de um Anteprojeto denominado PREV-SAÚDE. Este tinha objetivos extremamente grandiosos em relação à reformulação das políticas de saúde, buscando a integração com vários ministérios e secretarias, procurando assim, estender os serviços básicos de saúde a toda a população, reorganizando o setor público de saúde. Devido a fortes pressões políticas dentro das próprias instituições de saúde envolvidas, (lucro da medicina curativa para os profissionais de saúde e para as instituições de saúde, lucro das indústrias de medicamentos entre outros...), o projeto original sofreu várias modificações

que ao final tornou-se uma proposta mais voltada para a organização do setor público dos serviços de saúde.

Com o processo de democratização do país e da crescente insatisfação popular em relação aos serviços de saúde pública, o Decreto-Lei nº 86329 de 02/09/81 cria o CONASP que prioriza as ações primárias de saúde e preconiza a integração das ações de saúde com os ministérios da Saúde, da Previdência, da Assistência Social, da Educação e Cultura e dos governos municipais e estaduais. O Projeto Piloto é implantado na cidade de Lages - SC, com resultados considerados satisfatórios. Entre 1982 e 1983, o CONASP é assinado com outros Estados e Municípios. Dentre as propostas do CONASP preconiza-se a regionalização do sistema de saúde com o Programa das Ações Integradas de Saúde (PAIS) que, logo depois, é transformado em estratégia, passando a se denominar Ações Integradas de Saúde (AIS). Este procura racionalizar o atendimento médico, tornando os serviços dos diferentes níveis de atendimento mais acessíveis à população e propondo definição específica dos vários setores, secretarias e ministérios dentro das políticas de saúde.

Com base nesta política de saúde, é que, em 1983, o Ministério da Educação institui pelo Decreto Lei 7.091 de 10 de abril de 1983, a Fundação de Assistência ao Estudante (FAE) que além de financiar projetos

multiprofissionais em todos os setores da educação é, hoje, responsável desde 1984 pelo Programa Nacional de Saúde Escolar e propõe:

*“... - A Co-participação, com outros sistemas, em ações de reconhecido interesse público, nos quais é evidente a utilização das redes de ensino, como estratégia para a ampliação da cobertura, a custos significativamente reduzidos;*

*- A estreita relação entre as condições de saúde dos alunos e o seu rendimento no processo ensino-aprendizagem;*

*- A idade própria dos escolares para a incorporação de conhecimentos, hábitos e atitudes para uma vida sadia, no nível individual e na comunidade;*

*- Os reflexos positivos das ações educativas, preventivas e curativas sobre o desenvolvimento psico-somático e da personalidade dos alunos, bem como, na sua vida social e produtiva futura e na posterior redução da demanda do serviços de assistência;*

*- As características epidemiológicas de morbi-mortalidade próprias da idade e os prognósticos favoráveis, quando da intervenção oportuna e continuada;*

*- O marcante significado social, da instituição escolar para a mobilização comunitária em programas de apoio ao seus interesses e dos alunos;*

*- O alcance coletivo e geográfico das ações desenvolvidas às escolas face ao contingente populacional - pais, alunos e mestres - e espaço sob sua abrangência;*

*- O suficiente domínio pela saúde pública de experiências de elevada eficácia e eficiência, a custos acessíveis, em quase todas as regiões brasileiras;*

*- A constatação sobre a necessidade de reorientar e normatizar sobre políticas, estratégias e conteúdos no âmbito da saúde escolar com vistas aos posicionamentos decisórios neste campo, pelas Secretarias de Educação estaduais, territoriais e municipais;*

*- A existência na quase totalidade das Secretarias da Educação das Unidades Federadas de estruturas estabelecidas internamente para programas de assistência ao estudante, em atividades coordenadas com organismos locais...”*

Os objetivos do programa de Saúde do Escolar da FAE são:

*“... - Promover o conceito de prevenção primária de saúde;  
- Intensificar as ações integradas de saúde;  
- Definir o papel da Escola em matéria de cooperação e apoio ao desenvolvimento dos cuidados primários de saúde;  
- Promover a participação ativa da comunidade como sujeito da ação de promoção da saúde.  
Aferir a correlação existente entre ações de saúde e aprendizagem escolar;  
- Autocapacitar o escolar para lidar com os problemas fundamentais do processo saúde/doença, como indivíduo e como membro de uma comunidade;  
- Promover ações de medicina sanitária com ênfase nas áreas de Saúde Geral, Odontologia e Oftalmologia;  
- Intercambiar experiências sobre o alcance das ações preventivas no âmbito da escola...”*

FERRIANI (1990) em seu trabalho sobre a visão global dos serviços de Saúde Escolar no País, analisando o programa de Saúde Escolar da FAE, considera que este corre o risco de extinguir-se em algumas regiões por falta de envolvimento não só a nível de governo como também das instituições sociais que deviam dar suporte financeiro e técnico e também decorrente de seu caráter curativo. O modelo de Saúde Escolar preconizado pela FAE, mantém o caráter assistencialista que prioriza o indivíduo em partes quando propõe a assistência centralizada nos problemas odontológicos e oftálmicos, esquecendo-se do todo do indivíduo. O espaço ocupado pelo agente de saúde na escola, dependendo da região, é muitas vezes ocupado por profissionais desqualificados que

assumem esta função de forma improvisada. Ao final, afirma ser necessário uma avaliação mais sistematizada dos custos e benefícios desse projeto.

Atualmente, em muitos municípios de Santa Catarina, a “figura” do agente de saúde dentro das escolas extinguiu-se. Municípios como Itajaí, que ainda mantêm este trabalho o fazem por ter formado uma estrutura sólida com base em trabalho interinstitucional e com a municipalização das Instituições de Saúde têm contribuído para a execução dos programas de saúde. Porém, problemas como o despreparo do professor em trabalhar estes temas em sala de aula ainda persistem, bem como a definição do papel do agente de saúde na escola, que é ocupado por um professor treinado para realizar atividades específicas com as crianças como testes de visão, orientação sobre higiene dentária, entre outros. Na verdade, o que observamos é a necessidade de integrar o trabalho do agente de saúde com o do professor em sala de aula, para que, juntos, construam situações que levem à educação em saúde. Em face dos problemas já citados, este projeto deve ser discutido em todos os aspectos, principalmente no que concerne a seus objetivos dentro da educação em saúde e das propostas atuais das políticas sociais.

Em 1984, com o movimento das eleições diretas para Presidente da República, aumenta a discussão sobre os serviços de saúde pública no país até

por uma imposição da sociedade, cansada de ser enganada por uma política de saúde meramente retórica, distorcida da realidade e necessidades da população.

O período após 1986 vem marcado não só por discussões acerca dos problemas de saúde como também por discussões políticas notadamente de extrema importância para o setor de saúde. Um marco destas discussões foi a VIII Conferência de Saúde realizada em Brasília, em 1986, que concluiu:

*“... Saúde era resultante das condições de alimentação, habitação, renda, educação, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviço de saúde, procurando levar ao desenvolvimento pleno do ser humano em sua individualidade ...”. (ANAIS da VIII Conferência Nacional de Saúde, 1986)*

As diretrizes propostas nesta Conferência foram incorporadas ao capítulo da Constituição Federal promulgada em 05/10/88, criando o Sistema Único de Saúde (SUS), que tem como preceitos básicos:

*“... A saúde é um direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação...”. (CONSTITUIÇÃO FEDERAL, 1988, p. 88)*

Com o SUS, a educação em saúde nas escolas passa a ser responsabilidade das secretarias municipais de saúde e de educação, o que vem contribuir para uma dinamização dos programas de saúde nas escolas.

Em 1988, no VI Congresso Brasileiro de Saúde Escolar realizado na cidade de Vitória, profissionais dos setores de Saúde e Educação discutem a necessidade de rever a problemática da Saúde e da Educação da criança brasileira, dando origem à Carta de Vitória, onde reivindicam conhecimentos maiores acerca dos problemas de saúde e do conceito de homem que abranja os aspectos biológicos, afetivos, cognitivos e sociais. Esta ressalta a necessidade de se promover discussões mais freqüentes sobre a Saúde e a Educação da criança brasileira, bem como de uma política governamental para os setores de educação e de saúde, como referência à reforma Sanitária, e as recomendações da Conferência Nacional de Educação. As idéias deste documento podem ser resumidas nestas afirmações:

*“... A conscientização dos indivíduos sobre os direitos à saúde e educação e sobre as políticas de saúde que atendam de forma efetiva às necessidades da população, é imprescindível. Para a concretização desta conscientização os profissionais dos referidos setores, através de suas próprias atuações ou por meio da atuação de entidades representativas, devem desenvolver seu pensamento crítico e da população em geral, no sentido de fortalecer os movimentos populares por melhores condições de vida, saúde e educação...”. (CARTA DE VITÓRIA, 1990, p. 35)*

Em 1988, o Anteprojeto da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (publicado no Diário Oficial da União, em 1º/09/89) afirma que a educação escolar deverá vincular-se ao mundo do trabalho e à prática social.

Em relação à “ Educação Básica”, em seu artigo 35 diz que os sistemas de ensino promoverão em todos os níveis, programas de saúde para desenvolvimento de práticas úteis ao educando e à comunidade. Em relação à EDUCAÇÃO BÁSICA DE JOVENS E ADULTOS TRABALHADORES, ressalta no artigo 56, inciso IV, que os conteúdos curriculares devem estar centrados na prática social e no trabalho, com metodologia de ensino-aprendizagem adequada ao amadurecimento e experiência do aluno.

Como vimos, apesar de ainda não ter sido aprovada vale salientar que, ao contrário da Lei nº 4024/61, esta procura vislumbrar as questões sociais dentro da escola não como algo externo ao ambiente escolar mas como um fator que interfere e que faz parte do mundo da escola.

Em 16 de julho de 1990, a Lei nº 8069 do “Estatuto da criança e do adolescente” ressalta o direito da criança à saúde e à educação, entre outros conforme se pode constatar nos artigos abaixo:

*“... Art. 4º - É dever da família, da comunidade, da sociedade em geral e do Poder Público assegurar como absoluta prioridade, efetivação dos direitos referentes à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao esporte, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária...*

*Art. 7º - A criança e o adolescente têm direito à proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas que permitam o nascimento e o desenvolvimento sadio harmonioso, em condições dignas de existência.*

*Art. 53 - A criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho...*

*Art. 59 - No processo educacional, realizar-se-ão os valores culturais, artísticos e históricos próprios do contexto social da criança e do adolescente, garantindo-se a estes a liberdade de criação e o acesso às fontes de cultura...". (ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE, 1990, p. 7,8,16 e 17)*

Para PEREIRA (1992) este Estatuto traz uma nova visão em relação à infância, ao enfatizar o direito da criança e do adolescente à vida, à saúde, à educação, à liberdade e à dignidade.

Atualmente, é encontrado no Brasil um quadro de reestruturação e de adaptação da sociedade como um todo no sentido de tentar resgatar o tempo perdido em ações individualizadas e assistencialistas. O quadro hoje revela, com espanto, a desestruturação de um sistema político-social frágil permeado por fraudes e passível de desvios do dinheiro público, que culminou em 1993 com a CPI do orçamento. Esta fragilidade percebe-se quando se constata que o setores que mais sofreram com os desvios de verba foram justamente os da Saúde, Educação e os destinados à obras sociais. Na verdade, o Brasil está em estado de choque moral. Espera-se que daí se tirem lições futuras no sentido de que não bastam os decretos e leis para que se modifiquem uma situação se no poder temos homens usando-os para manipular e extorquir da população, seus direitos básicos.

O Brasil é um país com elevada dívida social, marcado pelas contradições do sistema capitalista periférico que, ao elaborar políticas sociais baseadas em um modelo assistencialista, consagra formas populistas de relação entre governo e população. As políticas sociais têm utilizado o sistema educacional como forma de regularizar as tensões sociais, através de projetos como a merenda escolar e o agente de saúde. Estes ainda têm utilizado recursos dispendiosos que se perdem em meio ao burocratismo, e quando chegam à escola já estão defasados, tendo esta que assumir não só os projetos, mas também a ineficiência de recursos para viabilizá-los.

Por outro lado, colocar o problema do fracasso escolar nos problemas da desnutrição ou da saúde não deixa de ser uma forma simplista e acrítica de não se buscar um caminho para os problemas da educação, como também uma inversão do papel do Estado na sociedade, onde as vítimas das injustiças sociais passam a ser culpadas e previamente julgadas por um crime que não cometeram. Acerca desta afirmação COSTA (et alii) ao falar sobre o problema do fracasso escolar intermediado pelo problema da saúde, diz que:

*“... Para grande parte da população seja ela composta por alunos, pais ou professores, explicar o fracasso escolar pela deficiência de saúde seria uma forma de lançar mão de um escudo “científico” que poucos contestariam, já que os profissionais de saúde ainda são vistos com certa mistificação por grandes parcelas da população...”.*  
(1989, p.108)

Os setores de educação e saúde sofrem pela falta de maturidade, de compromisso e de identidade; de um lado, a vontade de alguns querendo acertar e achar o caminho; de outro, hospitais sucateados, ineficientes e profissionais despreparados que insistem na não percepção de sua inserção nas questões sociais, levando à completa alienação destes profissionais que não conseguem desenvolver no seu exercício profissional uma prática consoante com a dinâmica das relações sociais.

Sabe-se que as transformações sociais têm, na escola, um dos meios pelos quais se obtém o desenvolvimento social e um dos caminhos para o pleno exercício da cidadania. É, sem dúvida, a educação um dos caminhos que proporcionará a abertura para que ocorram transformações sociais que vislumbrem um projeto social mais humano em nossa sociedade.

Para isto, é necessário que os sistemas político-sociais estejam dentro do contexto da realidade histórica da nossa população, e que o professor compreenda os vínculos de sua prática com a prática social de nossa população, de forma globalizada.

O repasse histórico que se fez mostra que a Saúde do Escolar sempre esteve à mercê de interesses contraditórios, corporativistas e particulares. Se, de um lado, temos movimentos sociais organizando-se no sentido de tentar

superar as barreiras de forma democrática, precisamos estar atentos aos jogos de interesse respaldados por concepções errôneas e de interesses duvidosos, para que tanto a educação como a saúde possam se efetivar como práticas sociais e, com isso, contribuir para o desenvolvimento pleno do homem.

Conforme se constatou, a Educação em Saúde do Escolar não tem ainda meios para que sua prática se efetive como tal dentro da sala de aula, e é neste espaço que os projetos voltados para esta área não encontram consonância, ou por estarem totalmente desvinculados da realidade dos alunos ou por falta de preparo dos professores em lidarem com os problemas sociais que permeiam a escola. Daí, nosso interesse em aprofundar o presente estudo na área de educação em saúde com o professor que vive esta problemática em seu cotidiano de sala de aula, também por se entender que a saúde é uma prática social, atravessada pela educação e que ambas se complementam e fazem parte de um “complexo de doença social”, onde não há como estabelecer limites quanto à importância isolada destes setores em termos de escala de valores.

## **2.2. A Formação do Professor e a Educação em Saúde**

A educação em saúde do escolar, deverá, através da promoção da saúde, possibilitar ao educando uma melhoria de sua qualidade de vida, atuando em

seu meio de forma crítica, participando das decisões de sua comunidade ativamente. Para isto, é necessário que, além do conhecimento acerca dos processos orgânicos ou doenças, haja uma reflexão sobre os fatores que interferem diretamente no processo saúde-doença, entre eles as condições ambientais, o trabalho, serviços de saúde colocados à disposição da comunidade, leis que considerem os problemas de saúde, programas de prevenção das doenças bem como preparar o homem para atuar em seu meio a fim de ter uma vida mais saudável. FOCESI afirma que a educação em saúde, em relação à população deverá:

*“... - objetivar a formação ética para torná-los cômicos de suas obrigações e conhecedores de seus direitos à vida saudável e à cidadania;*

*- ser socializadora das informações, de forma a torná-las acessíveis a todos, construindo com elas o pensamento crítico, possibilitando-lhes o desenvolvimento da capacidade de análise de suas realidades;*

*- ser estimuladora da criatividade da população na busca de novos caminhos e novas soluções, que possam impedir que a saúde seja considerada como adaptação às situações de risco em que os homens vivem;*

*- analisar a realidade para o conhecimento dos fatores que determinam os conflitos existentes na totalidade social e detectar situações estruturais que estão interferindo na saúde da população...”*  
(1992, p.20)

Com base nestes objetivos, buscou-se, hoje, tornar a educação em saúde um programa que viabilize, o que determinam-se através dos discursos que preconizam o direito do homem à cidadania. Há uma série de estudos que

buscam este caminho, porém a indefinição de papéis dos profissionais que atuam na área de saúde escolar, a falta de política voltada para as reais necessidades do escolar e de seu contexto social, bem como a não reestruturação das instituições sociais, no sentido de unir seus serviços e, principalmente, a forma como os currículos, programas, leis e pareceres têm considerado tal questão, entre outras, deixam a população à mercê de ações que não consegue superar o discurso da sala de aula com pouca repercussão prática, já que não refletem o cotidiano dos alunos.

De interesse entre os muitos aspectos que circundam a prática da educação em saúde do escolar é saber-se como a formação dos professores ao longo da sua história tem contribuído ou não para a prática em sala de aula. Para tanto, é necessário ver como as questões de saúde do escolar foram tratadas nos currículos de formação de professores das séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>), através das indicações normativas (determinações legais) das disciplinas no currículo, observando-se suas relações históricas e políticas, bem como os estudos referentes à educação em saúde e a forma com que estes estudos são tratados nas reformulações dos currículos.

Numa visão menos aprofundada do assunto, parece que o desinteresse e a falta de um discurso mais progressista sejam as causas do insucesso dos professores para trabalharem com educação em saúde. Sabe-se que o discurso

por si só não modifica a prática, e que, sem infra-estrutura que viabilize a prática destes professores, não há como ocorrerem mudanças pedagógicas.

As práticas de educação e os problemas de saúde do escolar têm, desde o seu início, sido usadas ora para justificar o fracasso escolar, ora para diminuir o problema da ignorância familiar, ora para resolver ou abafar os problemas da própria educação e dos métodos e instrumentos de ensino utilizados na escola. Visão errônea implantada desde o início das atividades educativas em saúde na escola. Porém, conforme veremos, à medida que se resgata um pouco da história dos cursos de formação de professores das séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>), observa-se que estes tiveram papel de suma importância na educação em saúde do escolar. Tal importância é percebida desde o início do século XX, com a inserção dos médicos sanitaristas na escola e, mais tarde, dos educadores sanitários escolhidos entre professores das séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>) que recebiam treinamento específico para exercer estas atividades. Além disso, foi, no seio da Escola Normal, que as atividades de educação em saúde encontraram campo fértil para sua propagação com a introdução de disciplinas como “Puericultura” e “Higiene”. Para melhor compreensão das colocações acima, far-se-á uma revisão mais minuciosa de como a educação em saúde foi sendo implantada nas escolas.

Em 1850, aparecem as primeiras propostas em relação à saúde nas escolas, por interferência do Estado brasileiro, que buscava o controle das epidemias que se disseminavam, na época, face às condições insalubres de vida da maioria da população brasileira. Essas propostas que objetivaram apenas a fiscalização do ambiente escolar, assim como de outros lugares, por serem ineficientes e não trazerem consigo medidas que propusessem mudanças significativas no estilo e na qualidade de vida da população, pouco contribuíram para minimizar os problemas de saúde.

O Decreto 1311 de 17 de fevereiro de 1859 inclui estudos de “Ciências”, enfatizando os “princípios gerais e mais aplicáveis aos cursos da vida” nas escolas de 1º e 2º graus (fundamental e médio, nos termos da nova Constituição).

Em 19 de abril, o Decreto 7247/1879 indica “Noções de Coisas” para as escolas primárias de “1º grau e para as escolas de 2º grau o ensino de “principais aplicações aos usos de vida”.

Segundo RANGEL (1992) o programa de “Noções de Coisas” ou “Lições de Coisas”, do Estado de Minas Gerais e de São Paulo, incluía assuntos como informações sobre a família, casa e escola e estudos referentes à ciências ou seja, estudos de animais, plantas, clima, vestuário e higiene. Estas questões passam também a ser tratadas nas demais disciplinas não só em nível

de 1º grau, como também de 2º, havendo pouca alteração quanto ao tratamento das disciplinas que apenas mudam a nomenclatura, porém não modificam o caráter superficial na forma como são tratados os problemas de saúde.

O Decreto nº 981, de 08 de novembro de 1890, coloca para as escolas primárias de “2º grau” a disciplina de “Elementos de Ciências Physicas e História Natural, aplicáveis às indústrias, à agricultura e à higiene” e para as escolas primárias de “1º grau”, “Lições de Coisas” e “Noções concretas de Ciências Physicas e História Natural”. Percebe-se que há um enfoque neste Parecer, voltado para o aspecto físico ou orgânico da saúde e também a preocupação no preparo do homem para o mercado de trabalho, como também este Parecer inclui a higiene a ser tratada como tema nas escolas primárias, o que indica, possivelmente, uma primeira tentativa de tratar tais questões nas escolas.

Em 1890, segundo LIMA (1985) o discurso médico passa a valorizar a inspeção médica dos alunos, objetivando a proteção higiênica das crianças. Nas instituições privadas, passa a ser elaborada uma ficha de atendimento para os alunos, a partir de 1911.

No final do século XIX, Pasteur descobre a bactéria, iniciando a “era pasteuriana” ou “Revolução Bacteriológica”, forçando, assim, mudanças em relação ao conceito de doença que passa a ser vista como uma conquista

individual, onde os pressupostos sobre higiene são amplamente discutidos e trazidos para o ambiente social, moral, político, familiar, sexual, trabalho e ao ambiente físico.

Fazendo uma retrospectiva histórica do modo como a higiene escolar passou a ser focalizada nos currículos escolares, vê-se que é somente a partir de 1900, tendo como referencial as sociedades européias e norte-americanas que ela começa a ser discutida com maior ênfase no Brasil, sendo institucionalizada em 1910. Embora já existissem, no Brasil, escolas normais, especialmente criadas para a formação de professores, o ensino de puericultura e higiene, nestas escolas, só foi implantado neste período. A primeira dessas escolas foi criada em 1833, na cidade de Niterói - Rio de Janeiro. (AZEVEDO, 1976)

*“... As altas taxas de morbi-mortalidade, sempre mais alta no meio operário, passaram a ser encaradas como de responsabilidade das famílias operárias, e a classe dominante passou a ter uma nova tarefa humanitária e filantrópica - educar, esclarecer, civilizar enfim “novos bárbaros” cuja ignorância e incúria seria a própria causa de sua vitimação ... “. (LIMA, 1985, p.85)*

Foi com este sentido que os textos de puericultura destinados às mães passaram a ser ensinados nas escolas, nas entidades filantrópicas e,

naturalmente, nos serviços médicos que postulavam regras de viver para o alcance da saúde.

*“... A saúde escolar ou, mais propriamente, a higiene escolar da época, deu-se na intersecção de três doutrinas: a da polícia médica, pela inspeção das condições de saúde dos envolvidos com o ensino; a dos sanitarismo, pela prescrição a respeito da salubridade dos locais de ensino; a da puericultura, pela difusão de regras de viver para professores e alunos e interferência em favor de uma pedagogia mais “fisiológica”, isto é, mais adequada aos corpos escolares aos quais se aplicassem ...”. (LIMA, 1985, p.85)*

BASILE (1920) afirma que, no final da década de 1910, Arnaldo Vieira Carvalho iniciou um curso de Higiene e Puericultura para professores, no Instituto de Higiene e um curso de Higiene Escolar para médicos. Este último se referia à cadeira de Higiene da Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo, objetivando:

*“... Ampliar e desenvolver o ensino de higiene escolar e da inspeção médica, para conseguir o tratamento das crianças nas escolas (...). Preparar os alunos da Faculdade de Medicina que desejarem especializar-se para o exercício de médicos escolares (...). Habilitar as enfermeiras escolares, cujo serviço é hoje reconhecido e indispensável...”. (BASILE, 1920, p. 105 e 106)*

O Decreto 3660 de 05 de abril de 1911 indica para o ensino secundário as “Noções de hygiene”. Este reforça a necessidade do ensino de higiene escolar no ensino secundário. Entre as ações práticas originadas deste ensino

registra-se, em 1917, a criação de um boletim sanitário, usado para comunicação com os pais. Aos professores cabia o preenchimento de uma ficha antropométrica da qual constavam os seguintes dados sobre o aluno: inteligência, memória e comportamento.

A partir de 1919, é criada, oficialmente, a educação sanitária e o debate higienista propõe medidas preventivas através de imunização e cuidados individuais a fim de educar individualmente as pessoas. O enfoque principal é a criança, pois o adulto, devido a sua maturidade física, era visto como educado. Com base nestas afirmações, a educação sanitária passa a fazer parte do currículo e programas de ensino. O sanitarismo passa, então, a ocupar o lugar do movimento higienista, com uma base mais científica e técnica, fruto das modificações ocorridas a partir da “era pasteuriana”. Segundo LIMA, (1985) o movimento higienista é introduzido no Brasil nos anos 20, juntamente com o movimento pela Escola Nova, isto por que a luta pelo ensino universal e gratuito se somou à luta pela universalização dos centros de saúde e de serviços preventivos, ambos assumidos pelo Estado.

O movimento da Escola Nova e a reformulação da educação popular, na década de 20, faz com que a higiene escolar inicie seu melhor período, principalmente com os trabalhos de MONCORVO FILHO (1911) e de FERREIRA (1909) que pregavam a criação de uma geração perfeita no físico e

no moral, ligadas ao projeto de unificação, progresso e grandezas nacionais. De acordo com XAVIER (1992), os escolanovistas concebem a escola como instituição social e, como tal, devem oferecer elementos à consecução dos fins sociais. Com esta filosofia, a saúde passaria a ocupar um espaço maior em sala de aula, assumindo uma postura menos coercitiva. Debater, argumentar e aprender são formas de trazer e trabalhar os problemas sociais para dentro da escola, mas isso acabou não acontecendo, na prática, nem mesmo nas camadas sociais mais elitizadas.

A reforma da Escola Normal acentua a importância das chamadas ciências fontes da educação que introduziram mudanças significativas na escola primária, entre elas, a expansão do ensino primário. Tal reforma ocorreu mais no sentido de profissionalização, incluindo disciplinas como: Anatomia, Fisiologia Humana, História da Educação, Sociologia e Psicologia. LIMA (1985) destaca que a Psicologia serviu como um elo de ligação entre os movimentos da Escola Nova e os de Puericultura e Higiene Escolar.

Em 1921, Franz Anton Mai lança, no Brasil, a primeira proposta do trabalho com a saúde nas escolas, sugerindo a presença de um oficial de saúde, a fim de atuar, especificamente, com o escolar. Tais propostas baseavam-se na obra de Johan Peter, que fez um detalhamento sobre o atendimento ao escolar e à supervisão das Instituições Educacionais, dispondo sobre:

*“... a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programa de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação da sala de aula...”. (LIMA, 1985, p.80)*

Esta proposta encontra no Brasil campo fértil para sua instalação, não só no meio político como na educação e na saúde, pois eram consoantes com os discursos da época. Na saúde, a proposta do eugenismo pregava a limpeza e a pureza da raça; na educação, condiziam com as propostas educacionais, delimitados pela autoridade superior, pela ordem e disciplina e através da coerção. Observa-se que a preocupação era restrita ao espaço físico da escola e à robustez física. Desvinculados das reais condições de saúde do homem brasileiro, acreditavam que este espaço limpo e higienizado por si só iria contribuir para melhorar as condições de saúde dos alunos favorecendo, assim, a aprendizagem e a formação de um novo homem produtivo.

Em 1925, é criado o curso de formação de educadores sanitários que deveriam orientar os professores primários nas questões referentes à saúde do escolar e ao ambiente da escola. Os educadores sanitários eram selecionados entre professores primários, estes junto com as enfermeiras visitadoras e os médicos procuravam introduzir o ideário do exercício da higiene nas escolas.

As escolas primárias receberam atenção especial em relação à educação em saúde neste período, pois, tanto o discurso dos higienistas, como dos

educadores professavam a tese de que o momento ideal para a aquisição de hábitos salutareos de saúde era a entrada da criança na escola, o que para LIMA (1985) reforçava a visão da corrupção da criança pela ignorância familiar a respeito de saúde, o que deveria ser corrigido pela educação e higiene, impondo à escola uma nova função que é a de agente terapêutico, responsável também pela cura das doenças.

A pedagogia da Escola Nova não consegue atender aos interesses de toda a sociedade, mas, em relação à saúde do escolar um dos aspectos que, notadamente, destacou-se foi a introdução do ensino de saúde nas escolas ministrados, na época, pelos educadores sanitários e pelos professores, bem como a preocupação em torná-lo mais próximo da realidade dos alunos.

A educação em saúde, neste período, é restrita à escola e aos centros de saúde e campanhas sanitárias. Estes eram subordinados ao Ministério de Educação e Saúde Pública.

Em relação às modificações ocorridas nesse período e aos movimentos no interior da escola, relativos, especificamente, à saúde do escolar, pode-se constatar que a escola é reconhecida pela população como instituição social necessária ao seu desenvolvimento, devendo assumir assim seu papel dentro das questões de saúde. Tal fato ocorreu mais por ingerências políticas e pela má estruturação das instituições de saúde do que por reconhecimento de fato, pois

as instituições de saúde nesta época não tinham profissionais suficientes e nem infra-estrutura, passando assim, a usar o espaço físico da escola para realizarem suas atividades. Apesar deste atenuante, não se pode deixar de dizer que a presença dos educadores sanitários na escola tenha sido de todo ruim, principalmente no que se refere à visão errônea que se tinha, anteriormente, de higiene. A higiene, até então, restrita ao espaço físico da escola, cedeu lugar a orientações que buscavam modificar atitudes e comportamentos das crianças através de medidas de prevenção. Além destas alterações concernentes à saúde do escolar, pode-se ainda enumerar outros aspectos, como:

- A ingenuidade dos sanitaristas ao acharem que o trabalho com as crianças era suficiente para alterar os problemas de saúde da população, deixando os adultos fora de seu trabalho educativo, ou seja, achavam, que, ao educar a criança, automaticamente estariam educando os adultos, esquecendo-se de que a criança vivia em uma comunidade com aspectos culturais passados pelos adultos.

- Por outro lado, a visão restrita do problema da saúde e educação, sem relação com outros problemas sociais como a fome, o desemprego, as condições de vida da população restringiam às questões aos indivíduos especificamente e encararam a doença somente através do aspecto biológico.

- Os educadores sanitários, na época, ditavam regras de bem viver apenas às crianças. Não havia trabalho conjunto com professores/sanitaristas/escolas e comunidades.

- Ao colocar a educação em saúde basicamente restrita ao ambiente escolar, ficaram fora milhares de crianças que, na época, não freqüentavam a escola.

Há que se ressaltar ainda que, nas décadas de 20 e de 30, o impulso da educação em saúde do escolar deveu-se, principalmente, a política educacional instituída nestes períodos que se inscrevia no do projeto de construção da nacionalidade, CARVALHO (1989) define como sendo um ambicioso projeto de reforma moral e intelectual. A saúde, dentro deste contexto, tem papel fundamental, pois não se poderia educar sem o suporte de ações que viabilizassem a mesma, e, entre os grandes problemas que se contrapunham aos projetos educacionais, um deles, sem dúvida, era a saúde. CARVALHO (1989), citando o higienista Belisário Penna que, ao fazer um inventário das condições de saúde de populações sertanejas, mostra um quadro, no mínimo, estarrecedor. Em seu relato, percebe-se que longe do que se propunha ou se esperava do novo modelo de homem que deveria assumir a tarefa imposta pelo modelo industrial no mercado de trabalho, tinha-se outro homem:

*“3/4 dos brasileiros vegetam miseravelmente nos latifúndios e nas favelas das cidades, pobres párias que, no país do nascimento, perambulam como mendigos estranhos, expatriados na própria pátria, quais aves de arribação de região em região, de cidade em cidade, de fazenda em fazenda, desnutridos, esfarrapados, famintos, ferreteados com a preguiça verminótica, a anemia palustre, as mutilações da lepra, as deformações do bócio endêmico, as devastações da tuberculose, dos males venéreos e da cachaça, a inconsciência da ignorância, a cegueira do tracoma, as podridões da boubá, da leishmaniose, das úlceras fragedêmicas, difundindo sem peias esses males”.* (A Escola Regional) (PENNA, Belisário. citado por CARVALHO, 1989, p.20)

Dentro deste discurso, a Associação Brasileira de Educação (ABE) fundada no Rio de Janeiro, em 1924 por um grupo de intelectuais, buscou, através de Associações de Pais, Semanas da Educação e de outras atividades nas escolas, regenerar o homem brasileiro através da escola. A doença, a ignorância eram, sem dúvida, os freios da educação e da formação de homens produtivos e úteis ao país, e estes tiveram, na ABE, seu foco de atenção principal que buscou organizar as reformas sociais tão necessárias naquele momento. Porém, o outro lado destas reformas mostra já, a partir daí, o real sentido de tais ações pois:

*“... funcionou também como instância de disseminação de um saber sobre o social, de marcada configuração autoritária, em que o povo brasileiro é figurado como matéria informe e plasmável pela ação de uma elite que projetava conformá-lo a seus anseios de Ordem e Progresso..”*(CARVALHO 1989, p.57)

A análise deste período é importante, à medida que o reflexo desta época na educação em saúde do escolar é sentido até os dias de hoje, conforme se observa na continuidade destas considerações.

Em 1930, reforça-se o movimento da higiene nas escolas. A saúde do escolar, a partir de 1938, passa para o Setor de Educação, havendo uma reorganização deste serviço dentro da escola, mas ainda dentro do discursos dos sanitaristas.

A década de 40 é vista como o apogeu da saúde escolar no Brasil, mas o modo pelo qual a saúde do escolar se justificava, as suas propostas eram as mesmas do início do século. Representavam a ideologia oficial não só dos sanitaristas, como também do Estado. No discurso de encerramento do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, em 1941, Adhemar de Barros, então governador de São Paulo, acentuava a necessidade de habituar os cidadãos do futuro a combater, desde a infância, os inimigos do “bem-estar”, salientando a necessidade das novas gerações terem, a um só tempo, a saúde do corpo e do espírito, e assim, participar da grande obra de reconstrução nacional.

Em 1946, foi promulgada a Lei Orgânica do Ensino Primário nº 8529 de 2 de janeiro de 1946, logo após a queda da ditadura de Getúlio Vargas. De interesse para este estudo, salienta-se a indicação normativa, pela primeira vez, de disciplinas ligadas à educação em saúde, tanto no curso primário

elementar (4 anos de duração), com a inclusão da disciplina de “conhecimentos gerais” aplicada à vida social, à educação para a saúde e ao trabalho”; quanto no curso primário complementar com “Ciências Naturais e Higiene”. Cabe salientar também o currículo do curso primário supletivo, destinado à educação de adolescentes e adultos, que não haviam freqüentado regularmente o curso primário. Neste, as questões referentes à educação em saúde eram tratadas na disciplina de “Ciências Naturais e Higiene”.

No curso de preparação de professores a Lei Orgânica de Ensino Normal introduziu modificações significativas. Instituída no mesmo dia da promulgação da Lei Orgânica do Ensino Primário, centralizava diretrizes para as Escolas Normais, além de fixar normas para sua implantação em todo território nacional (Decreto-Lei 8530, de 02 de janeiro de 1946). Colocava como finalidades do Ensino Normal a formação de docentes para atuarem nas escolas primárias, habilitar administradores escolares e propagar conhecimentos referentes à educação infantil. O Curso Normal ficou subdividido em dois níveis: curso de primeiro ciclo que formava regentes de ensino primário, com duração de quatro anos, com o nome de Escolas Normais Regionais. No currículo destes, a disciplina “Higiene” aparece na última série. Enquanto curso de 2º ciclo se destinava à formação de professores primários, com duração de três anos com o nome de Escolas Normais Colegiais, aí a disciplina que tratava as questões de

saúde recebia a denominação de “Higiene, Educação Sanitária e Puericultura”. Em ambos os ciclos permaneciam também as disciplinas de “Anatomia e Fisiologia Humanas”, já implantadas no início deste século.

A Legislação existente que, de certa forma, contribuiu não só para reformular o Ensino Primário como também o Normal em nível nacional, serviu também para normatizar, unificando o tratamento dado à educação em saúde na escola, pois, até então, tais questões eram tratadas de forma diferenciada nos estados brasileiros. A referida legislação mantinha o discurso da época em relação à educação em saúde do escolar. Assim, a década de 40 poderia ser considerada o apogeu da saúde escolar no Brasil, conforme a maioria dos autores, mais por ingerência de seu caráter legal do que por sua atuação que se manteve a mesma do início do século, ou seja, a educação sanitária manteve seu discurso de caráter biológico no que dizia respeito à saúde, pois a análise das questões sociais na compreensão do processo saúde/doença ainda não eram consideradas.

Na década de 70 ocorreram várias reformas nos cursos de formação de professores, principalmente com a promulgação da Lei 5692/71, que fixou as diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus. Em seu artigo 7º, a Lei tornou obrigatória a inclusão de “Programas de Saúde” nas suas grades curriculares. Há, porém, que se considerar o despreparo das instituições em

trabalhar com esta nova realidade, face ao enfoque assistencialista da saúde pelo Estado e instituições transparecido nos discursos dos profissionais da saúde. Discurso este que fragmentava as necessidades da população, ao perceberem apenas corpos doentes, sem relação como o cotidiano e o modo de vida da população.

Em 1972, o Parecer nº 349 do Conselho Federal de Educação, de 06 de abril, com base no capítulo V da lei 5692/71, versa sobre o exercício de Magistério em nível de 1º grau e Habilitação Específica de 2º grau, propondo a duração de três anos para habilitação até a 4ª série e de quatro anos para habilitação até a 6ª série. Em seu currículo mínimo, coloca a disciplina Ciências Físicas e Biológicas, ressaltando a necessidade de enfatizar os problemas de saúde, conjuntamente com os aspectos psicológicos do educando. Apesar de a Lei 5692/71 preconizar o trabalho de educação em saúde do escolar de forma mais participativa com a comunidade, resalta os aspectos biopsicossociais da doença, pode se constatar que o parecer não os considerava no bojo das questões sociais dos educandos, reforçando, assim, os aspectos biologicistas do processo saúde-doença. Na verdade, tal Parecer reproduziu o que na prática ocorria com as atividades de educação em saúde do escolar, bem como a forma como tais questões eram tratadas nos cursos de formação de professores.

A merenda escolar foi um dos projetos estabelecidos neste período, e mais uma vez o problema da saúde do escolar foi visto como sendo decorrente da má função orgânica e da nutrição, conseqüentemente só da falta de alimentos. Os problemas da educação tinham, no problema nutricional, elementos que foram usados (como o atraso do desenvolvimento neurológico) para justificar todos os desmandos da educação.

Em 1974, o Parecer nº 2264/74, do Conselho Federal traçou as diretrizes para o ensino de 1º e 2º graus da disciplina “Programas de Saúde”, colocando-a como uma atividade de todos os momentos, de todas as oportunidades pedagógicas e extra escolares. A ação pedagógica deveria ser feita mais através da ação do que das explicações. Preconizava que ela deveria atuar na melhoria das condições físicas da Escola; ter uma ação no meio social do aluno, voltada para a sua realidade, enfocar problemas de saúde que lhe eram comuns, independente do meio. Deveria se relacionar com as diferentes necessidades do educando e, por último, a educação em saúde deveria estar voltada às necessidades dos mesmos, no sentido de adequar também os programas às instituições, aos recursos e de saber utilizá-los em prol dos alunos. (AZEVEDO, 1979)

Em relação às estratégias para tratar a disciplina “Programas de Saúde”, a Lei 2264/74, indicava que esta deveria ser trabalhada nas disciplinas que

achassem necessário no currículo de 2º grau dos cursos de habilitação ao Magistério ( da 1ª a 4ª série) e nas licenciaturas em Ciências, Estudos Sociais, Educação para o lar e Educação e Educação Física, e nos outros cursos de graduação da área Biomédica. Salientava, ainda a importância dos temas a serem abordados em todas as áreas de estudo, além da de Ciências, e no ensino de 1ª a 4ª série. A professora de classe deveria estar habilitada a desenvolver os programas de saúde. (AZEVEDO, 1979)

O Parecer nº 2264/74 conseguiu privilegiar, dentro de um mesmo discurso, tanto a educação em saúde do escolar, como também as estratégias para formação dos professores da disciplina “Programas de Saúde”, com enfoque mais voltado ao que se preconizava, na época, para a educação em saúde. No entanto, a falta de preparo dos professores para assumirem, na prática, este discurso, bem como a ausência de infra-estrutura nas instituições sociais para apoiarem e trabalhar em conjunto com as escolas, foram e ainda são agravantes para que a proposta deste Parecer se concretizasse. As escolas que tentavam trabalhar com a educação em saúde do escolar mostravam-se alheias ao mundo de seus alunos, haja vista, a dicotomia entre o que se pregava em sala de aula e a realidade do cotidiano de seus alunos. Por outro lado, a metodologia tecnicista que alicerçava os métodos pedagógicos inviabilizavam a aplicação das propostas da presente Lei, que, apesar de aparentar um discurso

mais progressista, os princípios que a orientavam eram também de caráter tecnicista, reforçados pelo ambiente de repressão política da época.

O Parecer nº 4833/75, do Conselho Federal de Educação fixou o núcleo comum e organização curricular em nível de 1º grau, colocando os estudos sobre saúde junto à disciplina de Ciências. Nota-se um reforço ao enfoque biológico das questões de saúde que com o fim do “Milagre Brasileiro”, faz com que tal postura se acentue. Para LIMA (1985) o discurso oficial incorpora a participação comunitária, com o objetivo de aliviar as tensões sociais ocasionadas pelo fim do “milagre brasileiro”.

Em 1977, o Parecer nº 540/77 do Conselho Federal de Educação delinea diretrizes acerca do tratamento aos componentes curriculares previstos no artigo 7º da Lei nº 5692/71.

Em relação aos “Programas de Saúde”, estabelecia que a educação em saúde deveria ser feita mais através da ação do que das explicações buscando, assim, viabilizar programas de promoção à saúde. Percebe-se que as leis, Parecer e discursos oficiais conseguiam manter um inter-relacionamento, porém, a prática destes se tornavam inviáveis face à realidade da sociedade como um todo e do modo como as instituições sociais caminhavam em decorrência das políticas educacionais e de saúde do Estado brasileiro, levando, assim, à má qualidade na formação de profissionais em todos os

setores da sociedade, o que diretamente influenciaria na qualidade da prestação do serviço das instituições.

O Parecer 540/77 estabeleceu ainda que os componentes determinados pela Lei 5692/71 deviam ser tratados como “elementos educativos” e correlacionar-se a outras disciplinas em especial Ciências, Estudos Sociais e Educação Física. Reforçava ainda, a necessidade de direcionar os conteúdos ou temas, através de orientações adequadas, à promoção da saúde e à prevenção da doença.

Há que se ressaltar aspectos do referido Parecer, que procuram resgatar os discursos sobre saúde do escolar em uma concepção mais abrangente, entre eles: o trabalho interdisciplinar dos temas abordados e, principalmente, o enfoque dado ao tratamento dos conteúdos em termos de promoção da saúde e prevenção da doença, abrindo espaço de forma indireta para que as questões sociais também fossem vislumbradas. Este, sem dúvida, representou, em termos legais, um avanço que se tivesse sido colocado em prática, tal qual preconizado em suas determinações, teria representado um marco para a saúde do escolar. Porém as Leis e Pareceres desta época esbarravam na sua viabilização face às dificuldades dos profissionais da época em interpretá-las e colocá-las em prática. A defasagem entre o legal (leis) e o real (condição dos profissionais e

da população) era, e ainda hoje é, fatores que têm contribuído para a não consolidação de propostas desta natureza.

Em 1986, redefine-se, através do Parecer 47/86, do Conselho Federal de Educação, o que se pretendia por Programa de Saúde como sendo algo mais abrangente que uma disciplina, contemplando-a como ação educativa, envolvendo diversas atividades escolares em diferentes momentos, e que deve ser desenvolvida em cada oportunidade de modo a aproveitar os conteúdos curriculares e situações propícias. BOGUS (et alii, 1990)

As modificações nos discursos oficiais da educação em Saúde do escolar acompanharam, neste período, o novo enfoque dado à saúde, preconizado na VIII Conferência Nacional de Saúde do mesmo ano, (1987), fruto de uma nova postura que, tanto os profissionais de saúde como os de educação e demais segmentos da sociedade passam a assumir. Porém, entre a filosofia e a postura e tratamento que se esperava para que estas modificações ocorressem, há uma série de dificuldades a se transpor. Uma delas, sem dúvida, é a desestruturação das instituições da saúde e educação sofridas ao longo de nossa história por falta de identidade entre as políticas governamentais e as necessidades da população.

Outro aspecto que as leis até agora não conseguiram especificar e colocar em prática, é como esta nova postura será trabalhada com os professores que já

estão lecionando, tanto em nível de 1ª a 4ª série, como nos cursos profissionalizantes de magistério. É importante que tais questões sejam tratadas com maior seriedade, tanto pela secretarias municipais de saúde e de educação, como pelas secretarias estaduais, pois o que se tem observado, na prática, é que os cursos de “aperfeiçoamento de educação em saúde do escolar” continuam enfatizando os aspectos biológicos do processo saúde/doença, sem relacioná-los no contexto global da sociedade, e sem avaliá-los no complexo de multicasualidade que os circundam.

Em 1987, o Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina dispõe sobre a implantação das unidades de 1º e 2º graus do Sistema Estadual de Educação, através da Resolução 021/87, conforme disposições introduzidas no Núcleo Comum pela Resolução nº 06/96 do Conselho Federal de Educação. A Resolução 021/87 em relação ao artigo 7º da lei 5692/71 estabelece que seus componentes curriculares receberão o seguinte tratamento:

*“... A- as disciplinas Educação Moral e Cívica e Educação Artística deverão ser ministradas como disciplinas próprias;  
B- Educação Física terá tratamento próprio em obediência à legislação que a rege;  
C- o ensino religioso é obrigatório nos currículos dos estabelecimentos oficiais e de matrícula facultativa para os alunos;  
D- a disciplina Programa de Saúde poderá ser tratada integralmente com Ciência ou como disciplina própria...”.*  
(CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO, 1987, p. 02)

Fica evidente, nesta Resolução, o que se vem afirmando nas análises anteriores em relação à dicotomia entre os discursos oficiais na área de saúde e educação e as resoluções, pareceres e leis vigentes. Como exigir dos professores uma postura crítica, voltada para a realidade concreta dos alunos, se as leis que contemplam sua formação estão totalmente desvinculadas desta realidade ?...

Em 1987, o Parecer nº 374/87 do Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina tece algumas considerações sobre a Resolução 06/86 do CFE na reorientação dos currículos das escolas catarinenses e coloca a grade curricular que passa a entrar em vigor no ensino de 2º grau:

*“... I - Núcleo comum:*

- Língua Portuguesa*
- Matemática*
- Língua Estrangeira Moderna*
- Geografia*
- História*
- Organização Social e Política do Brasil*
- Física*
- Química*
- Biologia (mais Programas de Saúde)*

*II - Exigem-se também (Artigo 7º da Lei 5692/71)*

- Educação Física*
- Educação Artística*
- Educação Moral e Cívica*
- Ensino Religioso (obrigatório para os estabelecimentos oficiais e facultativo para os alunos)*

*III - Preparação para o trabalho - é obrigatório em todas as séries...". (CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO, 1987, s/p.)*

No Parecer 374/87, ainda há o enfoque da teoria tecnicista com a compartimentalização do currículo por disciplinas que, ao fragmentar o conhecimento, impede uma análise da totalidade histórica das questões nas quais se inserem a Educação e a Saúde. Em relação à educação em Saúde, ao colocar a disciplina Programas de Saúde juntamente com a Biologia, como complemento desta, prioriza, mais uma vez, o caráter biológico do processo saúde/doença. Por outro lado, o termo Programa de Saúde refere-se, especificamente a este, e não à educação em saúde de forma global. Não que os mesmos não possam ter uma ação educativa e não façam parte desta, mas entendemos que educação em saúde do escolar não poderá se restringir a uma ação específica. Ela deverá habilitar os futuros educadores a reconhecer, no cotidiano escolar, as necessidades e interesses de seus alunos e da comunidade, utilizando tais necessidades e interesses como referencial para elaborarem, juntos, um saber constituinte de uma nova realidade, que possibilite uma ação transformadora. Ninguém é melhor que o aluno e a comunidade para reconhecer suas necessidades e carências, pois são suas condições de vida que qualificam, de forma diferenciada, a maneira pela qual percebem, sentem e

agem dentro de seu contexto como ser total. Saúde e doença exprimem uma relação que não é só biológica, mas também sociológica e cultural.

Por outro lado, a não-abordagem da educação em saúde do escolar de forma interdisciplinar impede que os objetivos propostos nos atuais discursos da educação e da saúde tenham condições de se efetivarem. OLIVEIRA & SILVA (1990), no estudo sobre a formação de professores, reforçam esta argumentação, exemplificando como alguns temas sobre educação em saúde poderiam ser tratados nas mais diferentes disciplinas:

*“... assunto relacionados à saúde, como alimentação, ambiente, sexualidade, poderiam ser objeto de atividades desenvolvidas em Estudos Sociais, Ciências, Comunicação e Expressão, Educação Artística, etc, favorecendo-se a compreensão global dos problemas vividos pela comunidade...”*.(OLIVEIRA & SILVA, 1990, p. 17)

Em 1990, o Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina, reelabora uma nova proposta de reorientação dos Cursos de Magistério do 1º grau - 1ª à 4ª série através do Parecer nº 201/90, aprovado em 11/09/1990, com base em três objetivos:

*“... A- Implantar uma nova proposta curricular com a duração de 4 anos, alcançando 3.600 h/a para os cursos diurnos e 3.456 h/a para os cursos noturnos.*

*B- Reorganizar os conteúdos das disciplinas que visam à aquisição de conhecimentos necessários tendo em vista as mudanças que se operam na sociedade.*

*C- Promover a melhoria qualitativa de ensino das séries do 1º grau, formando para o mercado de trabalho, profissionais mais competentes ...”. (CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA, 1990, p.01)*

Com base nestes pressupostos, o Conselho Estadual de Educação de Santa Catarina propõe grade curricular a ser seguida pelas escolas, com habilitação em Magistério do 1º grau - 1ª a 4ª série. As disciplinas referentes à saúde aparecem em “Fundamentos da Educação sob os aspectos Biológicos, Psicológicos, Sociológicos, Histórico e Filosófico” e os aspectos Biológicos passam a ser tratados em “Biologia e Programa de Saúde”.

Não há pretensão, neste estudo de se fazer uma análise aprofundada dos currículos de preparação para professores do Magistério do 1º grau - 1ª a 4ª série. Por este motivo, analisar-se-á apenas como as questões referentes à Educação em Saúde estão sendo tratadas atualmente nestes currículos.

Conforme se constata, a atual grade curricular coloca Programas de Saúde condicionado à disciplina de Biologia, mantendo, assim, uma visão organicista da saúde, privilegiando apenas o corpo sadio, pautando-se em perspectivas biológicas, sem analisar os fatores psicológicos, sociais e culturais do contexto do educando. RANGEL (1992) reforça tal colocação em sua análise sobre a educação para a saúde no Currículo da Escola Básica, dizendo que os estudos

sobre saúde têm historicamente se apresentado no Currículo, junto de estudos afetos ao “campo” ou “área” de ciências.

A compartimentação do currículo, sem dúvida, dificulta a compreensão do contexto em que a educação em saúde se insere. Observa-se também incoerência entre os currículos de formação de professores e o que recomendam as leis referentes a esta questão.

Continua-se a reeditar propostas curriculares que visam apenas reagrupar conteúdos, sem analisar sua inferência dentro das estruturas sócio-políticas e econômicas.

Percebe-se, ainda, o enfoque tecnicista da saúde, dissociado de uma abordagem interdisciplinar da problemática educacional, ao ser proposta a inserção de “Programas de Saúde” com tema isolado na disciplina de Biologia, exacerbando o modelo médico, biologicista, no qual a educação em saúde tem por objetivos mudar atitudes e comportamentos que são maléficos à saúde, normatizados pela ordem médica. O corpo é visto como estrutura anátomo-fisiológica de forma fragmentada e parcelada, determinando o que a medicina indica como normal ou patológico, obter efeitos específicos ou normalizadores, influenciados ainda por práticas assistencialistas e de manutenção de ordem vigente.

Além dos fatores já mencionados em relação à forma como os currículos procuram tratar a educação em saúde do escolar, salienta-se, ainda, o detalhamento das leis que precedem os pareceres, decreto e leis orgânicas à nível estadual e municipal, que à mercê da vontade política de seus governantes e de indivíduos que apenas preenchem cargos políticos sem conhecimento muitas vezes da sua área de atuação, e da realidade vivenciada pela população a que se destinam, delineiam programas e currículos que muito pouco têm contribuído para melhorar a formação dos professores. Por outro lado, é emergente a reestruturação de cursos de capacitação e atualização dos professores, pois, professores que em alguns estados, tiveram acesso a currículos de formação melhores também apresentam, dificuldades para tratarem determinados temas ou disciplinas dentro de uma realidade diferenciada daquela de seu curso de formação.

TEMPORINI (1992) verificou, em seu estudo sobre a conduta e opinião dos professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo, sobre saúde escolar, que, mais da metade dos respondentes, nunca haviam recebido treinamento sobre educação em saúde. Outros autores também reforçam a necessidade constante de aperfeiçoamento destes professores, enfatizando que:

*“... A capacitação do professor seja em Cursos de Graduação, seja nos de aperfeiçoamento de Especialização ou de Extensão deve ser preocupação constantes dos órgãos responsáveis. A manutenção e*

*aperfeiçoamento desses cursos, por meio da Educação Continuada permitirão o constante crescimento do professor e dos profissionais de saúde escolar... “(FOCESI, 1992, p.138).*

Para GATTI (et alli, 1977), os problemas que têm determinado uma formação inadequada destes profissionais são principalmente o baixo nível cultural e intelectual, (falta de hábitos de leituras e pesquisa, não dispo de domínio sobre a Língua Portuguesa entre outros fatores). Refletindo acerca da formação do professor para trabalhar “educação em saúde”, podemos afirmar que, se problemas tão fundamentais ainda permeiam os cursos de formação de professores em nível de Magistério, como podemos exigir que os mesmos tenham uma visão globalizada dos problemas da educação em saúde?

A compreensão limitada da educação em saúde do escolar, por parte dos professores, merece, sem dúvida, maior atenção, principalmente por que criamos, aqui, uma circularidade de causa e efeito que não permite soluções, que torna impossível a busca de um caminho viável para que se criem propostas exequíveis no campo de atuação da saúde do escolar. O mesmo ocorre, quando responsabilizamos o problema de saúde da criança através da ignorância dos pais, onde muda-se o “locus” de atenção, mas se mantém o desvínculo desta problemática no contexto das relações sócio-econômico-políticas e culturais.

Novamente, usa-se o indivíduo para justificar um erro que é de toda uma estrutura social e política desarticulada e com interesses contraditórios aos da realidade da nossa população, criando uma circularidade de análise equivocadas, que, ingenuamente, são assimiladas pelos professores e comunidade, sem questionar a estrutura maior que controla e manipula todos os segmentos da sociedade. Como então exigir que estes professores assimilem propostas e trabalhos de que se quer ouvirem falar ? Não se tem argumentos que justifiquem o não-compromisso com a preparação destes professores, porque, na verdade, nós, como educadores, e fazendo parte deste contexto também somos responsáveis. Cabe a todos os educadores, de alguma forma, ajudar na preparação desses futuros educadores. Não basta virar às costas e justificar tal omissão, através de leis, pareceres e resoluções que não têm conseguido contemplar, de forma coerente e justa, as mudanças exigidas para que se conquiste a cidadania. Um dos caminhos para esta conquista é, sem dúvida, o compromisso de se levar não só para os cursos oficiais de preparação dos professores, como também para os de atualização, uma reflexão séria e crítica acerca dos aspectos legais que contemplam a formação de professores, contextualizando-a dentro dos aspectos sócio-econômico-políticos e culturais, buscando identificar os condicionantes estruturais dentro de um complexo de multicasualidades que se interagem, objetivando a superação da visão

tradicional de saúde, (como biológica e individualizante) e assim contribuir no sentido de melhorar as condições de vida da população, de modo que a saúde e educação sejam vistas em seu sentido mais universal, uma expressão da cidadania.

Para uma maior compreensão do modo como o professor desenvolve seu trabalho em educação em saúde, elaborou-se este estudo. Antes, no entanto, abordar-se-á o curso de Pedagogia da Universidade do Vale do Itajaí (UNIVALI) e nele a formação do professor para trabalhar com “educação em saúde” nesta cidade. A Faculdade de Filosofia, Ciências e Letras do Vale do Itajaí, criada em 1964 e reconhecida em 1973 pelo Decreto Federal nº 71650/73, iniciou suas atividades com os cursos de Pedagogia, História, Geografia e Letras. Hoje, além destes cursos, desenvolve o curso de Pedagogia. A partir do 4º período, após as disciplinas do tronco comum, oferece aos alunos a opção para seguintes habilitações: Educação Pré-Escolar, Magistério das Disciplinas Pedagógicas e Séries Iniciais. A partir do 8º período, as habilitação em Administração Escolar, Orientação Educacional e Supervisão Escolar, cujo pré-requisito para ingresso nelas é ser formado em Pedagogia, com habilitação em Magistério, nas disciplinas pedagógicas (estas de interesse para o presente estudo).

O currículo pleno do curso de Pedagogia tem sua estrutura curricular orientada pela Resolução nº 02/09/69 CEF, que fixa os mínimos de conteúdo e duração do curso de Pedagogia. A habilitação “Magistério das Séries Iniciais”, criada no primeiro semestre de 1991, com a primeira turma concluindo o curso no 2º semestre de 1992, nasceu da necessidade da comunidade da microrregião de Itajaí e teve seu reconhecimento publicado no Diário Oficial da União em 29/10/93, pelo Parecer nº 1553.

A Lei 5540/68, além de possibilitar habilitações no setor pedagógico, com validade nacional, sujeitas a currículo e duração mínimos fixados pelo Conselho Federal de Educação, afirma, em seu artigo 26, que outras especialidades poderão ser criadas pelas universidades e estabelecimentos isolados “para atender às exigência de sua programação específica e fazer face a peculiaridade do mercado de trabalho regional”.

O Parecer 251/62 fixa o currículo mínimo e a duração do curso de Pedagogia. Logo após, o Parecer 252/69 do Conselho Federal de Educação faz uma revisão dos currículos mínimos e duração a serem observados nos cursos superiores. Para a parte comum, indica as seguintes matérias: Sociologia Geral, Sociologia da Educação, Psicologia da Educação, História da Educação, Filosofia da Educação e Didática. Abre ainda, espaço para criação de outras habilitações quer pelas instituições de ensino superior ou pela combinação dos

dois níveis. Entre as disciplinas previstas no Parecer 252/69, a de “Higiene Escolar” é que procura contemplar as questões referentes à educação em saúde do escolar. Este espaço para higiene escolar procura auxiliar a formação dos professores para tratarem a temática de educação em saúde nas escolas.

A Resolução nº 02, de 12 de maio de 1969, do Conselho Federal de Educação é a que atualmente fixa os mínimos de conteúdos e duração do curso de Pedagogia com base no Parecer 252/69 do CFE. No artigo 2º, estabelece currículo mínimo para o curso de Pedagogia nas habilitações e outra parte diversificada para as habilitações específicas. A parte comum passa a abranger as disciplinas: Sociologia Geral, Sociologia da Educação, Psicologia da Educação, História da Educação, Filosofia da Educação e Didática. Nas disciplinas da parte diversificada não consta matéria ligada à educação em saúde do escolar.

O artigo 4º coloca a duração mínima do Curso de Pedagogia, o mesmo previsto pelo Parecer 252/69. Com base nesta legislação é que a Habilitação em Magistério das Séries Iniciais do Curso de Pedagogia da UNIVALI foi

criado. Na parte comum deste as questões de saúde do escolar são tratadas em Biologia, Higiene e Programa de Saúde I e II.

### PARTE COMUM

DISCIPLINAS	CH	CRÉDITO
01. Língua Portuguesa I, II	120	08
02. Metodologia Científica	060	04
03. Sociologia Geral	060	04
04. História da Educação, I, II, III	180	12
05. Filosofia da Educação, I, II, III	180	12
06. E.P.B. I, II	060	04
07. Educação Física I, II	060	04
08. Estrutura e Funcionamento de Ensino de 1º e 2º Graus, I, II, III	180	12
09. Psicologia da Educação, I, II	120	08
10. <u>Biologia, Higiene e Programa de Saúde I e II</u> *	060	04
11. Sociologia da Educação I, II	120	08
12. Didática I, II	120	08
13. Currículo e Interdisciplinaridade	060	04
TOTAL	1.440	96

\* O grifo é nosso, para destacar a área específica que é o objeto do presente estudo.

Na parte diversificada, não há referência sobre a educação em saúde, Higiene Escolar ou qualquer outra disciplina que pressuponha a formação mais específica do professor nas questões referentes à educação em saúde do escolar.

Em relação à habilitação do curso de Pedagogia em Magistério das Séries Iniciais, o currículo proposto mantém os mesmos aspectos mecanicistas sobre as questões de saúde. Encontramos nos currículos de magistério em nível de 2º grau, Biologia incorporada à Higiene e Programa de Saúde. Não aprofundamos esta análise, porque nosso objetivo é que, a partir das considerações até aqui levantadas, tenhamos subsídios gerais para que se possa analisar e justificar esta pesquisa, cuja principal meta é verificar como o professor de Séries Iniciais 1ª a 4ª série compreende, vê, seu trabalho em sala de aula nas questões de saúde de seus educandos. Pretende-se, ao tentar captar a compreensão dos professores quanto ao trabalho que realizam em educação em saúde em sala de aula, entender o sentido que as suas ações contêm e não apenas perceber o aspecto exterior dessas mesmas ações. (WEBER, 1989, p. VIII e IX).

Os problemas com relação à formação destes professores têm sua origem não só na forma como as leis e decretos os contemplam, mas, principalmente, na forma como os conteúdos e a transmissão de um saber específico se dá nas

instituições que os formam, refletindo na prática dos mesmos. SARAIVA (1984) chama a atenção em relação ao vezo que existe quando se debitam os problemas da educação em saúde apenas à legislação, esquecendo-se de que a aplicação prática desta depende, entre outros fatores, de uma operacionalização correta, de uma administração eficiente, de aplicação correta dos recursos financeiros, de seriedade, de preocupação com a promoção social e de posturas políticas corretas e não de politicagem.

Os cursos de formação de professores têm se orientado mais para a reprodução de um conhecimento tido como relevante, levando os professores a repetirem, em sala de aula, um conteúdo ainda mais limitado, com procedimentos derivados do senso comum. Conforme pesquisa desenvolvida por GATTI & BERNARDES (1977) sobre a avaliação das habilidades dos concluintes de cursos de formação de professores em nível de 2º grau, os alunos pesquisados eram incapazes de selecionar e estabelecer prioridades de conteúdo para o 1º grau, não conseguindo escolher procedimentos adequados ao ensino das crianças em diferentes níveis de desenvolvimento e não sabiam lidar com eventuais dificuldades de aprendizagem. Os futuros professores não só não dominavam os conhecimentos profissionais básicos de sua área, como também apresentavam dificuldades em aplicar seus conhecimentos para o

cotidiano da sala de aula. O processo de trabalho é reduzido ao instrumento e este reduzido à técnicas e recursos operacionais, com fim em si mesmos.

O descompromisso nos mais diferentes segmentos com os alunos da escola fundamental tem contribuído para a manutenção de um sistema de educação básica ineficiente, somando-se à insuficiente formação do professor.

Há que se ressaltar que existem problemas em nível de formação de professores que são emergentes, prioritários e relevantes como entender as ligações que se estabelecem entre a escola e demais instituições sociais, saber trabalhar com as crianças provenientes de diferentes classes sociais, saber trabalhar os conteúdos de forma que futuros profissionais saibam aplicá-los à realidade em que vivem e na qual vão trabalhar, bem como saber usar o método ou o instrumento pedagógico como forma de permitir experiências educativas mais participativas ou criativas baseadas em suas vivências e na dos alunos a fim de possibilitarem a ultrapassagem do cotidiano escolar.

Em relação à Educação em Saúde do Escolar, é oportuna a observação de OLIVEIRA & SILVA (1990) que reflete o pensamento atual, de como esta deveria ser trabalhada nos cursos de formação de professores.

*“... caberia sim, na formação do educador que entendemos como processo permanente, desenvolver-se a competência profissional que o habilitará a reconhecer no cotidiano pedagógico as necessidades e interesses de seus alunos. Visando a promoção da saúde, esses subsídios seriam considerados naturalmente na ação*

*educativa, em uma abordagem interdisciplinar...”.*  
(OLIVEIRA & SILVA, 1990, p. 16 e 17)

A abordagem interdisciplinar das questões referentes à educação em saúde não só nos cursos de formação de professores como também nas Séries Iniciais ( 1ª - 4ª série) permitirá uma visão menos fragmentada dos problemas de educação em saúde do escolar. Para o aluno a visão que se pretende atualmente acerca da educação em saúde dentro do contexto das relações sócio-econômico-políticas e culturais torna-se impraticável, quando, em sala de aula esta se restringe a momentos parcimoniosamente delineados por seus currículos, onde as escolas e professores decidem a ocasião mais oportuna ou importante para que as questões sociais sejam trabalhadas em sala de aula.

BOGUS (et alii, 1990) ressalta que há que se considerar, ainda, a necessidade de uma reformulação, tanto em nível curricular como também quanto aos objetivos e estratégias metodológicas dos cursos de formação de professores, pois a estes futuros profissionais - professores de 1ª a 4ª séries do 1º grau - também não foram oferecidas oportunidades de discutir a respeito de saúde e sua importância.

*“... Eles próprios acabam, em sua atuação, reproduzindo o modelo que vivenciaram em sua formação escolar...”.* (BOGUS, et alii, 1990, p. 16)

As propostas que buscam a integração teoria e prática justificam-se plenamente, pois propiciam a relação entre currículos e práticas. Tal relação deve gerar programas mais significativos, permitindo que se ultrapasse o fazer currículo através de grades e programas oficiais.

A interdisciplinaridade, sem dúvida, é o caminho que, além de permitir esta integração entre teoria e prática, propicia o aprofundamento e maior articulação dos métodos e conteúdos bem como uma melhor compreensão do real.

*“... integração deve-se entender não a unificação dos sistemas existentes em algo único, não a soma impar do conhecimento alcançado por várias ciências, sobre um objeto de grande interesse para o homem, mas a tendência no processo, de interrelacionamento, a assinalarem-se uma à outra e aos próprios métodos e linguagens para aplicá-los no estudo de seu objeto...” (KOPNIM, 1978, p.30)*

Em relação à saúde do escolar, o tratamento das questões de forma interdisciplinar irá permitir que, através da ação conjunta entre escola e comunidade, e do revelamento de saberes distintos, haja a possibilidade da construção de um novo saber, embasado na relação dialética entre os conhecimentos do senso comum e os já sistematizados. Os programas serão, então, ao mesmo tempo processo e produto. Desta forma, se está buscando realizar a educação em saúde como conhecimento “carregado de sentidos”, isto

é como algo que aponte para outros fatos (as necessidades dos alunos e da comunidade discutidos com eles e por eles), “e somente em função das quais poderia ser reconhecida em toda a sua plenitude” (WEBER, 1989, p.VIII e IX).

Ao permitirem que a comunidade revele seus níveis de conhecimento e sua realidade no contexto da sociedade, abre-se espaço para que a escola, mais especificamente o educador, envolva-se com a produção de um novo conhecimento fugindo da abordagem curricular burocraticamente pré-estabelecida. Isto é integração que deve ser diferenciada de agrupamento de convivência ou modismos, onde não há vínculo com a realidade e onde o conhecimento do aluno é desprezado. Um exemplo é a forma como alguns temas de saúde são tratados em sala de aula. Assistindo à apresentação de um aluno (tipo aula) sobre higiene para crianças, mais especificamente sobre “asseio corporal”, observamos que o mesmo procurava incentivar as crianças para tomarem banho de chuveiro uma vez por dia. As crianças ouvintes prestaram atenção, mas pouco se manifestavam quando solicitadas. Pareciam confusas! Ao final da apresentação perguntamos às crianças como elas tomavam banho, apenas duas responderam que tinham chuveiro elétrico em casa. As outras 19 sequer conheciam chuveiro. Avaliando a aula, constatou-se que professor e aluno perderam tempo e gastaram energia desnecessária. Não houve ensino-aprendizagem porque o novo conhecimento era utópico,

desvinculado do cotidiano. Só serviu para exacerbar às crianças sua condição de miserabilidade.

Ainda sobre interdisciplinaridade, não basta que o novo conhecimento esteja dentro da realidade dos alunos. Ele precisa situar-se dentro do contexto da sociedade, da sua história, da cultura. Deve favorecer à construção de novas opções de vida, deve integrar-se também ao espaço físico da escola, da vida dos professores e demais pessoas que fazem parte deste universo.

Por outro lado, há fatores que merecem também ser tratados (além de grades curriculares e programas de disciplinas integradas), pois refletem a dicotomia entre a teoria e prática no próprio ambiente da escola. O professor fala sobre higiene, mas este nem sempre tem uma aparência que afirme tal necessidade. Escolas sujas, desorganizadas, também não refletem a importância da higiene no espaço escolar. Aspectos referentes aos diversos temas trabalhados sobre saúde do escolar só permitirão a transformação do discurso em prática, quando entender-se a abrangência da interdisciplinaridade no contexto das relações entre a Sociedade e a Escola o conhecimento e a cultura, a Economia e Inferências políticas dentro desta realidade.

### **2.3. O Espaço da Educação em Saúde na Escola**

Sabe-se que, ao longo de nossa história, educação em saúde vem se desenvolvendo em consonância com as políticas de saúde que são implementadas e dependem diretamente destas para atingir a escola e os escolares.

Tanto os programas de educação como de saúde têm sido considerados como responsabilidade apenas do cidadão: se ele não aprende, é excluído do processo educativo e, conseqüentemente, também é do mercado de trabalho. Assim, também são diminuídas suas chances de participação nos bens de produção, agravando sua má qualidade de vida.

As mudanças políticas e sociais no campo da educação e da saúde exigem um novo posicionamento destas áreas. Tanto a escola como a saúde buscam sua identidade, procurando sair do imediatismo, do oportunismo de medidas que se esgotam em aspectos técnicos e legais e que não vislumbram o homem dentro de uma perspectiva histórico-social. Neste sentido, não se admite que a educação em seu sentido mais amplo continue, “a ser entendida como um remendo para estilos de vida”. COSTA (1989)

LENCASTRE (1988) afirma que a escola só estaria educando quando partisse de uma ação que considerasse a realidade de seus alunos, quando estes

pudessem questionar os direitos quanto ao atendimento em saúde e pudessem refletir na melhoria de qualidade de vida da população da qual fazem parte.

COSTA (1984) reforça essa tese ao afirmar que a escola não pode ser apenas uma agência de alfabetização, e sim um centro de socialização responsável pelo desenvolvimento da criança e atendimento às suas necessidades educacionais.

Em sua trajetória, a educação, trilhando praticamente os mesmos caminhos da saúde, não conseguiu atender à demanda social. As leis e diretrizes que as contemplam não encontram respaldo na prática para que se efetivem, tanto por serem ineficientes como por dificuldades dos profissionais em assumir novos papéis.

A escola, no sentido de sua abrangência, tem o compromisso de atuar como elemento de transformação de seu meio procurando favorecer o desenvolvimento de homens livres, para que reconheçam seu papel como cidadãos, pois são homens conscientes e críticos que podem modificar sua própria condição e atuar para que outros indivíduos também atinjam esse nível.

Como instituição social, a escola deve analisar seu papel dentro do universo social em que está inserida. Deve ter liberdade para questionar sua ação pedagógica, para que possa atender às necessidades da comunidade, usando, para tanto, um processo que permita a crítica, a reflexão e ação.

Não tenciona-se com isto dizer que a escola deva, sozinha, assumir os problemas sociais, mas que esteja comprometida com eles junto com outras Instituições, na busca do desenvolvimento pleno do homem.

*“... A escola, por sua vez, deixa de ser o lugar de se dar assistência à saúde, para ser concebida como um espaço social que viabilize ações de promoção da saúde, tendo como objetivo primordial a possibilidade de interferir na realização do indivíduo enquanto cidadão (...) Na escola deverão ser priorizadas as ações que visem à promoção da saúde, prevenção e detecção precoce de problemas. (...) A transformação da assistência individual para uma ação mais ampla, que incorpore o coletivo, ressalta a necessidade de articulação com os outros setores da sociedade para uma atuação conjunta sobre as determinantes que influem no processo saúde-doença...”. (RAMOS & PEREIRA, 1990, p. 09 e 10)*

Atualmente, a escola já trabalha com alguns programas de saúde, como o da Merenda Escolar. Conta com a presença do agente de saúde, através de programas da Fundação de Assistência ao Estudante (FAE) e em seu currículo de 1ª a 4ª séries, tem incluído disciplinas como Ciências em que trabalha os aspectos de saúde, e é neste sentido que direcionar-se-á nossa pesquisa, analisando a compreensão dos professores das Séries Iniciais acerca de seu trabalho em sala de aula com a Educação em Saúde do Escolar.

Sabe-se que urge uma análise do papel do agente de saúde e o da merenda escolar, mas, no momento, é prioritário que se observe como o professor tem repassado os conhecimentos na área de educação e saúde.

Dentro do contexto social, a escola tem uma penetração grande na comunidade, através da criança, consegue atingir a família e a comunidade. Portanto, ela não pode se preocupar apenas em repassar e memorizar conceitos sobre saúde.

*“... Assim uma proposta a ser construída deveria superar a simples transmissão de informações sobre higiene e buscando a Escola uma efetiva interação com a comunidade, comprometendo-se com as transformações necessárias às constituições de uma sociedade justa e democrática, em que se torne realidade a universalização da saúde e de educação...”. (OLIVEIRA & SILVA, 1990, p.16)*

Em relação ao tratamento dos temas de saúde em sala de aula, autores como RANGEL (1992) e FOCESI (1992) entre outros, salientam a necessidade da autonomia do professor para questionar e avaliar as propostas de programas normativos previamente elaborados pelas secretarias estaduais e/ou municipais de educação, de modo que os mesmos estejam comprometidos com a realidade social, efetivem-se e passem a propor ações de promoção à saúde e prevenção à doenças de forma concreta, e isto implica, sem dúvida, em se

discutir a questão do direito à saúde, não como conquista individual, mas como dever do Estado, enquanto governo, e o direito do cidadão em reivindicá-lo.

A perspectiva individual que se dá no tratamento das questões de saúde, voltadas aos cuidados pessoais e sem considerar as questões sócio-econômico-políticas e culturais, sem uma sistematização dos determinantes da realidade da saúde, acentuam as conquistas das condições de saúde, enquanto conquistas de cada um. Desse modo, não sistematizam os determinantes da realidade da saúde pública e nem proporcionam uma tomada de decisão em relação à mesma.

É necessário também que a formulação dos conteúdos a serem tratados seja feita através de um diagnóstico das condições de vida, não só do escolar, mas da sua comunidade, de forma plena, como por exemplo: saneamento básico, órgãos de saúde disponíveis em termos de recursos materiais e humanos, existência de serviços de assistência social na comunidade e demais instituições sociais que dariam suporte à efetivação das ações propostas pela escola e necessárias para que se efetivem, na prática, as propostas de educação em saúde.

*“...Os professores iriam buscar na realidade vivenciada pela criança e por ela analisada, os assuntos que constituíram o “Programa” a ser desenvolvido. Estudando, analisando, refletindo, agindo sobre seu meio, os escolares aprenderiam a compreendê-lo,*

*interpretá-lo, compará-lo e até a sugerir como transformá-lo em meio mais saudável, com a ajuda de todos...”.(FOCESI, 1992, p.138)*

Percebe-se que a maioria dos estudos têm se preocupado com as questões de saúde em sala de aula, porém, é necessário que se discuta como a escola, em seu sentido mais amplo, através de toda a sua equipe de profissionais (diretores, professores, orientadores educacionais, serventes...) tratam ou se preocupam com questões relativas à saúde do escolar.

*“...alguns educadores julgam que as escolas deveriam preocupar-se com educação básica; uma minoria acha que a escola é o último lugar onde deveriam ser resolvidos problemas médicos, psicológicos (...).” (PORTER, 1987, p.417)*

*“... Unidade Básica deverá ser a porta de entrada da criança e do adolescente no Sistema de Saúde que atuará como instância coordenadora das ações de Saúde Escolar. Na escola deverão ser priorizados as ações que visem à promoção da saúde, prevenção e detecção precoce de problemas...”.(RAMOS & PEREIRA, 1990 p. 10)*

Em relação às colocações acima, nota-se que há uma indefinição sobre a abrangência da ação da escola e esta se acentua à medida que os setores de educação e saúde ainda não têm clareza sobre onde começa e onde termina suas responsabilidades em relação à saúde do escolar, muito menos em relação à escola ser usada como local para alocação de serviços de saúde, o que discordamos, por entender que esta deverá ter uma ação no sentido de

prevenção de doenças e promoção da saúde, através de atividades de conscientização, de orientação e reflexão em relação ao processo saúde/doença e suas implicações sócio-econômico-políticas e culturais.

*“...Os que opinam contrários à alocação do órgão de saúde escolar junto às secretarias de educação alegam que a ênfase básica deve ser sobre educação em saúde e não sobre os aspectos curativos ou puramente médicos. Como a responsabilidade da escola é de educar, (em saúde), ali é que deveria ser colocado o órgão gerenciador do programa de saúde escolar. Os aspectos médico-odontológicos são considerados complementares e seriam atendidos através dos recursos da comunidade (hospitais, centros de saúde, etc)...”. (SOSSAI, 1992, p.65)*

Concorda-se plenamente com as colocações acima, mas chama-se atenção para o fato de que o apoio interinstitucional é imprescindível para efetuar o trabalho de educação em saúde com o escolar e que a Secretaria de Educação deverá manter a presença de profissionais da área de saúde para estudar, analisar e auxiliar juntamente com os professores na elaboração de novas propostas de atuação junto ao escolar, como também auxiliando os professores em relação à aquisição de novos conhecimentos nesta área.

Se direcionar esta análise para os atuais conceitos de educação em saúde do escolar, percebe-se que, entre outras coisas, o seu espaço não está ainda definido, nem pelos estudiosos da área em questão, nem pelas leis que a contemplam, nem pelos cursos de formação e finalmente pela escola.

*“... A saúde escolar é o conjunto de medidas estratégicas e ações que possibilitem uma interferência na qualidade de vida do indivíduo, visando sua realização no exercício pleno da cidadania...”*. (RAMOS & PEREIRA, 1990, p. 10)

*“... A saúde escolar é conjunto de medidas estratégicas e ações criadas com o intuito de promover, proteger e recuperar a saúde do educando e daqueles que o assistem, preparando- os para promover e reivindicar melhor qualidade de vida para si mesmo, para sua família e para a comunidade...”*. (FOCESI, 1990, p. 20)

*“... A saúde Escolar é um conjunto de atividades desenvolvidas por uma equipe multiprofissional, envolvendo inclusive o professor, que visa promover, proteger e recuperar a saúde do ser humano em idade escolar que está dentro da escola, da maneira a mais precoce possível, por meio de ações educativas e assistenciais que levam em conta suas origens e realidades de vida, interagindo com os recursos institucionais disponíveis na comunidade assim como a família, buscando influir de maneira decisiva no ambiente físico e emocional da escola, no processo de ensino da saúde e na assistência integral à saúde pessoal da criança e do adolescente; visam também à saúde do pessoal que trabalha na escola (trabalhadores escolares)...”*. (SIMPÓSIO IBERO-AMERICANO DE SALUD ESCOLAR, 1987, p. 81)

Nos conceitos de educação e saúde citados acima, nota-se que RAMOS & PEREIRA (1990) concordam que esta devia ser direcionada para a melhoria da qualidade de vida, buscando ações que permitam o envolvimento da comunidade como um todo. Em relação ao conceito do FOCESI (1990) e do Simpósio Ibero-americano de Salud Escolar (1987), vê-se que são extremamente abrangentes quando pressupõem que, além de atividades de promoção à saúde, a escola deva atuar também na recuperação da saúde. Tais

afirmações revelam a importância de se rever o papel da escola em relação à saúde do escolar analisando-o em sua extensão e conseqüências, pois corre-se o risco de fazer da escola um ambulatório, desvirtuando seu papel educativo, o que, na prática, vem ocorrendo em muitas escolas.

No Simpósio Ibero-americano de Salud Escolar, em 1987, entre os aspectos relacionados à saúde do escolar levantados, merecem destaque, algumas das medidas propostas para a viabilização da educação em saúde do escolar, como inteirar a educação em saúde do escolar com os recursos institucionais da comunidade que possam apoiar as ações planejadas em saúde. Consideramos esta colocação fundamental para a concretização das ações educativas em saúde para que as mesmas não se percam em um imenso vazio. Por este motivo, parece oportuno que se contemplem ações também através do trabalho intersecretarias em nível de município, como as secretarias de Saúde, do Bem Estar Social, de Educação e outras que forem necessárias para a efetivação das propostas de educação em saúde do escolar.

Cabe salientar ainda a necessidade de que os profissionais das instituições assumam juntos com os professores, seu papel nas políticas de efetivação de educação em saúde do escolar. E é somente através do trabalho com equipe multiprofissional, ou seja, com profissionais dos mais diferentes campos de atuação como médicos, enfermeiros, educadores, psicólogos,

assistente social, nutricionistas entre outros, que poderão subsidiar e apoiar de forma mais eficiente a concretização das ações de educação em saúde. Não se pretende, com isso, afirmar que estes profissionais devam estar atuando diretamente dentro da escola, função esta que consideramos do professor que está em sala de aula, mas atuem como apoio junto à comunidade, aos alunos e educadores, na realização das propostas de educação em saúde do escolar.

Além deste aspecto analisado no conceito acima, vale ressaltar os que se referem ao ambiente físico e aos recursos humanos dentro das escolas, conforme relata FOCESI (1990).

*“... Nenhuma criança deveria permanecer numa escola onde o ambiente físico e emocional oferece perigo à saúde, onde os sanitários são arrebitados e sujos, águas poluídas por caixas mal ou não lavadas, rachadas, destampadas; onde os extintores de incêndios não são carregados, ou sequer eles existem, onde há ratos e vetores; onde o lixo é mal acolhido, fica exposto em embalagens arrebitadas, aguardando o dia da coleta, onde o poço está contaminado há meses pela fossa e nada se faz para resolver o problema; onde a escola é lavada com essa água contaminada e as crianças ficam à mercê de todo o tipo de infecção. Se a água ligada à rede pública falta, quando as crianças não são dispensadas, acabam ficando horas sem poder utilizá-la. Mobiliário inadequado, quebrado ou insuficiente, também é característica da maioria das escolas...*

*Algumas vezes, também a merenda é feita em cozinhas engorduradas, servidas em pratos mal lavados e mal enxutos, onde, muitas vezes, os alimentos são comidos com as mãos por falta de talheres. É nessa condição de desconforto, de exposição a fatores de risco para a saúde, que a criança vai se*

*adaptando e acostumando. Como pretender educar em saúde nestas condições?...”. (FOCESI, 1990, p.21)*

Como se observa, é mister que se faça uma reavaliação dos projetos que contemplam a saúde do escolar como um todo e que o educando possa compreender, através do conhecimento das atividades e vivências planejadas, os múltiplos aspectos que intervêm no processo saúde/doença para o pleno desenvolvimento do pensamento crítico e a compreensão da relação entre os fatos que ocorrem na escola relativos à saúde do escolar e da população, contribuindo, assim, para a melhoria da qualidade de vida do educando, bem como podendo capacitá-lo para, futuramente, reivindicar meios para sua efetivação.

*“... um programa de atenção à saúde da criança em idade escolar deve contemplar o princípio da integralidade e considerar a articulação entre os problemas de saúde e a realidade social...”. (RAMOS & PEREIRA, p.11)*

Esta afirmação parece vir ao encontro do que se espera da escola, mas para que esta afirmação se efetive é necessário, sem dúvida, o trabalho conjunto entre escola e órgãos de saúde em que ambos tenham consciência do seu papel.

Portanto, reafirmamos que a escola deverá ter atividades educativas que considerem as questões sociais como saúde, alfabetização, desnutrição, ..., mas não deve ser vista como única instituição responsável pela solução das mesmas.

A escola como instituição social tem o compromisso de analisar estas ações dentro das necessidades humanas dos indivíduos a que se direcionam, de sua cultura, de suas condições econômicas, de sua realidade social e de sua história de vida, sem, contudo, perder seu objetivo maior que é o de educar o indivíduo em sua integralidade, de forma livre, democrática e crítica, para que possa, assim, ter direito à cidadania tal qual ela vem sendo postulada no discurso legal e educacional.

#### **2.4. Refletindo Sobre o Papel do Professor na Educação em Saúde**

O movimento da Escola Nova, entre outras modificações, culminou com a expansão do ensino primário inserido no processo de industrialização/urbanização e, conseqüentemente, trouxe modificações à Escola Normal, no sentido de sua profissionalização, marcando o período da introdução da “Higiene” como disciplina, tanto no ensino primário como nas escolas normais.

Várias teses foram defendidas, na época, sobre essa nova disciplina que passa a aparecer no currículo da Escola Normal como “Higiene” sem contextualizá-la na escola, ou seja, como higiene escolar.

Segundo LIMA (1985), o ensino de Higiene tinha um quê de catequese, preconizava-se, a necessidade de “catequizar os educadores”.

*“... A profissão do professor de Higiene certamente significava uma maior oportunidade para a especialização e a tecnificação das propostas dos higienistas da época, assim como para a difusão de suas idéias...”. (LIMA, 1985, p.121)*

O professor, historicamente, tem assumido funções vinculadas à transmissão de conhecimento, de mantenedor de ideologias dominantes, de alienador frente a questões sócio-culturais e políticas que permeiam o ambiente escolar, questões que têm sido fruto de muitas discussões e estudos por parte dos educadores.

A escola, na figura do professor, é hoje acusada dos desvios sociais de toda natureza. Cabe, pois, que se considerem aspectos permeadores destas questões como: até que ponto pode o professor educar, de forma crítica, se a eles não é permitido o direito à crítica em relação à forma como os currículos e programas devam ser colocados em prática? Se quando lutam por melhores

condições da escola e de seus salários são classificados de “arruaceiros”, e se coloca a polícia para agredi-los tanto física quanto moralmente? Muitas vezes, estes professores são tidos, dentro das instituições, como indesejáveis e passam a conhecer a marginalização no próprio sistema que os formou, que discursou sobre a cidadania e seus direitos como cidadãos.

Uma das características essenciais no exercício profissional do professor é, sem dúvida, a criatividade, a reflexão, a crítica em bases científicas, procurando acompanhar as necessidades da escola, dentro de aspectos peculiares da comunidade que são sua cultura, situação política, social e econômica.

A criança que ocupa os bancos escolares é um ser concreto, que carrega consigo uma cultura própria, uma visão do mundo baseado em sua experiência pessoal de vida e no seu cotidiano. Para BERMAN (1979), a práxis do professor deve ter em vista a formação em processo. Neste sentido, é que preocupa-nos como a formação de indivíduos que possam atuar de forma crítica dentro de seu contexto sócio-econômico-político e cultural, respeitando as individualidades de cada homem para que as transformações sejam fruto de atitudes conscientes e maduras vem se efetivando nos cursos de formação de professores, pois a escola é fruto da importância que a sociedade dá à transmissão da cultura às novas gerações e do grau de desenvolvimento que a

sociedade atingiu. A escola contribui também para esse grau de desenvolvimento. Se ele não existe, ou se é negado à população em função de interesses contraditórios, obviamente toda a sociedade sofrerá direta ou indiretamente os reflexos dessa alienação.

Os cursos de formação dos professores pouco têm contribuído para que mudanças importantes se realizem no sentido de mudarem as práticas educativas. A visão da ação pedagógica, que se tem, vem imbuída de práticas fracionadas, com currículos fragmentados que nada mais são que um agrupamento de disciplinas desvinculadas da realidade dos educandos. Utilizam-se práticas e ações parcelares sem que se analise a dinâmica das relações sociais, os saberes, o momento histórico dos indivíduos e as condições concretas para que os mesmos se apropriem destes saberes. É difícil exigir que futuros professores consigam difundir um saber mais crítico a partir da reflexão sobre o cotidiano educativo e sobre a práxis individual e coletiva no campo do embate político-ideológico, se estes não vivenciaram esta experiência em seus cursos de formação.

Acredita-se que vencer estes obstáculos é hoje tarefa que se impõe dentro das escolas, seja através de cursos de aperfeiçoamento seja nos cursos regulares de formação de professores seja na discussão da prática pedagógica

nas escolas. Precisa-se apontar caminhos que permitam a viabilização de novas propostas educacionais e sairmos do círculo vicioso das infundáveis justificativas que negam o acesso a uma prática educativa voltada para as reais necessidades, não só dos educandos, como também dos atuais e futuros educadores.

O professor, uma vez preparado para planejar o desenvolver seu trabalho de maneira globalizada objetivando a criança dentro de sua realidade existencial, descobrirá que Saúde é matéria que estimula o interesse, dá ao escolar a visão de que faz parte do mundo e está preparado para participar de sua transformação em benefício de todos. (HARPER, et alii, 1980)

A participação do professor nas atividades de educação em saúde, principalmente nas séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>) é fundamental para que as ações de educação em saúde não só da escola, mas nos próprios órgãos de saúde se efetivem, principalmente porque o contato permanente com seus alunos lhe proporciona uma situação única que é a de poder perceber as características peculiares das crianças, de seus familiares e de seu meio, podendo, assim, subsidiar ações educativas em saúde a partir de uma visão mais realista do contexto sócio-econômico-político e cultural desses alunos, juntamente com os profissionais da saúde e de outras áreas de atuação necessárias para efetivação dos programas de saúde do escolar.

Quanto à participação do professor nas atividades de educação em saúde do escolar existem vários trabalhos que ora reforçam a importância da atuação do professor, ora questionam sua participação, justificando a falta de preparo destes em atuar com tais questões, sugerindo a presença de profissionais da saúde dentro da escola para assumirem essas atividades.

*“...Entre os membros da equipe de saúde do escolar, um dos mais importantes para a saúde do estudante é o professor...porque, através do processo educativo, deverá colaborar especificamente para o desenvolvimento do pensamento crítico do escolar, quanto à sua saúde, à sua família e comunidade...”*. (FOCESI, 1990, p.07)

*“...O professor tem papel importante, porque, estando mais tempo em contato com a criança, terá condições de apresentar à equipe o resultado de suas observações...”*. (MARCONDES, S.D. , s.p.)

*“...O ensino de saúde não deve ser executado por pessoal sem a qualificação exigida pela área de Educação para o desenvolvimento do processo ensino-aprendizagem. Neste sentido, nem médicos, nem enfermeiros ou outros profissionais de saúde devem desenvolvê-lo na escola, o que os afastam de exercerem atividades de Educação em Saúde, quando da execução de suas tarefas preventivas e curativas. O ensino formal deve ser feito por professores adequadamente habilitados e reciclados nessa atividade específica...”*. (HARRIS, 1992, p. 146)

*“...A assistência à saúde, que vem sendo exercida pelo professor primário, com prejuízo de sua formação pedagogia, deve ser exercida pelo enfermeiro, cuja formação profissional reúne conhecimentos específicos para o atendimento das crianças e aqueles de ordem social...”*. (FERRIANI, 1992, p.174)

Analisando as colocações acima, vê-se que FOCESI (1990), MARCONDES (sd.), e HARRIS (1992), reafirmam nossa posição de que as atividades de educação em saúde na escola devam ser exercidas pelo professor, consoantes com o discurso da teoria crítico da educação e da proposta de gerar Currículos e programas participativos como processo e produto, dentro das atuais filosofias propostas por especialistas na área de educação em saúde do escolar.

As colocações de FERRIANI (1992) propondo que tais atividades sejam realizadas por enfermeiros, além de desvinculadas das propostas atuais, não só da saúde do escolar, como também da saúde em nível mundial, é um contra-senso, quando, dentro da proposta da interdisciplinaridade, a presença de outros profissionais atuando com os alunos só serviria para compartimentar o conhecimento. Isto já foi historicamente comprovado, quando da inclusão, na escola, do educador sanitário a partir de 1925 e, atualmente, com o projeto da FAE (Fundação de Assistência ao Estudante) com o “Agente de Saúde”, do qual falaremos mais à frente. Antes, porém, continuamos nossas considerações, resgatando o fator que para FERRIANI (1992), e outros autores, impede que a educação em saúde do escolar seja realizada pelo professor. O principal motivo apontado seria o despreparo do professor em trabalhar com tais questões, fato este comprovado em vários estudos como os de MARCONDES (1968)

BOGUS et. alli (1992) porém salienta-se que esta é uma análise simplista da questão, pois não se resolve um problema tirando-o das mãos de um profissional e jogando-o nas mãos de outro. A escola, na figura do professor, sem dúvida tem como modificar esta situação. TEMPORINI (1992) em seu estudo sobre a conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo, acerca da saúde escolar, reafirma o problema do despreparo destes, ressalta porém, que tal fato decorre mais por desconhecimento do que por sua capacidade em lidar com as questões de educação em saúde do escolar.

*“...Apenas 51,0% dos respondentes realizam as atividades propostas, de modo sistemático. Esses resultados levam a supor que haja ainda muito a fazer quanto à preparação de professores nesses aspectos, assim como sugerem indagações sobre possíveis dificuldades ou barreiras por eles encontradas para o desenvolvimento de ações de saúde. A identificação desses obstáculos poderia auxiliar o planejamento de programas de saúde escolar... As deficiências do preparo do professor em saúde escolar podem constituir a causa principal que explicaria sua rejeição, ou omissão, a respeito de procedimentos relacionados à saúde dos alunos...”. (TEMPORINI, 1992, p. 131)*

*“...Alguns aspectos relativo às características do ensino podem ter se modificado, mas o despreparo permanece...”.(BOGUS, et alii, 1990, p.16)*

Tal despreparo, está relacionado a questões centrais da ação pedagógica não só em nível da saúde do escolar, mas como reflexo da estruturação do

ensino em sua totalidade, distanciando, cada vez mais, o discurso da prática pedagógica. É mister que se analisem estes aspectos no contexto geral do processo ensino-aprendizagem para que viabilize-se programas voltados não somente para áreas específicas de atuação do professor com o aluno, como também programas que atualizem os professores, considerando, principalmente, a realidade do professor, dos alunos e de sua área de atuação.

*“...O desenvolvimento adequado e oportuno das ações de educação em saúde implica em tornar acessível ao pessoal do ensino, especialmente ao professor, o embasamento teórico e científico, inerentes às próprias ações de saúde na escola, explicitando-as e justificando-as, em termos de contexto escolar...”*.(VIANNA, 1990, p. 56)

*“...Aos professores, reciclagem contínua capacitará a serem realmente agentes de mudanças, estimuladores do processo que possibilitará ao escolar sair de onde está sem que sua auto-estima seja afetada e sem que ele acumule sentimentos de fracasso...”*.(FOCESI, 1990, p. 07)

As colocações acima afirmam a necessidade de se reestruturar não só a ação pedagógica do professor como também dos cursos de Atualização e Reciclagem, a fim de que estes não continuem repassando conhecimento ultrapassados sem relação com os progressos que as ciências acumularam após sua formação como profissional. A redescoberta do papel do professor no contexto da educação é, sem dúvida, tarefa urgente dos atuais educadores.

Entre estas, a educação em saúde do escolar urge por novas posturas dentro da ação pedagógica. Acredito que o trabalho na escola, junto com o professor através da análise crítica e da reflexão da ação pedagógica sejam um dos caminhos que lhes permitirão alterar sua prática.

*“...O papel do professor foi primordialmente vinculado à transmissão de conhecimentos, à orientação dos alunos e incentivo para que os mesmos tenham bons hábitos de higiene...Outros vincularam a educação em saúde na escola à presença de dentistas e médicos nas unidades, além da merenda. De novo se vê a questão Saúde desvinculada da ação educativa, e deslocada das atividades do aluno na escola... Todas estas colocações evidenciam como a idéia predominante é “instruir”, transmitir conceitos, sem contextualizá-los na realidade da vida cotidiana dos alunos...”. (BOGUS et alii, 1990, p. 16)*

O conhecimento errôneo do professor, acerca de seu papel dentro da educação em saúde do escolar reforça a tese de se reestruturar e de se analisar, com maior rigor, a eficácia dos cursos de reciclagem e atualização, bem como demonstram a necessidade do apoio interinstitucional não só no sentido de encaminhar seus alunos para estas instituições, como também do apoio de seus profissionais na orientação dos professores quanto sua conduta frente aos problemas que envolvem questões de promoção da saúde e de prevenção da doença.

A educação em saúde do escolar deverá, sem dúvida, ter o apoio de equipe multiprofissional que atuaria junto aos professores para permitirem

atualização constante destes, bem como, juntamente com eles, buscar soluções que permitam a viabilização de seu trabalho em sala de aula e junto à comunidade. Estes profissionais (médicos, dentistas, enfermeiros, psicólogos, advogados, fonoaudiólogos, assistente social entre outros), deveriam atuar também junto às suas secretarias de origem para que estas se estruturam no sentido de darem apoio a criança e sua família efetivando as ações de prevenção à doença e promoção à saúde propostas pela escola. Sem este trabalho inter-secretarias considera-se que a educação em saúde do escolar dificilmente assumirá os aspectos propostas pelos atuais discursos dos especialistas nesta área.

Com base nos estudos realizados até agora, percebe-se que a área de educação em saúde do escolar tem muito mais obstáculos a serem transpostos do que facilidades e acesso a meios que auxiliem os professores a atuarem com tais questões. A forma como as políticas do Estado voltadas para a saúde do escolar têm tratado os planos de atenção à criança também ao longo de nossa história, têm propiciado a não concretização desses objetivos. Os programas oficiais que hoje temos, voltados para a saúde do escolar, reforçam o conhecimento errôneo, criam dentro da escola um falso protecionismo que mascara as injustiças sociais e também os problemas educacionais, porque vêm imbuídos de um discurso enganoso como o de minimizar a evasão escolar,

auxiliar nos problemas de saúde, de desnutrição entre outros, reforçando o caráter paternalista do Estado, através das políticas assistenciais, abrindo espaço para que a escola justifique seu fracasso na criança na família e no Estado (governo) e não assuma, conjuntamente com estes, suas responsabilidades dentro da sociedade. Tais questões, não podem partir da análise simplista aonde voltamos nossa força de atenção, culpando este ou aquele segmento da sociedade sem que se analise o complexo de multicasualidade que envolvem as questões de saúde do escolar. É mister que o Estado (governo) reelabore suas políticas sociais bem como promova meios para a efetivação das mesmas. Por outro lado, os professores devem reconhecer a importância de seu papel na sociedade, reavaliando seu desempenho pedagógico de forma crítica para que possam transpor as dificuldades no seu cotidiano da sala de aula.

Atualmente a Fundação de Assistência ao Estudante (FAE) é o órgão que, em nível governamental, tem alguns projetos voltados para a saúde do escolar, imbuídos muito mais de caráter assistencialista do que educativo. Tais projetos têm servido para satisfazer interesses políticos e amenizar as tensões geradas pela ineficiência das políticas sociais, conforme veremos.

Em 1973, pelo Decreto Federal 72.034, o programa de Merenda Escolar é instituído nas escolas de 1º grau, com o objetivo de minimizar o problema de

desnutrição, diminuir a evasão escolar e possibilitar à criança a melhoria do rendimento escolar. No início, a merenda foi instituída, utilizando-se os excedentes da safra americana, doadas ao Brasil. Quando os donativos cessaram, o governo brasileiro assumiu o ônus financeiro, pois, politicamente, não teve condições de enfrentar os problemas de sua interrupção, causados pelo descontentamento da população de baixa renda.

Analisando os trabalhos acerca da merenda escolar e os objetivos que a justificam, vê-se que:

*“... Embora a merenda não resolva o problema da desnutrição, ela pode permitir que a criança não sinta fome durante o horário de aulas, e a todo momento temos que ter clareza suficiente para perceber que, mesmo ocorrendo melhorias discretas do rendimento escolar, não significa que aí se localizem as causas e soluções do fracasso do sistema educacional atual (...) deveria se desmistificar o uso que se faz da merenda, tanto em termos de verbas, como de solução para o fracasso escolar e desnutrição...”*. (COLLARES, et alii, 1985, p.12 e 15)

*“... Alguns especialistas insistem em criticar o programa de merenda escolar, sob o argumento de que a escola não pode ser um restaurante. Como deveria ser então? Como desconhecer que, às vezes, a refeição recebida na escola é a única alimentação decente do aluno? ...”*. (NISKIER, 1990, p.39)

Ponderações semelhantes têm sido enfatizadas face aos problemas que projetos dessa natureza suscitam nas escolas, e isso, em particular, ocorre no

caso da merenda escolar, devido ao falso pressuposto de que ações isoladas por si só resolvem as questões sociais. Na verdade, o programa mascara uma situação sócio-político econômica, jogando na escola a responsabilidade de uma crise que não foi desencadeada por ela.

Outro projeto que atualmente tem se respaldado dentro das políticas de educação em saúde do escolar é o do “Agente de Saúde”, criado pela Fundação de Assistência ao Estudante (FAE), objeto de considerações neste trabalho (item 2.1.) hoje, na microrregião do Vale do Itajaí um dos projetos que, especificamente, trabalham com a questão da saúde na escola. Este projeto é ambicioso porque não se restringe somente à ação preventiva, mas atua também de forma curativa, o que desvirtua o papel da escola nas ações educativas em saúde, função essa que não é da competência escolar, mas dos órgãos de saúde.

O “Agente de Saúde” tem sido normalmente um professor da escola, que recebe um treinamento básico acerca dos problemas de saúde e passa a assumir essa tarefa em toda a escola. Em nossa experiência profissional, pudemos constatar uma série de problemas que desvirtuam o binômio educação/saúde. Entre eles o fato de que, ao entrar em sala de aula para realizar suas orientações, este atue como elemento estranho, pois não convive diariamente com os alunos, reforçando a concepção de educação em saúde de

modo fragmentado e, possivelmente, nem sempre consoante com as reais necessidades dos educandos. Por outro lado, ao propor a participação do agente de saúde em problemas específicos de saúde, como odontologia e oftalmologia, desvirtuam-se os objetivos da educação em saúde que é o de conceber o homem em sua totalidade e não em partes.

Por considerar-se que o professor é elemento indispensável no sentido de saber interpretar as várias realidades e concepções de mundo que permeiam o ambiente da sala de aula e que a ação educativa envolve também a educação para saúde, é necessário que se faça uma reavaliação dos projetos que vêm sendo implantados, bem como do papel do professor neste contexto.

*“... não é possível realizar projetos ou programas para terceiros, mas, com eles compartilhar de um projeto comum e de crescimento, intercambiando aspectos subjetivos e objetivos, redefinindo o ser e o mundo, de maneira a criar um novo projeto para o homem e suas necessidades...”. (PILON, 1990, p.28)*

## CAPÍTULO III

### 3. DELINEAMENTO DA METODOLOGIA

#### 3.1. População e Amostra

Este estudo é do tipo exploratório, no qual pretende-se analisar a compreensão dos professores das séries iniciais (1ª a 4ª série) quanto ao seu trabalho de educação em saúde, em sala de aula, nas escolas da Rede Municipal de Educação de Itajaí, Estado de Santa Catarina.

A opção pelo estudo deu-se em função de se poder analisar com maior flexibilidade os dados coletados, e respectiva análise, procurando, assim, obter um aprofundamento maior do tema de nosso estudo.

Essa investigação compreende uma amostra que envolve 234 professores da Séries Iniciais (1ª a 4ª) e 43 escolas da Rede Municipal de Ensino de Itajaí - Estado de Santa Catarina, assim distribuídas: cinco (05) grupos escolares de (1ª a 4ª série), são que atendem a mais de 100 alunos regularmente matriculados); dez (10) são escolas isoladas (situam-se, na grande maioria, em zonas rurais, trabalham com salas multiseriadas e têm apenas 01 professor para atender todas as séries); e onze (11) são escolas Municipalizadas (escolas que eram estaduais e passaram a ser administradas pelo Município); estas compreendem escolas isoladas e escolas reunidas (a última atende alunos de séries iniciais, 1ª a 4ª série, ao contrário das isoladas têm um (1) professor por série).\*

---

\* FONTE: Secretaria da Educação de Itajaí, SC. A categorização das escolas no Município de Itajaí ainda é realizada desta maneira.

TABELA 1  
 RELAÇÃO DAS ESCOLAS DA REDE MUNICIPAL DE ITAJAÍ - SC QUE  
 TRABALHAM COM ALUNOS DE SÉRIES INICIAIS (1ª A 4ª SÉRIE)

Número de Escolas	Escolas da Rede Municipal	Número de Professores
	<b>Escolas Básica</b>	
01	E.B. Anibal César	17
02	E.B. Antônio Ramos	12
03	E.B. Arnaldo Brandão	09
04	E.B. Avelino Werner	12
05	E.B. Ariribá	04
06	E.B. Elias Adaime	13
07	E.B. Francisco Celso Mafra	04
08	E.B. Guilhermina Eüchele Müller	07
09	E.B. Iolanda Ardigó	09
10	E.B. João Duarte	10
11	E.B. João Paulo II	15
12	E.B. José Medeiros Vieira	13
13	E.B. José Fernandes Potter	05
14	E.B. Judith Duarte de Oliveira	08
15	E.B. Melvin Jones	16
16	E.B. Padre Pedro Baron	08
17	E.B. Mal. Olympio Falconieri da Cunha	09
	<b>Grupo Escolar</b>	
18	G.E. Carlos de Paula Seára	09
19	G.E. Elisa Gessele Orsi	05
20	G.E. Profª Inês C. de Freitas	04
21	G.E. Rio Bonito III	04
22	G.E. Otávio Cesário Pereira	04
	<b>Escolas Isoladas</b>	
23	E.I. Benta Rosa Mafra	01
24	E.I. Clarindo Sebastião da Cunha	01
25	E.I. Duque de Caxias	01
26	E.I. Gabriel Dallago	01
27	E.I. João Vieira Ramos	02
28	E.I. Jorge Domingos Gonzaga	02

Número de Escolas	Escolas da Rede Municipal	Número de Professores
	<b>Continuação Escolas Isoladas</b>	
29	E.I. José de Anchieta	03
30	E.I. Luiz Silvério Vieira	01
31	E.I. Maria Perpétua Pereira	03
32	E.I. Natália Cunha	01
	<b>Escolas Municipalizadas</b>	
33	E.R. Edy Vieira W. Rothbarth	03
34	E.R. Pref. Alberto Werner	03
35	E.R. Thereza Bezerra de Athayde	04
36	E.I. Alfredo Rebelo	01
37	E.I. Maria do Carmo Vieira	02
38	E.I. Cândida Vargas	01
39	E.I. Dorval Rodrigues	02
40	E.I. Luís Toledo dos Santos	01
41	E.I. Martinho Gervásio	01
42	E.I. Milton Ribeiro da Luz	01
43	E.I. Pedra de Amolar	02
	<b>TOTAL</b>	<b>234</b>

Os professores, para trabalharem com alunos das séries iniciais, (1ª a 4ª) são admitidos através de concurso público e devem ter formação a nível de 2º grau em Magistério, ou formação a nível de 3º grau em Pedagogia com Habilitação em Séries Iniciais.

As 43 escolas atendem a uma população de 9489 alunos regularmente matriculados nas séries iniciais (1ª a 4ª), conforme demonstra TABELA a seguir.

TABELA 2  
 RELAÇÃO DOS ALUNOS DAS SÉRIES INICIAIS (1ª A 4ª)  
 REGULARMENTE MATRICULADOS NAS ESCOLAS  
 MUNICIPAIS ITAJAÍ - SC. - NO ANO DE 1994

<b>SÉRIE</b>	<b>ALUNOS</b>
1ª Série	2306
2ª Série	1692
3ª Série	2962
4ª Série	2529
<b>TOTAL</b>	<b>9489</b>

Os sujeitos da pesquisa, em número de 79 respondentes, compreendem 33,76%, dos professores atuando com alunos de séries iniciais (1ª a 4ª). A determinação dos elementos amostrais seguiu os seguintes critérios:

- Levantamento das escolas da Rede Municipal de Ensino que trabalham com alunos das séries iniciais (1ª a 4ª), bem como do número de professores atuando, especificamente, com estes junto à Secretaria Municipal de Educação.

- Para determinar o número de elementos de cada instituição de ensino, optou-se, inicialmente, por uma amostra de cada escola, tendo a escolha do professor sido realizada aleatoriamente, independente da série que leciona. O critério adotado foi o de disponibilidade para responder ao questionário. Nesta etapa, tivemos um total de 43 respondentes, determinando, inicialmente, uma amostra de 18,38% da população total de professores que atuam nas séries iniciais (1ª a 4ª). A seguir, os questionários foram entregues às escolas e

distribuídos a todos os professores, excluindo-se os que responderam, na primeira etapa, havendo um retorno de 36 questionários o que representou 15,38% da população total deste estudo.

### **3.2. O Instrumento**

O instrumento utilizado compreende um questionário com perguntas abertas a serem respondidos por escrito. Foram entregues pelo pesquisador, em envelopes, e solicitado que fossem devolvidos da mesma maneira, de preferência lacrados, sem a identificação dos respondentes a fim de se preservar o anonimato destes.

No questionário, procurou-se traduzir os objetivos específicos do estudo. A escolha dos participantes foi realizada aleatoriamente, seguindo os critérios de :

- disponibilidade em responder ao questionário;
- interesse em contribuir para a temática em estudo;
- Ser professor, atuando em sala de aula com alunos de séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>) nas escolas da Rede Municipal de Ensino de Itajaí - SC.

Para a elaboração do instrumento, procedeu-se às seguintes etapas:

- Revisão da literatura pertinente ao tema.

- Análise dos aspectos que, segundo a literatura, têm contribuído, com maior relevância, nas questões de educação em saúde, trabalhadas em sala de aula.

- Elaboração do instrumento, a partir das questões de pesquisa e dos objetivos propostos que serão distribuídos em categorias objetivando melhor delineamento metodológico para a análise e interpretação dos dados coletados.

*Categoria I:* Identificação da formação pedagógica dos professores :

As questões 01 e 02 procuram atender a este objetivo:

- Para que série você leciona ?
- Qual a sua habilitação profissional ?

*Categoria II -* Analisa o nível de conhecimento dos professores sobre educação em saúde do escolar. Nesta fase, os entrevistados respondem a 02 questões com perguntas abertas.

- Para você, o que é ter saúde ?
- O que você entende por educação em saúde do escolar ?

*Categoria III -* Identifica a compreensão dos professores sobre a educação em saúde na escola, como parte integrante da ação

pedagógica. Esta consta de 04 questões com perguntas abertas, a saber:

- Você acha que a sala de aula é um espaço propício para que se realizem atividades de educação em saúde ? Justifique sua resposta.

- Os conteúdos sobre saúde, trabalhados em sala de aula, na sua opinião, são adequados às necessidades de educação em saúde de seus alunos ? Justifique sua resposta.

- Que conteúdos sobre educação em saúde do escolar são trabalhados por você em sala de aula ? A escolha destes conteúdos são feitas de que maneira ?

- Como você trabalha os conteúdos de educação em saúde com seus alunos ?

*Categoria IV -* Enumera os aspectos que, segundo a compreensão dos professores, têm contribuído ou dificultado para trabalhar em sala de aula os temas de saúde. Os entrevistados respondem a 01 questão com pergunta aberta:

- Quais as facilidades e/ou dificuldades que você encontra para trabalhar em sala de aula com temas de saúde ?

*Categoria V -* Verifica a compreensão dos professores em relação ao seu papel como educador dentro da área de saúde.

- Qual é sua compreensão sobre seu papel como educador na área de saúde ?

*Categoria VI -* Investiga, junto aos professores, se sua formação pedagógica contribuiu para o trabalho de educação em saúde em sala de aula. Esta consta de 01 pergunta aberta:

- A sua formação pedagógica contribuiu para o seu trabalho com temas de educação em saúde em sala de aula ? Justifique sua resposta.

*Categoria VII -* Analisa a compreensão dos professores sobre os programas de educação em saúde desenvolvidos na escola. Nesta fase, os entrevistados respondem a 02 questões com perguntas abertas :

- Existe algum programa ou projeto na área de saúde em sua escola ? Em caso afirmativo, cite-o(os) e diga o que você acha deles.

- Você participou ou participa de cursos de aperfeiçoamento e atualização sobre as questões de educação em saúde do escolar ? Em caso afirmativo, o que você achou deles.

A aplicação dos questionários foi realizada em duas etapas a saber:

- Na primeira etapa, foi entregue 01 questionário por escola para que pudéssemos ter uma amostra representativa de cada. Estes seguiram os critérios estabelecidos para os respondentes já citados.

- Em uma segunda etapa, os questionários foram entregues a todos os professores que lecionam com alunos das séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>), com exceção dos que tinham participado da primeira etapa, a participação na pesquisa ficou a critério dos professores.

### **3.3. Validação e Verificação do Instrumento**

A validação do instrumento foi realizada, usando-se a técnica de análise por juízes. Os respondentes, após lerem as instruções contidas no questionário, procederam ao seu preenchimento. Em seguida, colocaram seu parecer quanto:

- Clareza e precisão das respostas.

- Quantidade de perguntas.

- Contágio de uma pergunta sobre a outra, a fim de evitar perguntas com sentido dúbio ou seja, que pode se apresentar com o mesmo sentido de outros questionamentos já formulados.

- Tempo despendido para responder ao questionário.

- Conteúdo, compreensão e coerência das questões aos objetivos propostos.

A verificação do instrumento foi realizada com 20 alunos do curso de Pedagogia da UNIVALI que trabalham, especificamente, com séries iniciais (1ª a 4ª), que residiam e/ou lecionavam em outras cidades como: Florianópolis, Tijucas, Gaspar, Luiz Alves, Penha e Piçarras. Solicitamos que os mesmos respondessem ao questionário e colocassem seu parecer, seguindo os critérios estabelecidos acima.

Concomitantemente, fizemos a validação do instrumento entregando-os a 04 professores da Faculdade de Enfermagem e Obstetrícia do Vale do Itajaí - UNIVALI - que trabalham mais especificamente com Saúde Pública, disciplina que permite maior contato com a comunidade em geral, inclusive, com crianças. Dois destes professores têm o curso de mestrado concluído, os outros dois estão em fase de conclusão.

Atendendo às sugestões dos juízes, o instrumento teve reformulações em relação ao conteúdo, número de perguntas, compreensão, clareza e precisão das mesmas.

Após reformulações, os questionários foram novamente entregues a esses juízes para que os mesmos fossem validados e verificado sua fidedignidade, havendo pequenas reformulações em relação à clareza e compreensão das perguntas. Ao final desta etapa, o questionário tomou a forma definitiva.

#### **3.4. Coleta de Dados**

Para aplicação do questionário, solicitou-se autorização da Secretaria Municipal de Educação de Itajaí que nos deu apoio, colocando à disposição um dos seus funcionários para facilitar o acesso às escolas. O instrumento foi aplicado no período de 10/10/94 a 08/11/94.

Os professores receberam os questionários em envelopes e foram orientados para que os entregassem lacrados, com objetivo de manter o anonimato dos respondentes, sendo estipulado data para a devolução dos mesmos, em comum acordo com os professores e o pesquisador. Outra orientação foi em relação aos objetivos da pesquisa. Para isso, solicitou-se que,

antes de responderem, lessem com atenção as instruções contidas no questionário (ANEXO 01).

### **3.5. Processamento e Análise dos Dados**

A análise dos dados foi feita de forma descritivo-analítica, visando relacionar a problemática extraída da coleta de dados com sua importância na área de educação em saúde do escolar.

Primeiro fez-se o registro dos dados tal como foram coletados, discriminando-os individualmente, a fim de não serem prejudicados detalhes que enriqueceriam o estudo.

Os dados obtidos foram processados, selecionados, codificados e tabulados manualmente pelo pesquisador e por dois professores de metodologia científica, dada a dificuldade encontrada para interpretação das colocações feitas pelos respondentes. Estes estão apresentados em tabelas e gráficos com interpretação descritiva dos resultados, baseados no referencial bibliográfico e em experiência do pesquisador.

Os dados, uma vez coletados e descritos, sofreram um processo de categorização que deu condições para o procedimento posterior, o da interpretação e elaboração de conclusões e inferências.

No intuito de nortear a análise interpretativa dos dados, a fim de alcançar os objetivos propostos, realizou-se esta análise, mediante os seguintes níveis de descrição:

- Descrição narrativa dos dados coletados. Estes foram registrados tal qual foram coletados.

- Categorização analítica dos dados, estabelecendo as correlações entre os mesmos e confrontando-os com o referencial teórico da pesquisa.

- Conclusões e inferências sobre o tema em estudo.

Durante a apresentação e discussão dos resultados, tivemos por objetivo levantar questões que nortegassem a compreensão da problemática que envolve a educação em saúde do escolar nas séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>) nas escolas da Rede Municipal de Ensino de Itajaí - SC.

## **CAPÍTULO IV**

### **4. APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS**

Este capítulo consta da apresentação, discussão e análise dos resultados. Os dados coletados, inicialmente, foram agrupados para uma melhor caracterização dos componentes da amostra. Em seguida, os mesmos foram divididos em sete fases a saber: identificação dos componentes da amostra, análise do conhecimento dos professores sobre educação em saúde do escolar; análise da visão dos professores sobre a educação em saúde do escolar; análise dos aspectos que têm contribuído ou dificultado para trabalhar em sala de aula com os temas de saúde; análise das opiniões dos professores em relação ao seu papel como educador dentro da área de saúde; análise sobre a contribuição da formação pedagógica para o trabalho de educação em saúde na sala de aula e, por último, a análise da visão dos professores sobre os programas de educação em saúde desenvolvidos na escola.

#### **4.1. Caracterização dos Componentes da Amostra**

A população do presente estudo constituiu-se de professores da Rede Municipal de Ensino da cidade de Itajaí, Estado de Santa Catarina, que atuam

com alunos das séries iniciais (1ª a 4ª). Destes, obtivemos uma amostra de 33,76% da população total.

A caracterização dos componentes do referido trabalho teve por base as séries em que os professores lecionam e sua formação pedagógica.

TABELA 3  
DISTRIBUIÇÃO DA POPULAÇÃO DE ACORDO  
COM A SÉRIE EM QUE LECIONAM

SÉRIE	TOTAL	
	N	%
1ª série	18	22,8%
2ª série	18	22,8%
3ª série	14	17,7%
4ª série	29	36,7%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>

Verificou-se, na TABELA 3, que houve uma maior participação dos professores que lecionam para a 4ª série, 36,7%, o que não implica, necessariamente, maior interesse. Além deste aspecto, o fator tempo e disponibilidade dos professores para preencherem o questionário pode haver interferido na coleta dos dados.

Notou-se que, em relação à população total de nosso estudo, houve uma abstenção de 66,24% contra 33,76% de respondentes.

Espera-se que, à medida que avançamos em nossa análise, possamos ter dados mais significativos para a interpretação em relação à abstenção dos professores.

#### 4.1.2. Habilitação Profissional da População deste Estudo

Neste questionamento, procura-se vislumbrar o aspecto legal das contratações e, principalmente, coletar subsídios acerca da população de nosso estudo.

TABELA 4  
HABILITAÇÃO PROFISSIONAL DOS  
COMPONENTES DA AMOSTRA

HABILITAÇÃO	TOTAL	
	N	%
Magistério	45	57,0%
Cursando Pedagogia, mas com formação em nível de 2º grau em Magistério	12	15,2%
Pedagogia	08	10,1%
Ciências do 1º Grau	04	5,1%
Letras	03	3,8%
Estudos Sociais	02	2,5%
Científico	01	1,3%
Educação Física	01	1,3%
Geografia	01	1,3%
Cursando Estudos Sociais	01	1,3%
História	01	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>

\* OBS.: O percentual obtido foi de 100,02%, sendo aproximado para 100%.

Em relação à habilitação profissional dos professores, nota-se que a maioria da população, 57,0%, tem formação em Magistério, critério para lecionarem a alunos de séries iniciais (1ª a 4ª série), o que significa uma certa preocupação da Secretaria Municipal de Educação de Itajaí em admitir professores que tenham preparo para atuar com os alunos das séries iniciais e seguir o que preconizam nas leis e pareceres.

Verificou-se também que 15,2% dos professores estão cursando Pedagogia, porém, com formação a nível de 2º grau em Magistério. Outros 10,1%, são professores com formação em Pedagogia, mas sem habilitação em Séries Iniciais (1ª a 4ª), nem mesmo em Magistério.

A contratação de professores para lecionar com alunos de séries iniciais, prevista no Parecer 201/90 do Conselho Estadual de Educação, estabelece que, na ausência de professores com habilitação em Magistério, estes poderão ser substituídos pelos que têm formação em Pedagogia, em nível de 3º grau, porém não estende tal direito para quem está cursando Pedagogia. No caso específico de nossa população, não há problemas, porque estes têm habilitação em Magistério a nível de 2º grau.

Ainda 5,1% da população têm formação em Ciências do 1º Grau, outros 3,8% em Letras; 2,5% em Estudos Sociais e 1,3% \* Científico; 1,3% em

Educação Física; 1,3% em Geografia; 1,3% cursando Estudos Sociais e 1,3% História.

Salienta-se que nenhuma das formações pedagógicas mencionadas acima os habilita para lecionarem a alunos das séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>), conforme o Parecer 201/90. Estes, normalmente, podem assumir mas, em caráter temporário, a título de substituição de professores habilitados, mas não terão sua situação legalizada, por exemplo, em relação a plano de carreira. Cabe salientar ainda que o professor, oficialmente habilitado para lecionar e trabalhar com as questões referentes à educação em saúde do escolar em sala de aula, é o que tem formação em Magistério em nível de 2<sup>o</sup> grau e Pedagogia a nível de 3<sup>o</sup>.

Questionou-se o caráter destas admissões que, segundo dados coletados neste estudo, representam uma amostra significativa da população desta pesquisa. Se somados, estes representam, em sua totalidade, 17,7% dos respondentes, índice tido como elevado. Tal fato merece um estudo mais amplo, já que não se tem dados da situação da habilitação de todos os professores da Rede Municipal de Ensino de Itajaí, por isso, achamos precoce tecer uma análise mais criteriosa.

#### **4.2. Conhecimento dos professores sobre educação em saúde do escolar**

A análise desta fase (fase II) será efetuada através do questionamento sobre saúde e sobre educação em saúde do escolar. A partir deste questionamento, se procurará direcionar a análise para a compreensão dos professores a respeito de educação em saúde do escolar.

##### **4.2.1. Compreensão dos Professores sobre o Conceito de Saúde**

TABELA 5  
CONCEITO - DOS PROFESSORES SOBRE SAÚDE

CONCEITO DE SAÚDE	TOTAL	
	N	%
Quando corpo e mente estão capacitados para satisfazer necessidades básicas do ser, bom funcionamento do organismo, harmonia física e mental ser equilibrado	38	48,1%
Poder desenvolver, praticar exercícios e ter energia, ser saudável, fonte de vida	16	20,3%
Estar de bem com a vida, ter boa aparência e não se incomodar com hospital.	10	12,7%
Ter disposição para trabalhar, bom salários e ser rico.	04	5,1%
Ter higiene pessoal	04	5,1%
Ter boa alimentação e assistência médica.	04	5,1%
Ter moradia	02	2,5%
Ter condições sócio-política e econômica	01	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>

*OBS.: O percentual obtido foi 100,02% sendo aproximado para 100%.*

Analisando os dados da TABELA 5, vê-se que a maioria de nossa população compreende saúde apenas no seu aspecto biológico. Passemos à análise das opiniões dos professores a fim de aprimorar esta afirmação.

Conforme TABELA 5, vê-se que 48,1% dos professores definem saúde como “vigor físico, estado de equilíbrio das funções orgânicas”, conceito este voltado à visão que se tinha, no início do século XX, sobre saúde, em que o corpo era comparado a uma máquina, considerando-o apenas nos aspectos de sua funcionalidade.

O discurso biologicista sobre saúde traz consigo o respaldo das políticas assistências dentro de uma ordem estabelecida pela sociedade capitalista, onde o homem que, neste contexto, é um reprodutor de bens, não compartilha destes da mesma forma que outros segmentos da sociedade. Ele é também uma máquina que mantém a força de trabalho e acaba por acolher visões e conceitos que lhes são passadas pela classe hegemônica.

Esta concepção torna o cuidado médico indispensável, como afirma COSTA (1989) e MELO (1980), entre outros. Dentro desta ótica, o saber médico é usado para reforçar a ação do Estado como mantenedor da ordem social vigente.

A saúde, vista apenas no aspecto de funcionalidade orgânico, escamoteia as contradições que se estabelecem pelo desequilíbrio entre economia e setor

social, descontextualiza o homem de sua realidade sócio-econômico-político-cultural. Dentro desta perspectiva, a saúde é vista como uma conquista individual, excluindo-se a pessoa de seus sistemas sociais e da série de multicasualidade que a permeiam.

*“... O homem não é só organismo biológico, mas pessoa social, comunicadora e propulsora de diferentes sistemas sociais...”.*  
(RANGEL, 1992, p. 198)

Ainda na TABELA 5, 20,3%, dos respondentes definem saúde como “capacidade de desenvolver-se, praticar exercícios” e como “fonte de vida e ser saudável”. O enfoque dado à saúde ainda é aquele que não perpassa o corpo e sua funcionalidade, porém voltado para padrões estéticos e como estilo de vida. Padrão este cultuado pelos meios de comunicação, não que a saúde não leve a esta condição, mas estabelecer critérios estéticos e de força física, vigor só exacerba a exclusão de pessoas que, por questões genéticas, são, por exemplo, feios ou magros ou têm massa muscular menos desenvolvida. Esta relação percebemos nas próprias campanhas de saúde em que o culto ao corpo, à beleza física torna-se evidente.

Disposição para o trabalho, ser rico, ter bom salário foi referido por 5,1% da população. Nesta concepção, o enfoque à saúde ainda é biológico, mas agora, como gerador de bens e de riqueza. Esta relação é óbvia, pois

grande parte dos problemas de saúde são fruto de políticas econômicas ineficientes. O Estado, na ordem capitalista, procura criar uma falsa normalização para esconder os sistemas de relações que dividem a sociedade e que faz aumentar a dependência do trabalhador aos pseudos-projetos sociais.

Nota-se que 5,1% da população define saúde como “ter higiene pessoal”. Esta visão também não ultrapassa os aspectos biológicos, porém a referência a esta tem seu enfoque dentro do discurso dos higienistas, ou seja, o de “limpeza”, de “purificação da raça”, colocado por LIMA (1985), MELO (1980), COSTA (1989), entre outros, que relatam ter sido a ideologia do eugenismo fundamentada na prática da higiene, usada como forma de abafar as contradições sociais. Também restringiu a saúde ao comportamento do indivíduo, eximindo-o, assim, do contexto sócio-econômico-político e social sem questionar o substrato das doenças.

Outros 5,1% dos professores relacionam a saúde à “boa alimentação”, ou seja, à manutenção do funcionamento do corpo para manutenção da saúde. Os mesmos respondentes citam também a preocupação com a assistência médica, fato que se justifica face à atual situação das instituições de saúde no Brasil, marcadas pelo tratamento de péssima qualidade, pela obsolescência dos aparelhos e prédios hospitalares sucateados que servem apenas como

depositário de corpos. Aliados a estes problemas, somam-se os de competência profissional que se exacerbam ainda mais a injustiças sociais.

O acesso à moradia, apontado por 2,5% da população, não é um aspecto que, conforme foi citado, por si só resolva o problema da doença e leve o indivíduo a tornar-se saudável. Ele interage, conjuntamente, com outros fatores para que saúde realmente seja alcançada em seu sentido mais amplo.

Ter condições sócio-político-econômicas foi citado apenas por 1,3% dos respondentes que, apesar de não haverem contextualizado os aspectos culturais e psicobiológicos, foi, sem dúvida, a visão mais abrangente, apontada pela população estudada.

Constata-se, neste questionamento, que o discurso e a prática pouco se modificaram, apesar dos progressos que as ciências sociais acumularam nos últimos anos. Mantêm-se, ainda, a visão de saúde apenas dentro da funcionalidade do corpo e a de homem como apreensor deste corpo.

Saúde continua sendo vista dentro de uma perspectiva simplista, muitas vezes inatingível e sujeita apenas a práticas médicas, sem contextualização das condições sócio-econômico-político-culturais.

A visão de saúde ainda é fragmentada, conforme se observa, ora é tomada como corpo biológico, ora como forma de acesso aos bens de produção, ora como um estilo de vida, ora como acesso à moradia, às

instituições de saúde, à boa alimentação. Nenhum dos respondentes a coloca como sendo acesso a todos estes fatores e a outros mais, como se preconiza atualmente, de forma conjunta, integrada, como processos que se interagem no cotidiano da população. Na verdade, este discurso, fracionado, mostra-nos como as estratégias de poder e dominação sobre a maioria da população se mantêm e são facilmente assimiladas e passadas a futuras gerações, contribuindo para a perpetuação da ideologia dominante.

Esta concepção procura escamotear as contradições da realidade de nossa população. Concepção esta tão bem assimilada pelas classes populares que são vistas, até hoje, como normal e como verdadeiras, contribuindo, assim, para mantê-las, sob o controle do sistema capitalista selvagem que expolia e rouba da população o acesso a bens considerados universais e depois repassa uma parcela mínima sobre a forma de benefícios.

Esta visão se fortalece em BOGUS, et alii (1990) e BOLTANSKI (1979), que colocam que a escola, ao trabalhar os temas de educação em saúde do escolar, reforça seu discurso dentro da filosofia tecnicista, apoiados pela compreensão que os professores têm da saúde, cabendo a esta “instruir” sobre o que é “correto” e deve ser feito dentro de “normas” previamente estabelecidas.

#### 4.2.2 Compreensão dos Professores sobre o Conceito de Educação em Saúde do Escolar

TABELA 6  
CONCEITO DOS PROFESSORES SOBRE  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR

CONCEITO SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR	TOTAL	
	N	%
Educar a criança com hábitos de higiene valorizando-a	25	31,6%
Trazer conhecimentos na área de prevenção à doenças, cuidando do bem estar físico e mental do educando, sabendo trabalhar com hábitos e atitudes de saúde	20	25,3%
Aprimorar os conhecimentos e sanar dúvidas de saúde	07	8,9%
Não respondeu	06	7,6%
Ter boa alimentação e boas maneiras, bem como assistência médica e dentária	05	6,3%
Proporcionar ao aluno ambiente saudável e com boa higiene	03	3,8%
Compreensão do que é saúde e educação	03	3,8%
Assistência à saúde para encaminhar a criança com problemas de saúde	01	1,3%
Acho ótimo	01	1,3%
Apresentar temas que abrangem a comunidade em seu cotidiano	01	1,3%
Base de uma sociedade esclarecida	01	1,3%
Colocar a escola como elemento de melhoria da saúde na sociedade	01	1,3%
Definir princípios básicos de saúde física e social	01	1,3%
É o trabalho do agente de saúde	01	1,3%
Sentir-se bem para realizar todas as suas atividades	01	1,3%
Assistir a família e o escolar com base no social	01	1,3%
Deveria ser algo mais atuante	01	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100,0%</b>

OBS.: O percentual obtido foi 100,03%, sendo aproximado para 100%

Neste questionamento, 31,6% da população relaciona a educação em saúde do escolar aos aspectos de higiene da criança, discurso característico do início do século XX, em que se procurou, através da higiene, corrigir não só os problemas de saúde da criança, mas os desvios sociais e fornecer maior controle da população na época tida como hostil às medidas de civilidade. O que, para CARVALHO (1989), foi usada na década de 20 e 30 como discurso oficial do projeto de construção nacionalidade:

*“... Regenerar as populações brasileiras, núcleo da nacionalidade, tornando-as saudáveis, disciplinadas e produtivas, eis o que se esperava da educação, erigida nesse imaginário em causa cívica de redenção nacional. Regenerar o brasileiro era dívida republicana a ser resgatada pelas novas gerações..”(CARVALHO, 1989, p.10)*

Trazer conhecimentos na área de prevenção a doenças, cuidando do bem estar físico e mental do educando, trabalhando com hábitos e atitudes de saúde foi relatado por 25,3% da população, enfatizando o caráter biológico da saúde e de funcionalidade do corpo. Ao conceber a educação em saúde com mudança de hábitos e de atitudes prejudiciais à saúde, mantêm-se a população sujeita a regras de normalização, ditadas pela ordem médica, sem interferência dos fatores sócio-econômico-políticos-culturais que permeiam a concepção de saúde.

Ainda 8,9% da população descreve educação em saúde como meio usado para aprimorar conhecimento e sanar dúvidas sobre saúde, apesar de ser uma visão limitada, esta não deixa de ser também, entre outras, mais uma das funções da educação em saúde do escolar.

Ter boa alimentação, boas maneiras e o acesso à assistência médica e dentária representaram a opinião de 6,3% dos respondentes, reforçando a idéia, já analisada anteriormente, de manter a funcionalidade do corpo através da alimentação e também da assistência médica e dentária, sem tratar o complexo de multicasualidade inseridas na saúde/doença.

Outros 3,8% vê educação em saúde do escolar ainda relacionados à higiene do ambiente escolar. Novamente se percebe o discurso higienista profundamente arraigados a costumes, com a preocupação do espaço ocupado pelo aluno, procurando justificar os problemas da educação pelo espaço insalubre da escola. Cabe salientar que as condições do prédio não são fatores que, isoladamente, irão permitir a viabilização de práticas de educação em saúde na escola, mas que atuam também para que o discurso do professor em sala de aula esteja consoante com o ambiente escolar. É difícil falar sobre saúde, quando o ambiente físico e humano da escola não permitem aos alunos a visão desta prática. Escolas sujas, cozinhas e cantinas depredadas e em péssimas condições de higiene, onde, em muitas delas, a merendeira é também

a servente que, após limpar sanitários e recolher o lixo, sem usar qualquer tipo de proteção, vai para a cozinha preparar a merenda dos alunos, não favorecem, o que se preconiza em favor da saúde do escolar. Fato este relatado por FOCESI (1990).

Para 3,8% dos respondentes, educação em saúde é a compreensão do que é saúde e educação, dicotomizando as práticas de saúde das de educação. Novamente se percebe a visão fragmentada que se tem da totalidade das questões sociais, como práticas que se resolvem por si mesma.

Outros 1,3% definem educação em saúde do escolar como assistência e encaminhamento dos problemas de saúde, visão estreita, ligada às políticas assistencialistas de saúde que mantêm pessoas dependentes das ações sociais e dos grupos dominantes que determinam o que, no momento, é importante ou não para a comunidade.

Por sua vez, 1,3% acha educação em saúde do escolar ótimo, sem tecer considerações acerca da concepção que está embutida por trás desta afirmação. Face a tal colocação, questionamos como as práticas de educação em saúde do escolar podem se desenvolver, se nem os educadores conseguem entender o significado de sua atuação ?

Apenas 1,3% da população coloca, de forma não muito clara, que esta deve apresentar temas que abrangem a comunidade em seu cotidiano, o que

demonstra uma certa preocupação em entender educação em saúde do escolar de forma mais integrada à realidade social da criança.

Ainda 1,3% da população atribui à educação em saúde do escolar como base de uma sociedade esclarecida, o que, sem dúvida, procura dar maior abrangência às ações de educação em saúde do escolar, porém tal afirmação não esclarece a compreensão dos respondentes sobre a educação em saúde do escolar.

Dos respondentes, 1,3% referem-na como elemento de melhoria da saúde na sociedade. Vemos, nesta opinião, o enfoque da escola como intermediadora das questões sociais e, como tal, responsável também pela qualidade de vida da população.

Para 1,3% dos respondentes, a educação em saúde do escolar é a definição de princípios básicos de saúde física e social. Novamente, incorpora-se a esta concepção a relação de saúde biológica, porém, com enfoque nas relações sociais que as permeiam, buscando superar, assim, o enfoque que passa da simples transmissão de conteúdos pré-elaborados e de funcionalidade orgânica.

Ainda, 1,3% da população não a definiu, justificando ser este um trabalho do agente de saúde, demonstrando, assim, o desvirtuamento do papel do agente de saúde na escola que, de orientador das ações de saúde passa para executor destas, em que o professor assume um papel contemplativo, como se

não tivesse nada a ver com estas questões. Isto foi colocado em sala de aula no curso de Pedagogia, por vários professores, que trabalham com séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>). Os mesmos chegam, inclusive, a sair da sala de aula, enquanto o agente de saúde faz orientações às crianças. Como, então, é possível fazer a criança entender os aspectos ligados à educação em saúde, se, além do problema de não encontrarem receptividade em seus lares, também não a encontram nos seus professores? Talvez esta seja uma das causas que possivelmente tenha também contribuído para o insucesso na maioria dos municípios brasileiros do projeto de “Saúde do Escolar”. Consideramos que tal afirmação mereça estudos a fim de comprovarem tais dados.

Sentir-se bem para realizar todas as suas atividades foi aludido por 1,3% da população. Percebe-se a relação com produtividade e a conquista de bens para sua subsistência.

Ainda 1,3% dos respondentes colocam educação em saúde do escolar relacionada à assistência à família e ao escolar, com base no social. Apesar de ser difícil compreender a extensão de tal afirmação, percebe-se uma preocupação com o reflexo das relações sociais e familiares no contexto da educação em saúde do escolar.

Outros 1,3% coloca que deveria ser algo mais atuante, mas não definem de que maneira, possivelmente por desconhecimento da própria temática. O

termo usado para definir educação em saúde do escolar parece vago, sem dar um sentido claro de sua abrangência e de seu significado real dentro do sistema social.

Uma amostra bastante significativa da população 7,6% não respondeu ao questionamento, fato preocupante, pois demonstra total desconhecimento acerca de educação em saúde do escolar ou desvínculo com esta questão.

No conjunto das respostas obtidas sobre o conceito de saúde, analisado no item anterior, a de educação em saúde do escolar também é visto dentro de uma concepção fragmentada, ora privilegiando as práticas higiênicas, ora privilegiando o corpo, ora o social, ora vislumbrando práticas médicas e assistencialistas, e assim por diante.

Por outro lado, percebe-se também que assim como o conceito de saúde, o de educação em saúde do escolar não difere muito dos contemplados no século XX e, apesar de hoje serem tão questionados, a concepção acima foi introduzido num momento de nossa história (final do século XIX e início do século XX), em que o progresso, tanto na área da saúde, como no de educação, não podem, sequer, serem comparados com os de hoje, nem mesmo as questões sócio-econômico-político-culturais atuam da mesma maneira. Reportamo-nos a esta análise porque é incompreensível que ainda hoje se mantenha o mesmo discurso e a mesma prática, pautadas em padrões de

normalização de desvios, através de procedimentos técnicos e instrumentais, sem consideração com o cotidiano, com a história dos sujeitos a que se destinam, visando apenas à legitimação do saber das instituições e da classe dominante, garantia necessária para a manutenção e reprodução da ordem social.

Os dados obtidos neste estudo confirmam os de trabalhos realizados por MARCONDES (1968), LENCASTRE (1988) e de BOGUS et alii (1990) entre outros..., onde os professores demonstraram pouca diferenciação entre os hábitos de higiene e o conceito de saúde do escolar, mostrando-nos o pouco conhecimento dos professores sobre tal questão.

Percebe-se que, se de um lado, a legislação em vigor apresenta deficiências ao tratar as questões de educação em saúde do escolar, por outro, a visão limitada de quem as coloca em prática tem sido um agravante muito maior, para que não se efetivem mudanças reais neste contexto.

#### **4.3. Compreensão dos Professores sobre Educação em Saúde do Escolar**

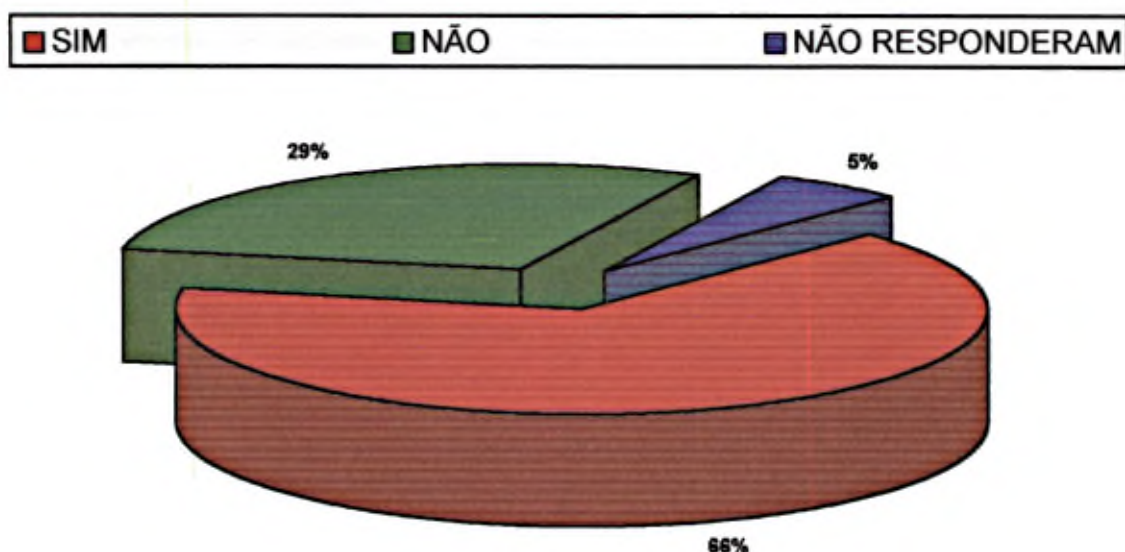
Nesta análise, parte-se do estudo acerca da sala de aula enquanto espaço propício para que se realizem atividades de educação em saúde do escolar. Também sobre o modo como os conteúdos referentes à saúde são escolhidos e trabalhados em sala de aula. Esta análise corresponde à FASE II

que procura, através dos questionamentos acima, compreender a visão dos professores sobre educação em saúde do escolar.

Esta análise parte do estudo dos conteúdos e do espaço que a saúde do escolar ocupa na escola como referencial para que se perceba a compreensão que os professores das séries iniciais (1ª a 4ª) têm sobre a educação em saúde do escolar.

#### 4.3.1. A Sala de Aula como Espaço para a Realização de Atividades de Educação em Saúde do Escolar

GRÁFICO 1  
O ESPAÇO DA SALA DE AULA PARA A REALIZAÇÃO DE  
ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR



Em relação ao questionamento feito aos professores acerca de ser a sala de aula espaço propício para a realização de atividades de educação em saúde do escolar, observa-se, no GRÁFICO 1, que a maioria deles, 65,8%, considera ser a sala de aula um espaço propício para a realização de atividades de educação em saúde do escolar. Enquanto 29,1% não considera que esta atividade possa ser realizada em sala de aula; outros 5,1% não responderam. Estes parecem pouco preocupados com o seu desempenho educativo e o reflexo deste na sociedade. A nosso ver, pior que a negação da escola dentro do contexto das demais instituições sociais e do cotidiano de seus alunos é a indiferença demonstrada por estes respondentes que não gera debates, não gera críticas e não dá espaço à reflexão.

Passemos, então, à análise das justificativas colocadas pela população de nosso estudo.

#### 4.3.1.1. Justificativa dos professores

TABELA 7  
JUSTIFICATIVA DOS PROFESSORES QUANTO A SALA DE AULA  
SER UM ESPAÇO PROPÍCIO PARA ATIVIDADES  
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

JUSTIFICATIVAS	TOTAL	
	N	%
Não, porque não têm condições de fazer demonstrações, por falta de material.	16	20,3%
Na parte teórica sim, mas deveria haver lugar mais adequado para o aprendizado prático.	14	17,7%
Acham a sala de aula um espaço aberto para a abordagem de inúmeros temas importantes.	12	15,2%

JUSTIFICATIVAS	TOTAL	
	N	%
Porque as crianças podem ser ajudadas em sala de aula, já que não têm esse aprendizado em casa.	10	12,7%
Acham espaço propício para falar sobre condições de higiene e saúde.	06	7,6%
Não responderam	04	5,1%
Pode, mas depende de como o professor trabalha.	03	3,8%
Não, porque não atinge a família do educando.	03	3,8%
Não, porque a sala de aula é lugar de aprender.	03	3,8%
Sim, porque o agente de saúde faz as orientações com ótimos resultados.	02	2,5%
Porque temos contato com crianças de todos os níveis.	01	1,3%
É um espaço reservado para o desenvolvimento mental, social e psicológico.	01	1,3%
Sim, porque a comunidade é muito carente.	01	1,3%
Consideram espaço propício, mas deveria ter médicos palestrantes.	01	1,3%
Sim, mas não justificaram	01	1,3%
Não, pela falta de pessoas especializadas para trabalhar como os temas	01	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

*\* OBS.: O percentual obtido foi de 100,3% sendo aproximado para 100%.*

Analisando as justificativas dos respondentes quanto ser a sala de aula espaço propício para as atividades de educação em saúde do escolar, vê-se que a maioria, 20,3%, salientam aspectos referentes à falta de material para não realizar estas atividades. Percebe-se, nesta afirmação, a dependência do profissional em relação a instrumentos e material didático apropriado para exercerem suas atividades de ensino que, sem dúvida, auxiliam no cotidiano da

sala de aula, mas não é motivo suficiente para a negação de seu papel como educador. Seria a negação da educação enquanto instrumento de trabalho, sem relação com as demais variáveis que condicionam o substrato do insucesso escolar, entre elas, ausência de ações educativas voltadas para as necessidades concretas de vida da população, cursos de habilitações profissionais ineficientes, demagógicos e sem relação com a realidade a que se destinam, entre outros. Ultrapassar estas barreiras e buscar meios através da reflexão sobre o cotidiano e a práxis individual e coletiva da comunidade escolar (alunos, pais, professores, população em geral) é que permitirá a transformação da práxis dos professores.

Outros 17,7% consideram-na importante enquanto espaço para o desenvolvimento da parte teórica, mas que deveria haver lugar mais adequado para o aprendizado prático. Tal afirmação parte do pressuposto de que o método e o instrumento de trabalho usados para realizar as ações de educação em saúde do escolar são eficientes e portanto, inquestionáveis. Ultrapassar tais barreiras representaria, sem dúvida, para os professores, a desmistificação de sua prática pedagógica normativa bem como a superação de seu cotidiano em sala de aula para só assim poder criar situações que propiciem práticas educativas não só no que se refere a saúde, mas em sua totalidade que contribua para a construção de homens livres.

Outros 15,2% dos respondentes acham que a sala de aula é um espaço aberto para a abordagem de inúmeros temas, colocando, assim, a escola como agente de socialização em constante interação com a sociedade em que vivem e assumindo seu papel na melhoria da qualidade de vida dos homens que dela fazem parte.

As crianças podem ser ajudadas em sala de aula, já que não têm esse aprendizado em casa tal afirmação foi feita por 12,7% da população, parecendo que esta parte da premissa da ignorância da criança ocasionada pelo desconhecimento dos pais. Esta não vislumbra o complexo de multicasualidade que vai desde às condições insalubres de vida das crianças e das suas famílias até o descaso das instituições sociais, econômicas e políticas para com a população.

Os que acham a sala de aula espaço propício para falar sobre condições de higiene e saúde, representam 7,6% dos respondentes. Tal colocação reforça os aspectos referentes ao discurso higienista e dos biologicistas que instituíram a saúde restrita ao espaço do corpo e aos aspectos de higiene, sem consonância com os atuais conceitos de saúde preconizados pela 8ª Conferência Nacional de Saúde em 1987. Esta afirmação foi constatada na pesquisa, quando se analisa a compreensão dos professores sobre o conceito de educação em saúde do escolar.

Outros 3,8% dos respondentes, apesar de considerarem a sala de aula um espaço propício para ações de educação em saúde, demonstram preocupação com o preparo do professor para realizar tal atividade. Preocupação justificada face ao conhecimento ineficiente que os professores vêm adquirindo, em seus cursos de formação sobre educação em saúde do escolar, e que pouco têm contribuído para melhorar a atuação nessa área. Também comprovado, nas análises do item 4.2., acerca do conhecimento dos professores sobre educação em saúde do escolar.

Outros 3,8% afirmam que não acham a sala de aula espaço propício para atividades de educação em saúde, porque esta não atinge à família. Apesar de não ser motivo suficiente para negar este espaço, esta colocação reflete a problemática do professor que, além de sofrer com a carência de recursos didáticos, sofre também com a carência da família de seus alunos, porque a comunidade não tem, fora da escola, acesso a instituições eficientes, não só de saúde como também outras que servem de apoio às ações da escola. Muitas vezes se joga para a escola a responsabilidade de ações que não são de sua competência. Daí, a necessidade de um trabalho interinstitucional e multiprofissional para que, realmente, as ações ou propostas desenvolvidas em sala de aula se concretizem.

Uma das justificativas que se considera preocupante é a dicotomia que 3,8% dos respondentes fazem em relação ao ato de aprender e as questões que intermediam e interagem neste processo, como é o caso das sociais, como se aprender não tivesse nenhuma relação com fatos históricos, políticos, culturais ideológicos e outros.

Ainda 2,5%, acham que o espaço da sala de aula é propício, porque quem faz as orientações é o agente de saúde. Esta resposta nos leva a considerar que os professores percebem a presença do agente de saúde como sendo importante, como se o treinamento especial para tratarem as questões de saúde na escola fosse uma garantia de efetivação destas orientações. Também pode significar pouca importância à temática, pois, assim, o professor que está em sala de aula não terá que se preocupar com as questões de educação em saúde.

Entre os que acham ser a sala de aula espaço propício para atividades de educação em saúde do escolar, porque nela há criança de todos os níveis, correspondem a 1,3% dos respondentes. Tal justificativa reafirma a relação entre poder aquisitivo e saúde, como se este bastasse para que, sozinhos, criassem condições para o aprendizado e o acesso a saúde. Sabemos que, à medida que o homem tem acesso aos bens de produção, aumentam suas chances de acesso a bens que possibilitem melhor qualidade de vida. Isto, sem

dúvida, é verdadeiro. Por outro lado, quando as instituições sociais começam a falir por carência de recursos físicos e humanos, ninguém escapa desta ineficiência, sofrendo também os reflexos da inoperância do sistemas de saúde. Mesmo assim, nota-se a preocupação em atender às necessidades de saúde das crianças dentro da escola, principalmente as de menor poder aquisitivo, o que sugere, por parte dos professores, a compreensão de que a melhoria da qualidade de vida também depende do equilíbrio entre economia e setor social. Bem como a preocupação em atender através da escola uma camada maior da população, entre estas, as classes populares que são as que mais sofrem os reflexos da inoperância das políticas sociais do Estado.

Ainda, 1,3% considera a sala de aula espaço reservado para o desenvolvimento mental, social e psicológico da criança, visão que nos mostra a abrangência da escola como instituição social, e que busca analisar o papel da escola dentro do universo social dos seus alunos.

Dos respondentes, 1,3% da população afirma ser a sala de aula ambiente propício para atividades de educação em saúde, devido à carência da comunidade, o que é justificado pela própria experiência vivida por estes professores, pois esta realidade faz parte de seu cotidiano, não só na sala de aula, mas também como sujeitos que sofrem as mesmas injustiças das políticas

sociais que não só excluem os alunos de direitos básicos, como a população, em sua totalidade.

Ainda 1,3% considera a sala de aula espaço propício, mas salientam a necessidade de médicos palestrantes. Percebe-se, nesta afirmação, a dependência dos professores em relação à necessidade de outros profissionais, possivelmente decorrente de seu despreparo em lidar com esta temática. Não que o professor deva, em tão pouco tempo de sua profissionalização, conhecer todos os aspectos que circundam os problemas sociais. Isso é utópico. Por este motivo menciona-se na revisão bibliográfica a necessidade de um trabalho multiprofissional para apoiar as ações dirigidas à educação em saúde do escolar considerando as dificuldades que estes professores têm no acesso a essas informações. Porém, salienta-se que a presença de outros profissionais deverá ser no sentido de orientar os professores, não como palestrantes, o que até poderá ocorrer, mas esporadicamente.

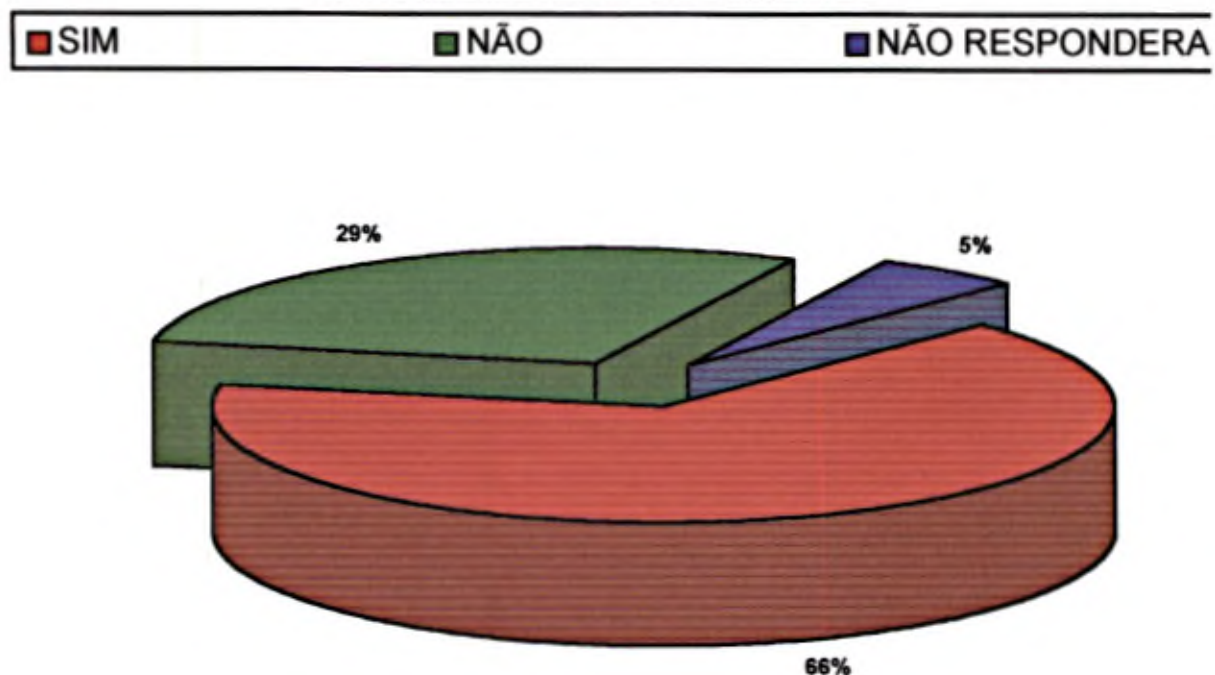
Para 1,3% dos respondentes, é a sala de aula espaço propício para atividades de educação em saúde, mas não conseguem justificar sua resposta, o que pode nos indicar, como em outros questionamentos, total desconhecimento sobre a temática.

Ainda 1,3% da população afirma que a ausência de profissionais capacitados para trabalhar com a temática de educação em saúde do escolar, faz com que a sala de aula não seja um espaço propício para atividades de educação em saúde. Esta afirmação dá a idéia clara de como as questões sociais são tratadas, não só da sala de aula, com as crianças, mas também nos currículos e programas dos cursos profissionais que não consideram as necessidades da sociedade para as quais são criadas, especialmente para as camadas populares.

Com relação às justificativas dos professores quanto à sala de aula ser espaço propício para a realização de atividades de educação em saúde do escolar, nota-se que, dentre os 65,8% da população que consideram a sala de aula espaço apropriado para tais ações assim o fazem por a considerarem uma instituição social e, assim, não deve eximir-se de sua responsabilidade junto à comunidade de abrangência. Porém, tal compreensão, conforme se constata, vem acompanhada de justificativas ligadas ao aspecto assistencialista de caridade, de correção de desvios orgânicos, respaldadas na ignorância da criança e da família, sem a devida contextualização no universo social-econômico-político e cultural dos alunos.

#### 4.3.2. Compreensão dos professores sobre a adequação dos conteúdos trabalhados em sala de aula, de acordo com as necessidades de educação em saúde dos alunos

GRÁFICO 2  
COMPREENSÃO DOS PROFESSORES SOBRE A ADEQUAÇÃO DOS CONTEÚDOS TRABALHADOS EM SALA DE AULA, DE ACORDO COM AS NECESSIDADES DOS ALUNOS



Em relação a este questionamento, 65,8% da população considera os conteúdos sobre educação em saúde do escolar trabalhados em sala de aula adequados às necessidades dos alunos, contra 29,1% da população que os acham inadequados. Neste questionamento, 5,1% da população absteve-se e não respondeu.

Um dado relevante a ser analisado é que se mantém o mesmo número de professores que questionam o espaço da sala de aula para atividades de educação em saúde do escolar; 29,1% com os que não consideram os conteúdos trabalhados em sala de aula adequados às necessidades de educação em saúde do escolar, 29,1%.

Procederemos, à análise das justificativas das respostas para que possamos argumentar os resultados acima, a partir de dados mais consistentes.

#### **4.3.2.1. Justificativa dos professores acerca dos conteúdos sobre educação em saúde trabalhados em sala de aula serem ou não adequados às necessidades dos alunos**

TABELA 8  
JUSTIFICATIVAS DOS PROFESSORES ACERCA DOS CONTEÚDOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE TRABALHADOS EM SALA DE AULA SEREM OU NÃO ADEQUADOS ÀS NECESSIDADE DOS ALUNOS

JUSTIFICATIVAS	TOTAL	
	N	%
Não, porque é muita teoria sem nexo para o cotidiano do aluno	12	15,2%
São conteúdos mínimos mas ajudam	11	13,9%
Sim, mas não justificaram	10	12,7%
Trabalho dentro da realidade dos meus alunos, e os conteúdos são selecionados de acordo com a necessidade deles e da comunidade	09	11,4%
São adequados, porque auxiliam na higiene e prevenção de doenças	07	8,9%
São adequados, porque estão suprimindo as necessidades e curiosidades dos alunos	05	6,3%
Colocaram que não e não justificaram	05	6,3%
Não responderam	04	5,1%

JUSTIFICATIVAS	TOTAL	
	N	%
São adequados, porque, quem faz o trabalho é o agente de saúde com as crianças	03	3,8%
São, porque os alunos não conhecem os conteúdos lecionados	02	2,5%
Sim, o programa da Secretaria Municipal abrange temas importantes para os alunos	02	2,5%
Não, porque visam apenas os remendos da saúde	02	2,5%
Não, por não ter condições de fazer um bom trabalho em sala de aula	02	2,5%
Não, porque a escola tem alguém especializado para falar sobre saúde	01	1,3%
Não, porque nunca trabalhou com estes conteúdos em sala de aula	01	1,3%
Sim, porque, na família, ele não possui noções de higiene para que ele possa aprender a cuidar-se	01	1,3%
Sim, quando bem explorado pelos professores	01	1,3%
Sim, porque se tenta mostrar como ter saúde, boa apresentação física e mental e manter um bom relacionamento social.	01	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

*OBS.: O percentual obtido foi 100,1% sendo aproximado para 100%.*

Neste questionamento, 15,2% dos respondentes afirmam não considerar os conteúdos adequados, porque os mesmos são muita teoria sem nexo para o cotidiano do aluno, salientando assim, a importância de contemplar as ações de educação em saúde do escolar dentro do universo social do aluno, das suas condições de vida, e de como ele poderá, através da reflexão, da crítica, das contradições e das relações sociais, buscar formas que possibilitem uma maior articulação do discurso pedagógico com as questões sociais.

Analisando as colocações feitas pela população estudada, vê-se que 13,9% considera os conteúdos lecionados em sala de aula sobre educação em saúde do escolar adequados apesar de serem mínimos porque eles ajudam os alunos. Esta colocação chama a atenção para a necessidade de se trabalhar com as questões de saúde na escola; por outro lado não há referência em tal afirmação como estes conteúdos realmente têm contribuído dentro da visão deste professor. Este aspecto merece ser considerado, porque o fato de esta população considerar os conteúdos adequados pode ter partido da compreensão limitada que estes professores têm sobre educação em saúde.

Ainda 12,7% afirma que os conteúdos são adequados porém tal afirmação não é justificada. Este dado e o analisado acima reafirmam os dados coletados no item 4.2.2., com relação ao conhecimento dos respondentes sobre educação em saúde, nos quais a maioria demonstrou uma visão muito limitada e errônea acerca desta questão.

Outros 11,4% da população considera os conteúdos adequados, porque procuram trabalhá-los de acordo com as necessidades dos alunos e da comunidade. Apesar de esta afirmação ser considerada o que se espera na elaboração dos programas de educação em saúde do escolar, é mister que se analise esta afirmação dentro das colocações das questões já examinadas, onde pudemos constatar, quando do questionamento aos professores sobre saúde e

sobre educação em saúde no item 4.2.1. e 4.2.2., que a grande maioria de nossa população tem conhecimentos errôneos sobre esta temática pautadas ainda na compreensão de saúde voltadas apenas aos aspectos biológicos e de higiene, sem consideração ao tratamento sócio-político-econômico e cultural. Não que os aspectos acima também não sejam importantes, mas saúde não se restringe apenas ao corpo, conforme já analisamos anteriormente. Acreditamos que, ao afirmarem que trabalham dentro da realidade do aluno e das necessidades da população, fazem-no de forma compreensiva de educação em saúde e, se assim for, há aqui uma contradição estabelecida entre o que o professor em função de sua experiência profissional e pessoal, considera importante, e o que o aluno e a comunidade consideram necessidade de saúde, conforme foi relatado por autores como RAMOS & PEREIRA (1990), OLIVEIRA & SILVA (1990) entre outros.

Ainda 8,9% dos respondentes consideram os conteúdos adequados porque auxiliam na higiene e prevenção de doenças. Percebe-se, nesta justificativa, uma preocupação com os aspectos preventivos das doenças, mas também há um reforço à ação higienista, não que não seja assunto a ser contemplado, mas, conforme analisaremos nos próximos itens, e já foi relato no referencial teórico, a atuação com educação em saúde do escolar não se limita apenas a este campo. Essa atuação é muito mais abrangente.

Outros 6,3% da população considera adequado, porque os conteúdos estão suprimindo as necessidades e curiosidade dos alunos. Novamente se percebe que há um enfoque voltado para as necessidades dos alunos, o que hoje é considerado por estudiosos da educação em saúde do escolar, um dos fatores fundamentais para a efetivação dos programas nesta área. Porém, questiona-se a compreensão que estes professores demonstraram em relação à saúde e como esta tem subsidiado sua percepção sobre as necessidades de seus alunos e da comunidade.

Outros 6,3% da população afirma que os conteúdos não são adequados, mas não justificaram, demonstrando desconhecimento sobre o assunto, ou pouco interesse em relação à temática.

Conforme vimos na tabela 8, 5,1% de nossa população não respondeu ao questionamento. Este índice de abstenção é o mesmo obtido na tabela 7, sobre o questionamento acerca da sala de aula ser espaço propício para atividades de educação em saúde. Salienta-se que os questionários entregues para a população de nosso estudo e que não foram respondidos, foram excluídos da amostra para análise. Portanto, a abstenção em relação a um dos questionamentos realizados não se refere aos mesmos componentes da população de outros questionamento.

Alguns dos respondentes, 3,8%, consideram os conteúdos adequados porque quem faz o trabalho é o agente de saúde, esta colocação será melhor analisada no item 4.7 de nosso estudo mas cabe salientar, nesta afirmação, o desvinculo do professor em relação às questões de saúde tratadas em sala de aula. Por outro lado, tal resultado no presente estudo ocorreu em função de Itajaí ainda ser um dos municípios que têm o agente de saúde na escola, o que como já colocamos, analisaremos posteriormente.

Ainda 2,5% dos respondentes afirmam que os conteúdos são adequados, porque os alunos não os conhecem. Tal afirmação, apesar de não permitir uma análise mais aprofundada, por falta de dados que forneçam elementos suficientes, ou seja, que permitam conhecer os conteúdos lecionados, parte da premissa de que os alunos desconhecem os cuidados básicos de prevenção a doenças e promoção da saúde, ou então porque os temas trabalhados não fazem parte da realidade dos alunos. Pelas colocações feitas até o presente momento pela população, acredita-se que ambos interfiram embora de maneira diferente no desconhecimento dos alunos sobre os conteúdos lecionados.

Outros 2,5% referem-se aos conteúdos como adequados, por que o programa da Secretaria Municipal abrange temas importantes para os alunos. Percebe-se, nesta afirmação, um dado importante levantado pela população em estudo, que é o fato dos programas serem elaborados pela Secretaria Municipal

de Educação e não em conjunto com os professores das escolas o que, sem dúvida, desvirtua, totalmente, o que se preconiza em relação à elaboração dos temas e, programas sobre educação em saúde do escolar a serem trabalhados em sala de aula com os alunos. Tal colocação não será analisada neste momento, pois será tratada no item 4.3.3.1 - onde será analisada a maneira como os conteúdos sobre educação em saúde do escolar trabalhados em sala de aula são escolhidos.

Outros, 2,5% dos respondentes não consideram os conteúdos adequados, pois os mesmos visam apenas os remendos da saúde, sem que se rompam com questões culturais. Estas afirmações são confirmadas por autores como PILON (1990) que coloca que a educação tem sido tratada como “remendo para estilos de vida”. De fato, ao tratar a educação como instituição social, mas com um fim em si mesma, desvinculada da vida da comunidade, ela passa a ser apenas mais um espaço físico ocupado por sujeitos que deixam sua essência de “ser” para se tornarem mais um número na lista de chamada. Esta é fruto da política assistencialista do Estado que tem, ao longo de nossa história, tratado as questões sociais entre elas a saúde e a educação de forma compartimentada, ora priorizando um aspecto, ora outro, sem que se analise os problemas dentro do contexto geral da sociedade, fato este confirmado por autores como,

FOCESI (1992), MARCONDES (1964), CANDEIAS (1988), PIRES (1989) e MELO (1980), entre outros.

Ainda 2,5% não considera os conteúdos adequados por falta de condições de fazer um bom trabalho. Apesar de os respondentes não terem especificados que condições são estas, se são humanas ou materiais, sabemos que a escola, hoje, carece não só de novos discursos. como também de ações que possibilitem aos professores colocarem estes discursos na prática, no seu dia-a-dia, responsabilidade esta que não é só dos professores, mas de toda a sociedade, caso contrário, estar-se-ia incorrendo no erro de atribuir ao professor uma culpa que passa por um emaranhado de problemas que vão desde a incompetência administrativa e de omissão dos governos em relação à educação em saúde, como também passam pela falência das demais instituições sociais como o próprio sistema de saúde pública que não consegue atender, com eficiência, às necessidades de nossa população.

1,3% dos respondentes afirmam que não são adequados, porque não têm alguém especializado para falar sobre os temas. Destaca-se, nesta afirmação, como o desconhecimento tem colocado os professores à dependência de outros profissionais, levando, assim, à exaltação destes a ponto de deixarem que os mesmos assumam um papel que, na realidade, é dos professores. Isto ocorre também em função da própria convivência dos professores com projetos na

área de educação em saúde como o do agente de saúde do escolar, que, ao delinear ações dentro da escola que deveriam estar sendo tratadas nas instituições de saúde, ou serem assumidas pela família, extrapolam a função de Magistério. Na atual concepção sobre o papel da escola, ou, mais especialmente, do professor em sala de aula com as questões de saúde, vê-se que ao professor compete:

*“... desenvolver valores éticos a compreensão de direitos e deveres em relação à vida saudável e à cidadania;*

*. socializar as informações relacionadas à saúde, para maior acessibilidade;*

*. estimular a criatividade para a busca de soluções para os problemas detectados;*

*. construir o pensamento crítico por meio do desenvolvimento das capacidades de observar, analisar comparar e refletir sobre a realidade;*

*. ensinar a detectar situações estruturais que estejam interferindo na saúde da população.*

*. ensinar a compreender a estruturação da própria comunidade; a arrecadação e aplicação dos impostos; a atuação das políticas e, relação à aplicação das verbas e dos projetos considerados proprietários para a promoção, proteção e controle da saúde;*

*. avaliar a infra-estrutura social oferecida para possibilitar a educação em saúde;*

*. capacitar o escolar para reivindicar melhor qualidade de vida e colaborar como cidadão na transformação da sociedade para uma vida melhor...”. (FOCESI, 1992, p. 171)*

*“... aproveitar todas as oportunidades para proporcionar aos alunos vivências em saúde;*

*. integrar-se à equipe de saúde; ...” (FOCESI, 1990, p.07)*

Em relação a estes objetivos, salienta-se que o professor só poderá assumir tal função, se a eles forem dadas as condições concretas para viabilizar sua ação entre elas, condições para manter um trabalho interinstitucional, reciclagem e cursos de atualização para que o professor possa trabalhar tais questões em sala de aula, bem como oferecer meios para que a escola viabilize sua transformação na construção de um currículo crítico e participativo.

Ainda 1,3% da nossa população considera que os conteúdos não são adequados porque nunca trabalharam com eles em sala de aula. Evidencia-se nesta colocação a preocupação do professor quanto ao fato de as questões de saúde serem tratadas em sala de aula por outro professor (Agente de Saúde) que não conhece a realidade de seus alunos, tornando evidente que, apesar da ineficiência dos programas voltados para a educação em saúde do escolar e da falta de cursos de aperfeiçoamento e reciclagem para professores, alguns destes conseguem ter uma visão mais crítica sobre os problemas que permeiam a educação em sua totalidade e reconhecem seu papel como educador no contexto da sociedade.

Outros 1,3% consideram os conteúdos adequados porque, em casa o aluno não possui noções de higiene. Esta reforça o que vem sendo colocado pelos respondentes sobre educação em saúde do escolar, cuja finalidade única seria a de higienizar corpos. Conceito, baseado no discurso dos higienistas do

início do século XX que se mantém até os dias de hoje pelo discurso e ações da maioria dos professores, conforme analisamos no item 4.2. de nosso estudo . Concepção esta ultrapassada, conforme OLIVEIRA & SILVA (1990) que reafirmam a necessidade de superar a concepção errônea que se tem de educação em saúde do escolar como sendo a simples transmissão de informação sobre higiene para que a escola não se torne apenas um espaço para memorização de conceitos errôneos sobre saúde.

Ainda 1,3% afirma que os conteúdos são adequados quando bem explorados pelos professores o que hoje que tem sido preocupação, conforme os discursos da educação em saúde.

Ainda 1,3% da população considera os conteúdos adequados porque procuram mostrar como ter saúde, boa apresentação física, mental e manter um bom relacionamento social. Tal afirmação demonstra uma compreensão maior dos respondentes em relação à necessidade de se trabalhar com conteúdos sobre a educação em saúde de forma mais contextualizada para a realidade dos alunos. Porém ao usarem o termo “mostrar” como alcançar a saúde, parecemos que o tratamento dado em sala de aula às questões de saúde ainda está voltada para práticas normativas, ditadas por regras de “bem viver”.

*“... À escola cabe instruir sobre o que é “correto” e deve ser feito: “a norma”...”. (BOLTANSKI, 1979, p.48)*

Nota-se, neste questionamento, a dificuldade dos professores em ultrapassar sua prática a partir de seu discurso. Por outro lado, vê-se a urgência de uma avaliação dos cursos de preparação dos professores, bem como uma reflexão maior sobre o papel da escola nas questões sociais, e como esta tem oferecido condições para que os professores possam efetivar, em sala de aula, o discurso dos educadores. Os atuais discursos da educação em saúde do escolar, fundamentados na atual concepção de saúde, colocam ser o professor que está em sala de aula elemento indispensável para tratarem esta temática conforme FOCESI (1992), RANGEL (1992), RAMOS & PEREIRA (1990) entre outros... O que concordamos, pois, exemplo disto foi o projeto de saúde do escolar com o “Agente de Saúde” que, atualmente, vem sendo objeto de severas críticas, pois, mesmo sendo um professor da escola, não tinha como o professor, que está em sala de aula, conhecimento suficiente acerca da realidade dos alunos, o que, sem dúvida, foi fator decisivo para o fracasso de sua atuação.

Percebe-se, ainda, na análise destas justificativas, que os professores consideram os conteúdos adequados. O não perceber a inadequação da maioria dos conteúdos que vem sendo trabalhados procede da visão errônea sobre o que seja educação em saúde do escolar. Visão que é fruto de uma formação profissional pautada em currículos que não vislumbram o homem dentro do

contexto sócio-econômico-político-cultural, portanto, não preparam os professores para saberem lidar com questões que permeiam o cotidiano dos seus alunos. Segundo autores como FOCESI (1990), tal fato acaba se refletindo na ação pedagógica desses professores.

#### **4.3.3. Conteúdos sobre Educação em Saúde do Escolar Trabalhados em sala de aula**

Neste questionamento, procura-se, através da análise dos conteúdos sobre educação em saúde trabalhados em sala de aula, compreender como os professores vêem a educação em saúde do escolar.

Salienta-se que muitos conteúdos foram repetidos várias vezes. Portanto, usaremos o percentual apenas para inferir os dados com a população total de nosso estudo. Por exemplo, “Higiene” que foi citado pela maioria dos respondentes, sendo repetido várias vezes juntamente com outros temas já que solicitou-se aos professores que listassem os conteúdos que trabalharam sem limitar quantos deveriam ser citados.

TABELA 09  
 CONTEÚDOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR  
 TRABALHADOS EM SALA DE AULA

CONTEÚDOS	TOTAL	
	N	%
Higiene	51	64,6%
Alimentação	27	34,2%
Nenhum, porque quem trabalha é o agente de saúde	27	34,2%
Dentição	16	20,3%
Doenças em geral	12	15,2%
Primeiros Socorros	11	13,9%
Doenças sexualmente transmissíveis	09	11,4%
Não responderam	08	10,1%
Higiene escolar e ambiental	05	6,3%
Saneamento Básico	04	5,1%
Corpo Humano	03	3,8%
Reprodução Humana	02	2,5%
Drogas	02	2,5%
Sexualidade	02	2,5%
Alcoolismo	01	1,3%
Poluição	01	1,3%
Posturas	01	1,3%

Antes de proceder-se a análise, salienta-se que esta será realizada buscando a relação dos conteúdos com o discurso atual sobre educação em saúde do escolar e com os dados até aqui analisados. Ressalta-se, ainda, que todos os conteúdos aludidos pela população de nosso estudo são importantes, e que nosso questionamento se baseia na forma de como alguns desses conteúdos são, no contexto da sala de aula, tidos como mais relevantes ou menos relevantes, sem que sejam contextualizados com o cotidiano dos alunos.

O conteúdo de “higiene” foi citado por 64,6% dos respondentes, reafirmando o que até agora foi constatado na análise das questões anteriores, acerca da manutenção do discurso higienista, discurso que, segundo autores como LIMA (1985), MELO (1980) e COSTA (1984) entre outros, buscava, através da disciplinização higiênica, criar condições necessárias à alfabetização e um maior controle da vida da população, através de medidas impostas pela classe dominante e legitimadas pela ciência. Não que o tratamento acerca de higiene não seja importante. O que se questiona é a ênfase tão grande àquela temática, o que nos parece demonstrar ainda a influência do discurso higienista.

O segundo conteúdo mais citado pelos professores, 34,2%, foi “Alimentação”. No entanto acredita-se que a preocupação em trabalhar esta temática bem como a de higiene tenha ligação com os falsos conhecimentos que se tem entre estas e o fracasso escolar. A desnutrição isoladamente não atua como fator único na não aprendizagem. Há uma multiplicidade de fatores que merecem ser melhor analisadas. COSTA (1989) relatou estudos feitos na II Guerra Mundial com meninos europeus desnutridos que conseguiram freqüentar a escola e aprender. Estas crianças tiveram um programa de suplementação alimentar após guerra, permitindo que se recuperassem e não ficassem com seqüelas que interferissem em sua capacidade de aprender. É

lógico que, quando crianças sofrem de desnutrição durante grande parte de sua vida a tendência a terem seqüelas vai aumentando.

Outros 34,2%, o que indica um índice elevado, não trabalham com nenhum conteúdo relacionado à saúde porque quem trabalha é o agente de saúde. Este dado justifica-se, conforme já relatado, pelo fato de as escolas municipais de Itajaí terem o programa do Agente de Saúde através do projeto de saúde do escolar da Fundação de Assistência ao Escolar (FAE) nas escolas, onde, quem realiza as orientações e realiza as atividades de saúde em sala de aula é o agente de saúde. Na análise da FASE VII deste estudo, proceder-se-á uma melhor avaliação da atuação deste profissional nas escolas. Salienta-se, no entanto, que tipo de aprendizado espera-se destas crianças, se nem mesmo seus professores demonstram preocupação com estas questões, e como alguém que não convive com os alunos em seu cotidiano da sala de aula sabe o que elas realmente precisam, e o que é necessário para a efetivação de mudanças no sentido de melhorar sua qualidade de vida.

O conteúdo sobre “dentição” é colocado por 20,3% da população em estudo. Este é abordado em todas as escolas municipais, mais por ingerência do Programa de Saúde do Escolar da Fundação de Assistência ao Educando (FAE), do que pela necessidade percebida pelos professores. Isto não quer dizer que os alunos não precisem de tal atendimento, mas a colocação desta

temática em sala de aula não conta como temas que partiram de um estudo mais criterioso, partindo da realidade dos alunos. O resultado tem-se mostrado insatisfatório, pois, durante o período escolar, a criança escova os dentes na escola, faz aplicações de flúor e vai ao dentista. No período de férias, a criança não dá continuidade às orientações e cuidados, porque não foram trabalhadas estas questões com os pais, ou porque há famílias que vivem em estado de miséria absoluta, que não têm dinheiro sequer para se alimentar, quanto mais para comprar uma escova de dentes. Tais famílias também não encontram apoio nas instituições de saúde que deveriam continuar os cuidados e orientações feitas na escola, fazendo com que as ações planejadas e realizadas na escola não tenham continuidade fora dela.

O conteúdo sobre “doenças em geral” é citado por 15,2% da população, o que achamos importante desde que voltados à realidade das crianças aos problemas de saúde comuns não só em relação a sua faixa etária como também tratem as doenças básicas e que fazem parte do cotidiano da saúde da população.

“Primeiros Socorros” é um dos conteúdos colocados por 13,9% dos professores; se estes forem direcionados de acordo com a idade da criança e voltados também para sua realidade, é assunto que deve, sem dúvida, ser trabalhado em sala de aula.

Ainda 11,4% trabalha com doenças sexualmente transmissíveis, o que considera-se importante, dependendo de como estas questões são tratadas, por serem hoje temas comprovadamente de interesse não só das políticas de saúde, mas vivenciados pela população de uma maneira geral, independente da faixa etária. Exemplo disto tem sido o elevado índice de AIDS em crianças no Brasil, que são filhos de pais portadores de AIDS. Dados do Ministério da Saúde colocam que só no ano de 1992, 100 mil crianças tenham nascido com a doença.

Um número representativo da população, 10,1%, abstiveram-se e não responderam. Questão preocupante que pode indicar que estes professores se omitem em trabalhar com estas temáticas por a desconhecerem. Este dado pode ser associado ainda ao que foi colocado no item 4.2.2., sobre a visão que os professores têm sobre o conceito de educação em saúde do escolar, onde 7,6% da população não respondeu; outros 1,3% acharam ótimo e não justificaram. Tal colocação pode ter sido em função destes desconhecerem os conteúdos sobre educação em saúde do escolar que são trabalhados em sala de aula porque quem faz este trabalho é o agente de saúde, sendo que muitas vezes os professores sequer participam destas orientações, saindo da sala de aula para realizarem outras atividades.

“Higiene escolar e saúde ambiental” são conteúdos trabalhados por 6,3% dos professores. Apesar de serem importantes dentro do contexto geral da saúde do escolar, novamente aqui se vê o reflexo das idéias higienistas presentes nas escolas. Acredita-se que os aspectos ligados à higiene e à saúde ambiental mereçam, sem dúvida, ser tratadas, não só como tema de determinado conteúdo, mas dentro dos demais temas em saúde como medida de prevenção dos mais diferentes problemas de saúde. Exemplo de sua importância é o ressurgimento, no Brasil, do cólera que, em 1992, atingiu proporções alarmantes, sendo considerada epidêmica em algumas regiões, dada ao grande número de casos. As precárias condições de saneamento básico e o desconhecimento de cuidados de higiene pessoal e de manipulação de alimentos entre outros foram fatores que contribuíram para sua disseminação e ressurgimento no Brasil.

“Saneamento Básico” é citado por 5,1% da população, tema importante que consideramos deveria estar assim como outros sendo trabalhados por todos os professores em todos os períodos não com uma frequência tão baixa como observamos aqui. Dados de 1992, da Associação Brasileira de Engenharia Sanitária e Ambiental, mostram que 60% das internações pediátricas são devidos a doenças que surgem por meio de contato com água e esgoto não tratados. Contribuindo também para elevar o número de mortalidade infantil no

Brasil, por doenças transmitidas pelo contato com água contaminada, esgoto e vetores (moscas, ratos, baratas...).

Ainda 2,5% da população trata conteúdos como “Corpo Humano” e “Reprodução Humana”, temas importantes que estão sendo trabalhados por um percentual muito pequeno de professores.

“Drogas” foi citado por apenas 2,5% da população, um percentual baixo, quando se sabe que, em Itajaí, há um índice bastante elevado de adolescentes que fazem uso delas causa, inclusive, do alto índice de portadores de AIDS em nossa cidade.

Os conteúdos sobre educação em saúde, não têm sido contextualizados com a realidade dos alunos, face ao pouco conhecimento de quem elabora os programas a serem trabalhados em sala de aula. Uma das justificativas colocadas é que, nesta fase, (7 - 10 anos) a criança não tem ainda vivência com drogas, fato este que não é verdadeiro. Sabe-se que muitas destas crianças já tiveram contato com drogas antes do seu nascimento ainda quando estavam no útero materno, o que as torna mais predispostas a se tornarem futuros dependentes de drogas. Por outro lado, é absurdo que só se pense em prevenir este problema quando, possivelmente, a criança ou o adolescente já entrou em contato com as drogas e alguns inclusive já se tornaram dependentes.

“Sexualidade” é citado por 2,5% da população, tema também considerado importante dadas as rápidas mudanças físicas pelas quais as crianças passam nesse período entre essas mudanças os aspectos ligados à maturidade sexual são importantes e devem ser tratadas.

“Alcoolismo” foi referenciado por 1,3% da população, índice baixo face às conseqüências do alcoolismo para os indivíduos. Não nos aprofundaremos nesta análise, mas tal conteúdo é significativo para a vida das crianças, pois muitas delas entram em contato muito cedo com o álcool, através dos próprios pais.

“Poluição” foi citado por 1,3% da população, percentual baixo, pois este tema também é importante nas questões de saúde, em decorrência dos agravos que constituem para a saúde de nossa população. Uma das justificativas pode ser o fato de Itajaí ter um índice aparentemente baixo de poluentes, dada as características desta cidade. Porém, cabe salientar que o assunto é importante enquanto tema mundial além de que não há garantias de que estas crianças poderão vir a viver em lugares onde o índice de poluição ambiental não seja elevado. Deve-se salientar que o problema de poluição não acontece só na atmosfera, mas no ambiente de trabalho, por exemplo (sons, ruídos, substâncias poluidoras) fato suficiente para que este conteúdo tivesse uma abordagem maior.

“Posturas” foi referenciado por 1,3% da população do estudo, assunto relevante no que tange à prevenção de problemas futuros, como de coluna cervical e pulmão. Dentro desta contextualização, considera-se que o tema seja importante. Não é possível inferirmos outras análises por não conhecer os conteúdos tratados nesta temática.

Em uma análise geral dos conteúdos trabalhados em sala de aula, pode-se constatar que há uma enfoque maior àqueles que abrangem os aspectos de higiene, reforçando, assim, a influência do discurso das políticas higienistas das décadas de 10 e 20, como também há um reforço a conteúdos que contemplam os programas de saúde do escolar do governo, como o da merenda escolar e o do agente de saúde instituídos pela Fundação de Assistência ao Educando (FAE) reafirmando, assim, a intervenção do governo no discurso do professor em sala de aula, e a incapacidade destes educadores em transporem estas barreiras. Não somos contrários à intervenção do Estado, até porque a saúde é também dever do Estado. Consideramos que a intervenção deste deva ser no sentido de oferecer instituições sociais eficientes, e que possam atender às necessidades da população e não como forma de controle das camadas populares.

Os projetos, até hoje instituídos pelo Estado, como forma de “auxílio” à população em especial os que concernem à saúde do escolar, têm, através das

chamadas “prioridades,” servido apenas para escamotear o substrato dos reais problemas de nossa população, por exemplo, o da “merenda escolar”. A fome e a desnutrição são determinadas, não pela falta de alimento na escola, mas pelas políticas injustas de distribuição de bens, e pelo desemprego, entre outros... . Em todo o Brasil, dados recentes do Ministério da Saúde confirmam que há 30,7% de crianças desnutridas.

*“... O princípio do direito à qualidade de vida devem orientar os estudos para a saúde no sentido de avançar além do tratamento individual, alcançando o compromisso do estado. Nesse sentido, ao “estudar” a Saúde, estuda-se, também, o dever do Estado e o direito do cidadão em reivindicá-lo... ”. (RANGEL, 1992, p.200).*

Percebe-se também que há um reforço de determinados temas, enquanto outros são pouco valorizados, não que se deva contemplar todas as questões de saúde em um único ano letivo, mas deve haver um trabalho sério dentro das escolas, no sentido de buscar, junto aos alunos, suas famílias, e na análise do contexto geral da comunidade, conteúdos que, realmente, estejam voltados para a realidade dos seus educandos.

Não há também referência a conteúdos que levem as crianças a conhecerem sua comunidade e as instituições sociais existentes nas mesmas, que apoiem e procurem viabilizar as ações sobre saúde em sala de aula. Sabe-se que o descaso do governo com a saúde tem negado a milhares de pessoas o

acesso a essas instituições que, ou não existem, ou funcionam em condições tão precárias que não fazem falta nenhuma se forem extintas. No caso particular de Itajaí, há um ambulatório em cada um dos bairros. Em alguns, inclusive, dois ambulatórios que prestam atendimento básicos no que concerne à saúde. Estes podem não ser ambulatórios perfeitos, mas têm sido considerados de boa qualidade, a nível de Estado, não justificando, assim, a omissão da escola em não trabalhar integradas, a essas Instituições, mostrando, inclusive, os direitos que estes alunos têm como cidadãos de acesso às mesmas.

De que adianta falar sobre “doenças sexualmente transmissíveis” por exemplo, se alguns professores só se preocupam em mostrar os sintomas clínicos das doenças e não falam da prevenção, ou quando falam, não fornecem dados ou meios que possibilitem a estas pessoas acharem o profissional adequado para avaliar seu estado de saúde, ou onde podem encontrar estes serviços. Como enfermeira, atuando em campos de estágio com alunos, não são raras, as vezes, em que vemos as pessoas perdidas e sem saberem o que fazer ou a quem procurar para que as ajudassem a resolver problema de saúde. Essas pessoas acabam passando por vários especialistas até encontrarem quem realmente tivesse conhecimento e soubesse tratar seu problema. Aqui se salienta a necessidade das questões de saúde na escola serem desenvolvidas através da ação conjunta de várias secretarias e profissionais que apoiariam o

trabalho do professor. Voltando ao caso citado acima, sobre doenças sexualmente transmissíveis, o professor faria a parte teórica do conteúdo em sala de aula e mostraria aos alunos os locais onde esses teriam profissionais competentes para ajudá-los, se possível.

Novamente se observa a importância que tem o trabalho interinstitucional e multiprofissional no apoio às ações de educação em saúde do escolar, pois a escola e os professores, sozinhos, não conseguirão contemplar as questões de saúde do escolar com a devida atenção que tal conteúdo merece.

É mister que se apóie o professor para realizar tais atividades que dependem, entre outros, da vontade política dos profissionais, não só da educação, mas de todos os demais segmentos da sociedade para que realizem projetos conjuntos que permitam a atualização destes professores, que modernizem os projetos educacionais, voltando-os para uma perspectiva crítico-social, garantindo às camadas populares maiores chances à qualidade de vida.

*“... Portanto, ao se pensar no amanhã dos estudos para a saúde, pensa-se na esperança de melhores condições de vida e, também, no fortalecimento da sociedade civil (da sua qualidade política) e dos movimentos sociais, para que se controlem, respeitem e cumpram os deveres da saúde como deveres do Estado...”. (RANGEL, 1992, p.200)*

**4.3.3.1. Maneira como os conteúdos sobre educação em saúde do escolar vêm sendo escolhidos para o trabalho em sala de aula**

**TABELA 10**  
**MANEIRA COMO OS CONTEÚDOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE**  
**DO ESCOLAR VÊM SENDO ESCOLHIDOS PARA O TRABALHO**  
**EM SALA DE AULA**

<b>ESCOLHA DOS CONTEÚDOS</b>	<b>TOTAL</b>	
	<b>N</b>	<b>%</b>
Não responderam	28	35,4%
São escolhidos pela Secretaria Municipal de Educação	23	29,1%
Não souberam dizer	13	16,5%
A escolha é feita pela Secretaria Municipal de Educação e adaptadas com a realidade de cada aluno e necessidades sentida pela escola	10	12,7%
São escolhidos em reunião com os professores e trabalhados de acordo com as necessidades dos alunos	5	6,3%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

Neste questionamento, é impressionante o número de professores que não responderam. Foram 35,4% (conforme consta na TABELA 10), o que nos leva a inferir que, possivelmente, a maioria dos conteúdos por eles lecionados ou vêm prontos e sequer são questionados, ou estes respondentes omitiram sua resposta em função de acharem seu trabalho ineficiente, dada às condições oferecidas para que sua prática e discurso em sala de aula se viabilize.

Outros 29,1% da população coloca que os conteúdos são escolhidos pela Secretaria Municipal de Educação. Constata-se, nestas respostas, como a questão de normatização, a partir do estabelecimento de critérios ditos como gerais vistos que esses programas não alcançam a realidade social, são de pouca repercussão prática. Contudo, há temas que são gerais: doenças

sexualmente transmissíveis, noções de saneamento básico, conhecimento dos órgãos de saúde disponíveis na comunidade, cuidados básicos com higiene e alimentação, entre outros, que podem ser contemplados de maneira geral pelas escolas, até porque permitem uma compreensão melhor de outros conteúdos que, por urgência da comunidade e das crianças, serão trabalhados.

Autores como RANGEL (1992), CARELLI & OLIVI (1992) chamam a atenção para tal fato, pois se corre o risco de criar programas com conteúdos que pouco contribuem para modificar a realidade dos alunos. Atualmente, preconiza-se que deve haver uma análise geral de temas considerados pertinentes, no sentido de contextualizar outros temas que serão abordados dependendo das características peculiares das comunidades a que a escola vem servindo. Há, porém, critérios que devem ser seguidos, quando da elaboração dos conteúdos.

*“... terem vínculo com o cotidiano dos alunos;  
. terem relevância social  
. terem adequação ao desenvolvimento intelectual do  
estudante...”.* (CARELLI & OLIVI, 1992, p.29)

Conforme se tem observado no referido estudo, o professor está preso a um sistema de normas e controles tão fortes quanto os que ele impõe aos seus alunos. Salienta-se aqui as colocações feitas por PILON (1990) sobre a

temática deste estudo que observa não ser possível que ainda hoje continuemos a criar programas e/ou projetos para terceiros. Deverá, na escolha destes, haver uma relação democrática e participativa, onde profissionais e populações sejam tomados como sujeitos e atores neste processo, visando a efetivação de uma práxis crítica e criativa. Só o debate que leve à reflexão e à ação em torno das propostas de educação em Saúde do escolar é que poderá levar à descoberta de uma realidade social mais abrangente e de ações que permitam o pleno desenvolvimento e crescimento do homem em sua totalidade.

Um percentual significativo de nossa população, 16,5%, não soube dizer como os conteúdos de educação em saúde do escolar são escolhidos para trabalho em sala de aula. Na verdade, esta afirmação vem reforçar os muitos questionamentos que hoje se faz ao papel do professor, a sua incapacidade de compreender e as questões de dentro e de fora do ambiente da escola. Tal fato leva a considerar como se pode hoje questionar a ação pedagógica, se os professores continuam sendo submetidos a currículos e programas autoritários, que o professor pouco pode questioná-los. Sofrem uma forma de controle oficial que consegue fazer calar a voz dos professores mais críticos. Porém, é necessário que os professores resgatem seus espaços a fim de estabelecerem uma relação mais democrática entre **escola-aluno-Instituição Oficial e comunidade**.

Outros 12,7% dos respondentes colocaram que a escolha dos conteúdos sobre educação em saúde do escolar é feita pela Secretaria Municipal de Educação, e são adaptados à realidade dos alunos e necessidade sentida pela escola. No contexto desta análise, percebe-se que esta afirmação não muda muito o que se coloca acerca da afirmativa analisada anteriormente a esta, apesar de se perceber, aqui, uma tentativa de transpor os programas oficiais. Ainda assim, não há mudanças, pois se mantêm o controle das questões sociais, só que, agora, a nível de escolas. O que anteriormente se pressupunha ser função da Secretaria Municipal de Educação, agora o é também da escola.

Cabe, nesta análise, levantar alguns questionamentos: De que realidade esses professores falam? Se é a que eles sentem, a partir de suas experiências com os alunos na escola, ou é aquela que, como membros da comunidade, sentem-na porque convivem com ela cotidianamente não só na sala de aula, mas porque moram nesta comunidade? Mesmo assim, questiona-se, por que a família dessas crianças está ausente da discussão sobre tais temas? Será que irão justificar sua ausência pela sua ignorância novamente? E os alunos, continuam sendo objetos e não sujeitos reais? De que realidade se está falando? Possivelmente, de uma realidade que nem sempre ou, na maioria das vezes, é considerado porque não refletem o cotidiano escolar fora dos prédios escolares, e, portanto, não é realidade, já que não permite ver o ato de educar como

gerador contínuo de transformação, onde o objeto de seu trabalho é a práxis humana, que se transforma, quando todos os envolvidos são sujeitos ativos e passivos. No VI Congresso Brasileiro de Saúde Escolar, realizado em 1988, na cidade de Vitória, ES, foi elaborado um documento que explicou, entre outros aspectos, a importância do trabalho interinstitucional, bem como a necessidade da participação da Comunidade.

*“... As instituições de Saúde e Educação, ou seja, as unidades de saúde e escolas representam um espaço para as discussões destas questões devendo as mesmas ser democráticas e promover a participação da comunidade no controle destas instituições”. (CARTA DE VITÓRIA, 1990, p.35)*

Ainda 6,3% da população colocou que os conteúdos são escolhidos em reunião com os professores e trabalhado de acordo com a realidade dos alunos. Esta afirmação contradiz os dados até aqui coletados e também as informações que obtivemos junto à Secretaria Municipal de Educação, através do seu próprio Secretário, que confirmou os dados de análise neste trabalho. Questiona-se, portanto, a veracidade de tal afirmação. Por outro lado, se esta for verdadeira, não há mudanças em nossas reflexões quanto ao caráter autoritário em referência à forma como os conteúdos sobre educação em saúde do escolar são escolhidos; mudam apenas os protagonistas, até então a

instituição oficial. Agora, são os professores que tomam para si esta responsabilidade.

Analisando o exposto pelos professores acerca da maneira pela qual os conteúdos de educação em saúde do escolar são escolhidos, vê-se que as afirmações aqui aludidas demonstram, claramente, que aspectos como: centralização, autoritarismo, obediência cega, institucionalização das decisões, apropriação do saber, reprodução, manipulação, dominação, entre outros, têm sido entraves para que a educação não só em saúde do escolar, mas em seus aspectos gerais, continue servindo como instrumento para manter o controle de uma classe sobre a outra.

É importante que se atente ao fato de como alguns professores usam conceitos, sem sequer saberem seus significados dentro de um determinado contexto. Fala-se aqui do conceito de “realidade do aluno” citado em sua totalidade por 19,0% dos respondentes neste questionamento de forma errônea. Pois, ao colocarem este apenas na visão que o professor tem da realidade do aluno sem considerá-lo dentro do contexto social da criança, dentro do que a criança pensa e vê como sendo real para ela, dentro do que suas famílias vivenciam e entendem como real, os professores deixam de lado a dimensão do que é “realidade do aluno”.

#### **4.3.4. Como os Conteúdos Sobre Educação em Saúde do Escolar são Trabalhados em Sala de Aula**

TABELA 11  
 COMO OS CONTEÚDOS SOBRE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO  
 ESCOLAR SÃO TRABALHADOS EM SALA DE AULA

MANEIRA COMO OS CONTEÚDOS SÃO ESCOLHIDOS	TOTAL	
	N	%
Através de palestras e aulas práticas, vídeos e experiências	18	22,8%
Através de texto, recortes, colagens e conversação	13	16,5%
Através de demonstração prática e orientações	12	15,2%
Trabalho no sentido de informação e prevenção	08	10,1%
Não responderam	08	10,1%
Ensinando	07	8,9%
Complemento conteúdos trabalhados pelo agente de saúde e que aparecem no dia-a-dia	05	6,3%
Não trabalho, quem faz é o agente de saúde	05	6,3%
Trabalho relacionado com outros conteúdos	03	3,8%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

Neste questionamento, busca-se, através da análise, de como os conteúdos sobre educação em saúde do escolar são trabalhados em sala de aula, inferir se os aspectos teóricos citados nas análises anteriores se efetivam ou se contradizem.

Este questionamento sofreu problemas de interpretação da pergunta, conforme fora formulada aos entrevistados, o que não era previsto, pois o mesmo não ocorreu na testagem do instrumento. A intenção não era enumerar as técnicas usadas para abordagem do tema, e sim, na forma e nos critérios usados para trabalhar com os temas referentes à saúde do escolar. Porém, procederemos à análise da mesma forma.

Entre os que citaram técnicas de ensino, tivemos um índice de 22,8%, conforme consta na TABELA 11, que se referira ao uso de palestras, aulas práticas, vídeos e experiências; também 16,5% da população menciona uso de textos, recortes, colagens e conversação. Os mesmos não deixam de ser importantes em nossa análise, pois se nota uma excessiva preocupação dos professores com uso de técnicas e instrumentos para executarem ações previamente estabelecidas. O que não poderia ser diferente frente a programas pré-estabelecidos pelas Secretaria de Educação conforme analisamos no item 4.3.3. A ação do professor dentro deste contexto passa a ser instrumental, utilizando recursos e técnicas para viabilizar a efetivação do que está organizado em nível central.

Outros 15,2% dos respondentes afirmam que trabalham seus conteúdos sobre educação em saúde do escolar através de demonstração prática e orientações. Possivelmente estas demonstrações estejam restritas ao ambiente escolar, pois, na análise dos conteúdos trabalhados, (item 4.3.3.) não há referência a atividades fora do ambiente escolar, o que pode configurar uma maneira para fazer com que o aluno possa entender determinadas orientações.

Ainda, 10,1% da população trabalha no sentido de orientação, informação e prevenção. Estas colocações, se postas em prática, conforme afirmam estes professores, está mais voltada ao que se espera das ações de

educação em saúde do escolar, citadas por RAMOS & PEREIRA (1990) que colocam a necessidade de se tratar esta temática com ações que visem a prevenção da doença. Estes dados representam um percentual pequeno da população total do nosso estudo, o que é preocupante, se compararmos os dados, acima que se referem à utilização de metodologias de ensino tradicionais, onde a idéia predominante segundo BOGUS et. alii (1990) é “instruir” e transmitir conceitos sem vínculo à realidade dos alunos.

Outros 10,1% da população não respondeu, mantendo, assim, o índice de abstenção já observados e analisados anteriormente ( itens 4.3.3)

Ainda 8,9% afirma que os conteúdos sobre educação em saúde do escolar são trabalhados em sala de aula “ensinando”, termo vago, e que impossibilita inferências mais específicas. Este pode ter sido usado ou por que os respondentes não entenderam o questionamento, ou por que, nem mesmo eles compreendem sua ação pedagógica e o seu papel dentro do contexto da sala de aula. Tal afirmação enfatiza apenas a questão individual da saúde do escolar, como também não permite experiências mais criativas que propiciem vivências mais próximas da realidade do aluno. COLLARES e MOYSÉS (1989), chamam a atenção para tais afirmações que consideram ser um equivoco, já que saúde não se “ensina”, mas se “discute”, pois não é uma questão apenas individual.

Outros 6,3%, apesar de não trabalharem diretamente com os conteúdos sobre educação em saúde do escolar, pois quem o faz é o agente de saúde, preocupam-se com temas que aparecem no seu dia-a-dia da sala de aula e tentam contemplar questões que, porventura, ofereçam dúvidas aos alunos. Pode-se considerar, nessa atitude do professor, uma tentativa em ultrapassar o discurso autoritário e assumir seu papel como educadores, contrapondo-se às práticas educativas domesticadoras, através de uma visão mais crítica acerca de seu cotidiano e o de seus alunos.

Ainda 6,3% dos respondentes não trabalham com conteúdos referentes à educação em saúde, pois quem o faz é o agente de saúde. Novamente percebemos a urgência de haver uma reavaliação do papel do professor, do papel do agente de saúde, dentro do que hoje se preconiza em termos teóricos acerca de educação em saúde do escolar para que haja uma redefinição tanto das políticas de saúde do escolar, como dos projetos e da própria ação pedagógica neste contexto.

Outros 3,8% citam que trabalham com os conteúdos relacionando-os a outros conteúdos tratados em sala de aula, o que, sem dúvida, é o que se espera dos professores, não só quando abrange temas referentes à educação em saúde do escolar, mas outras questões sociais que sejam, relevantes para seus alunos. Os aspectos de interdisciplinariedade devem, porem, ser bem analisados para

que os temas possam ser contextualizados de forma a permitir a integração do mesmo com as demais disciplinas e também com o contexto da escola e da realidade dos alunos. CARELLI & OLIVI.(1992), ressaltam a importância da abordagem interdisciplinar para o ensino de primeiro grau e, mais especificamente, para o desenvolvimento das atividades de educação em saúde do escolar já que propiciam

*“...o entendimento das relações dinâmicas que determinam o ambiente e estimulam o desenvolvimento de uma percepção crítica, no sentido de, entre outros objetivos, elucidar as causas e conseqüências da degradação ambiental, avaliar às questões referentes à saúde do homem e à produção e aplicação de ciência e tecnologia, como também propiciar condições para o indivíduo julgar as decisões de ordem política, social e econômica e inferir nelas...”. (CARELLI & OLIVI, 1992, p.29)*

Em relação aos métodos de ensino citados pela população estudada, percebe-se forte vínculo a métodos tradicionais de ensino, predominando, ainda, conceitos como ‘ensinar’, e a prática de aulas expositivas. Por outro lado, salienta-se o esforço de alguns professores no sentido de ultrapassar esta prática, ao colocarem outros métodos de ensino e salienta a importância de atuar através de orientações de medidas preventivas. Questionam-se, porém, tais colocações, pois, conforme os dados coletados e até agora e analisados, poucos citaram as condições de vida dos estudantes e das suas respectivas

famílias como essencial na formulação de seus conteúdos e de seu procedimento didático. Isso consideramos um contra-senso, pois a proposta é de se trabalhar com a realidade dos alunos.

*“... A forma de trabalho empregada (a metodologia utilizada) tanto pode favorecer a discussão e o crescimento do grupo, como pode restringir-se simplesmente à transmissão de conteúdos pré-estabelecidos...” (BOGUS, et alii, 1990, p. 15)*

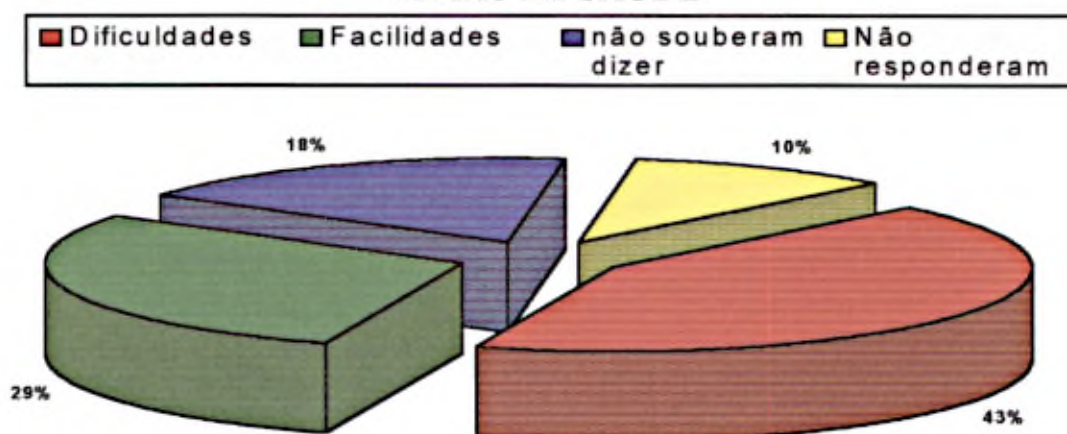
A análise deste questionamento reforçou os dados até agora coletados, principalmente a da não-relação da educação em saúde do escolar com o universo sócio-econômico-político e cultural dos alunos, abafados por ações pedagógicas e políticas educacionais centralizadoras, sem vínculo nenhum com a realidade dos sujeitos, com o seu momento histórico e com suas condições concretas de vida. Poucos citaram a participação da comunidade através de reuniões, de encontros ou outras atividades como visitas à outras instituições entre elas as de saúde alocadas na comunidade ou locais de tratamento de água entre outros. Não há também referência a trabalhos na própria escola;

demonstrando, assim, a pouca compreensão dos professores em relação à educação em saúde do escolar.

#### **4.4. Análise dos Aspectos que, segundo a compreensão dos professores contribuíram ou dificultaram Trabalhar em sala de aula temas de Saúde**

Esta análise que ora se faz corresponde à FASE IV da interpretação dos dados: os aspectos que, na opinião dos professores, têm contribuído para facilitar ou dificultar seu trabalho em sala de aula com temas de saúde. Primeiramente, far-se-á a análise de forma generalizada e, depois, considerar-se-á as justificativas mencionadas pela população estudada.

**GRÁFICO 3**  
**DIFICULDADES E/OU FACILIDADES ENCONTRADAS**  
**PELOS PROFESSORES PARA TRABALHAR EM SALA DE AULA COM**  
**TEMAS DE SAÚDE**



*OBS.: O percentual obtido foi 99,9%, sendo aproximado para 100%.*

Entre os que relataram aspectos referentes a dificuldades, vê-se conforme, GRÁFICO 3, que tivemos um índice de 43% da população mencionando dificuldades; 29,1% salientou não ter percebido nenhuma dificuldade em trabalhar em sala de aula com temas de saúde. Ainda 17,7% não soube responder e 10,1% não respondeu.

Em relação aos dados que não foram justificados, 17,7% não soube dizer se existem dificuldades ou facilidades levando a fazer algumas inferências: a primeira pode ser sustentada pelos dados que até agora coletados em que a média de professores que não soube dizer como os conteúdos sobre saúde do escolar são trabalhados em sala de aula se manteve próximo a 16,5% do total da população. É possível inferir também que, possivelmente, por não serem eles que trabalham com os temas referentes à saúde, os mesmos não saibam os fatores que possam estar ou não contribuindo para desenvolver o trabalho de “educação em saúde”.

Ainda 10,1% da população não respondeu a este questionamento, reafirmando os índices que vêm se mantendo em nosso estudo de abstenção tanto na avaliação da FASE II, com relação ao conhecimento dos professores sobre educação em saúde do escolar, no qual foi constatado uma abstenção de respostas em torno de 7,6% da população, quanto na FASE III (onde se avalia a visão dos professores sobre educação em saúde do escolar). No item 4.3.1. a

média é de 5,1%, no item 4.3.2. a média é de 5,1% e, no item 4.3.3., a média é de 10,1%.

Proceder-se-á, a seguir, a análise das justificativas dos aspectos que têm ou não contribuído para que os professores trabalhem em sala de aula com temas referentes à educação em saúde do escolar.

#### 4.4.1. Justificativas das Dificuldades e/ou Facilidades Encontradas pelos Professores para Trabalhar em Sala de Aula com Temas de Saúde

TABELA 12  
JUSTIFICATIVAS DAS DIFICULDADES E/OU FACILIDADES ENCONTRADAS PELOS PROFESSORES PARA TRABALHAR EM SALA DE AULA COM TEMAS DE SAÚDE

JUSTIFICATIVAS	TOTAL	
	N	%
- Pouco material disponível e espaço físico (dificuldade)	17	21,5%
- Não souberam dizer	14	17,7%
- A presença do agente de saúde que faz orientações (facilidade)	10	12,7%
- Nenhuma dificuldade, porque quem faz o trabalho é o agente de saúde	9	11,4%
- Não responderam	8	10,1%
- Não tem continuidade em casa (dificuldade)	5	6,3%
- Todas as dificuldades (não justificaram)	5	6,3%
- Todas as facilidades (não justificaram)	3	3,8%
- Descaso político (dificuldades)	2	2,5%
- Pouco tempo muito conteúdo (dificuldades)	2	2,5%
- Falta de informações sobre os assuntos (dificuldades)	2	2,5%
- Alunos desnutridos que não têm nem banheiro em casa (dificuldade)	1	1,3%
- Só facilidades fruto do trabalho conjunto entre direção da escola, professores e agente de saúde	1	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

OBS.: O percentual obtido foi 99,9%, sendo aproximado para 100%.

Entre as justificativas das dificuldades em trabalhar em sala de aula com temas de saúde do escolar 21,5% da população afirma que a falta de material e espaço físico são fatores que impossibilitam seu trabalho. CARELLI & OLIVI (1992). Ao fazerem o relato de uma experiência em saúde escolar com alunos do Magistério, referem que a falta de material didático, bem como métodos ultrapassados que apresentavam conceito e solução de problemas de saúde discutíveis têm sido um problema em adequar o ensino da saúde dentro de uma perspectiva voltada para o que se preconiza, atualmente, para a educação em saúde do escolar. Outro exemplo desse problema é citado por NAJAR (1986) que coloca o que a saúde vem sendo tratada como um problema de solução individual, citando a reedição da cartilha do Jeca-Tatu, do Mestre Monteiro Lobato.

*“...Nesta cartilha, informa-se que, se a pessoa tomar remédio, calçar sapatos, tomar água limpa, estará livre de verminose. No entanto, a solução desta problemática, está muito mais relacionada à política habitacional e de saneamento básico portanto social...”. (NAJAR , 1986, p.32)*

Por outro lado, chama-se a atenção para a ênfase que se dá à utilização de recursos didáticos, e ao espaço físico, não que estes também não sejam importantes, mas que, se analisados os dados obtidos em questionamentos anteriores, esta afirmação não toca o cerne da questão do fracasso dos

conteúdos e dos temas abordados em sala de aula sobre educação em saúde do escolar, como já se constatou. Não é só falta de recursos didáticos e de espaço físico, pois ele não funciona assim isoladamente. Entende-se que a questão é de como os programas são elaborados. bem como o desconhecimento dos professores sobre a educação em saúde do escolar, sobre o seu papel dentro da sala de aula e a dificuldade em entender a própria ação pedagógica vinculada à realidade de seus alunos. Experiências como a de CARELLI & OLIVI (1992) que frente a tais problemas passaram, a partir dos recursos disponíveis na escola, a elaborar material didático junto às alunas do Magistério para suas atividades de educação em saúde com as crianças, têm mostrado como ultrapassar esta ação pedagógica viciosa.

*“... A preparação das aulas assemelhou-se a atividades extra-classe à disciplina Conteúdo e Metodologia da Ciências e Matemática, observando-se grande empenho dos alunos que compuseram história, confeccionaram bonecas e cartazes, buscaram adquirir folhetos ilustrativos, prótese dentária, amostra de exemplares de parasitas do homem, bem como organizaram visita à Estação de Tratamento de Água... As crianças demonstraram grande interesse pelas atividades proporcionadas pelos alunos-professores durante as suas aulas.*

*... Acredita-se que o trabalho atingiu o objetivo de manter e acrescentar atitudes favoráveis à Saúde Escolar, assim como foi útil para acrescentar conhecimentos sobre o assunto, não somente em conteúdo, mas na maneira de trabalhar os temas com as crianças...”*  
(CARELLI & OLIVI, 1992, p.30)

Os 17,7% de nossa população não souberam dizer se existem dificuldades ou facilidades para trabalhar em sala de aula com temas de saúde.

Tal afirmação já foi analisada quando da avaliação (item 4.4.) do GRÁFICO 3 que correspondeu ao total geral dos dados obtidos neste questionamento.

Observa-se que, entre os respondentes que afirmam não ter dificuldades em trabalhar temas referentes à saúde em sala de aula, assim o citam porque quem exerce tal atividade é o agente de saúde, conforme se vê: 12,7% afirmou não ter problemas, porque é o agente de saúde quem dá as orientações; da mesma forma, 11,4% refere também não ter dificuldades porque, quem faz o trabalho é o agente de saúde. Percebemos, nesta afirmação, um índice elevado de 24,1% em relação à população de nosso estudo, de professores que não realizam nenhuma atividade de educação em saúde em sala de aula. Este fato preocupa, se analisarmos frente às duas propostas para esta área. Analisaremos melhor essas colocações na FASE VII deste estudo.

Os 10,1% não responderam ao questionamento. Esta já foi analisada, na avaliação do GRÁFICO 3 (item 4.4.).

O fato de não haver continuidade, em casa, das orientações dadas aos alunos, representou 6,3% dos dados coletados. Este fato se dá, principalmente, pela ausência de um trabalho interinstitucional e pela falta de políticas sociais que considerem o homem dentro do contexto total das relações sócio-econômico-político-culturais, contribuindo para a ineficácia do trabalho empreendido pelo professor. Porém, não são somente fatores externos à escola

que contribuem para isto, como também a ação pedagógica pouco criativa, conteúdos pré-estabelecidos e a insuficiente formação do professor colaboram para que não se realize a educação em saúde, no espaço escolar.

Outros 6,3% da população mencionaram apenas todas as dificuldades sem explicar quais seriam. São citações que não permitem análise, não permitem que se busquem novas propostas, tal pouco interesse dos professores em mudar sua prática, ou o pouco estímulo que têm para que isso aconteça.

Ainda 3,8% da população afirma que não tem nenhuma dificuldade, mas não justificou a resposta, possivelmente porque não sabe ou por não lecionar os conteúdos (dado este comprovado no item 4.3.2.1. acerca do questionamento sobre a adequação dos conteúdos trabalhados em sala de aula, de acordo com as necessidades dos alunos, onde 3,8% da população afirmaram que os conteúdos são adequados, porque quem faz o trabalho é o agente de saúde).

Descaso político foi mencionado por 2,5% dos respondentes, o que se sabe é verdadeiro, pois a falta de uma política eficiente voltada para as reais necessidades dos alunos, conforme foi constatado por autores como LIMA (1985), RAMOS & PEREIRA (1990), COSTA (1989) e FOCESI (1992) entre outros, têm contribuído em toda a trajetória da educação em saúde do escolar

para excluir tanto a população quanto profissionais da educação e da saúde, dos sistemas que apóiam ou deveriam apoiar as questões sociais.

*“... São fatores imprescindíveis para que haja Saúde Escolar: a vontade política, a infra-estrutura social e a educação em saúde, objetivando todos eles melhor qualidade de vida para o escolar..”(FOCESI, 1992, p.19)*

*“... O apoio político e administrativo a tais programas, condição fundamental para seu sucesso, depende, em grande parte, da competência de quem estiver à frente dos departamentos, serviços ou setores diretamente responsáveis pela área...”(SOSSAI, 1992, p.69)*

Tais citações reforçam como a política de benefícios tão bem implantada pelo Estado tem contribuído para negar a milhões de pessoas o acesso e a participação aos bens sociais e culturais.

Pouco tempo e muito conteúdo foram apontados por 2,5% da população como dificuldade em trabalhar em sala de aula com saúde do escolar. Percebe-se, nesta citação, a influência ainda de um modelo da escola tradicional que pauta sua eficiência na quantidade, e não na qualidade, onde as práticas educativas têm um fim em si mesma. Esta afirmativa prende-se à forma centralizadora de como os currículos e programas são elaborados e se estendem ao ambiente da sala de aula, quando são colocados em prática TEMPORINI (1992), em sua pesquisa sobre conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo, sobre saúde do escolar, relata

que o tempo disponível do professor para orientar alunos e famílias sobre problemas de saúde tem se constituído em barreira para que tais atividades se viabilizem em sala de aula. Afirma que esses dados devam ser melhor analisados a fim de possibilitarem sua compreensão com vistas a soluções futuras. Por outro lado, chama a atenção quanto à necessidade de reformulação dos currículos de formação para o Magistério, pois tal afirmação revela também aparente descaso ou falta de compreensão dos professores quanto à importância da educação em saúde do escolar.

Falta de informações sobre educação em saúde do escolar foi destacada por 2,5% da população, afirmação esta comprovada pelos dados analisados nas questões anteriores, nas quais se constata que a visão errônea acerca de educação em saúde do escolar, na maioria das vezes, tem se estabelecido pela falta de informação dos professores, entre outros motivos, o que tem em muito contribuído para que sua prática em sala de aula seja ineficiente e, muitas vezes, equivocada. VIANNA (1990), em Conferência proferida no VI Congresso Brasileiro da Saúde Escolar, realizado na cidade de Vitória, (ES), em 1988, reafirma esta citação ao declarar que

*“... O desenvolvimento adequado e oportuno das ações de educação em saúde implica tornar acessível ao pessoal do ensino, especialmente ao professor, o embasamento teórico e científico, inerentes às próprias ações de saúde na escola, explicitando-as e justificando-as, em termos do contexto social...” (VIANNA, 1990, p.56)*

As colocações acima reforçam, além da necessidade de curso de aperfeiçoamento e atualização, a importância do trabalho interinstitucional que, através da equipe multiprofissional apoiaria as ações desenvolvidas na escola, no sentido de atualizar os professores nas questões referentes à educação em saúde do escolar.

Alunos desnutridos que não têm nem banheiro em casa foi relatado por 1,3% dos respondentes. Esta argumentação traz à tona, novamente, discussões em torno do fracasso na aplicação de conteúdos e do fracasso escolar do próprio aluno pela ignorância da família, pelas condições sócio-econômicas, como fatores individuais e que, por si só, podem explicar a desorganização e ineficiência do sistema educacional e do sistema de saúde.

Ainda 1,3% dos respondentes disseram que não têm dificuldades em trabalhar com temas de saúde do escolar em sala de aula, porque este é feito em conjunto com a direção da escola, professores e agentes de saúde. Identificamos, nesta afirmação, a tentativa em procurar direcionar a ação pedagógica mais voltada para a realidade dos alunos, embora ainda restrita ao ambiente da escola, o que não deixa de ser uma atitude de se contrapor a currículos programas e projetos centralizados e sem a participação das pessoas envolvidas (alunos, famílias).

Percebe-se, neste questionamento, que os professores que não se referem às dificuldades em trabalhar em sala de aula com temas de saúde do escolar só o fazem porque não são eles quem atua em sala de aula com educação em saúde, ou porque têm uma participação muito pequena face à presença do agente de saúde.

O equívoco das justificativas apontadas na análise das dificuldades e facilidades em trabalhar com os temas de saúde do escolar é sentido, principalmente, quando os respondentes priorizam uma questão em detrimento de outras. Não se percebe, nos respondentes, uma avaliação da totalidade das questões levantadas. Nota-se também que não há questionamentos em relação aos métodos usados e à própria prática educativa.

Há, também, muitas justificativas relacionadas aos aspectos externos à escola. Por exemplo, ninguém questionou o fato de os programas serem elaborados na Secretaria Municipal de Educação (dado obtido na análise do item 4.3.3.1). Ainda poucos professores, pelo menos até o momento, não questionaram a ação do agente de saúde frente às propostas do projeto e à concepção que se tem hoje sobre educação em saúde do escolar. Parece-nos que há complacência, partindo do consenso de que a escola, o método, os educadores, as políticas educacionais são boas. Os problemas são os alunos, os pais, a sociedade (não incluem a escola), que são compostas de pessoas

ignorantes, pobres, sujas, mal educadas. Não importa que definições se use, mas não há estudos que comprovem que os problemas aqui levantados se resolvam se forem considerados os problemas da educação numa ótica tão simplista. Exemplo disto é que, em escolas particulares, onde o nível cultural e a situação econômica dos pais é elevado, estes problemas podem não atuar com tanta intensidade, mas há um índice bem elevado de crianças com piolhos, adolescentes que fazem uso de drogas, crianças com condições de higiene se não tão precárias, mas, no mínimo, bastante insatisfatórias.

Sabe-se que a escolarização das crianças por si só não poderá resolver todos os desmandos das políticas sociais, mas esta não pode usá-los como justificativas para o seu fracasso. A escola deverá criar uma relação dialética com a comunidade, parar de se justificar tanto e procurar meios que possibilitem sua própria transformação. Aprender a ver suas deficiências e potencialidades dentro do contexto das relações sociais é o que, realmente, significa estar inserida na realidade de seus alunos. COSTA (1989), ao salientar alguns dos aspectos do fracasso escolar, diz que todas as faces deste fenômeno são negativas e que nenhum dos grupos sozinhos, ou seja, pais, alunos, professores, direção, podem de forma isolada serem responsabilizados por estatísticas tão sombrias.

#### **4.5. Compreensão dos Professores em Relação ao seu Papel como Educadores dentro da área de Educação em Saúde do Escolar**

Na análise desta fase, (FASE V), teceremos considerações acerca da opinião dos professores em relação ao seu papel com educador na área de Educação em Saúde do Escolar.

##### **4.5.1. Compreensão dos professores sobre seu papel na área de educação em saúde do escolar**

TABELA 13  
COMPREENSÃO DOS PROFESSORES SOBRE SEU PAPEL NA  
ÁREA DE SAÚDE DO ESCOLAR

COLOCAÇÕES DOS PROFESSORES	TOTAL	
	N	%
Passam o assunto para o agente de saúde	20	25,3%
Despertam e orientam a criança para este fato	17	21,5%
Não responderam	14	17,7%
Promover uma boa higiene e saúde	06	7,6%
Importante	05	6,3%
Conscientizar sobre saúde	04	5,1%
Transmitir conhecimento na área de educação em saúde para que o aluno saiba combater e evitar doenças	04	5,1%
Orientar e conscientizar o aluno para que ele melhore física e emocionalmente	03	3,8%
Manter-se alerta para qualquer tipo de alteração que aconteça com o aluno	02	2,5%
Orientar família e criança para esse fato	02	2,5%
Auxiliar o agente de saúde	02	2,5%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100 %</b>

*OBS.: Percentual obtido foi 99,9% que foi aproximado para 100%.*

Aqueles que disseram passar o assunto(educação em saúde do escolar) para o agente de saúde, compreendem um maior percentual 25,3%, dado este que confirma os valores obtidos nas justificativas de professores em relação às facilidades e/ou dificuldades em trabalhar em sala de aula com temas de saúde, (item 4.4.1.) onde um total de 24,1% dos respondentes colocaram que não encontram nenhuma dificuldade, porque quem faz este trabalho é o agente de saúde.

Reafirmando os dados obtidos até o momento em relação ao pouco interesse e desinformação sobre o tratamento das questões sociais dentro da escola, percebe-se que decisões centralizadas nas Secretarias de Educação e até mesmo nas escolas têm servido para que, cada vez mais, acentue-se o desvinculo do papel do professor com a realidade dos alunos.

Por isso, enquanto não se discutir os projetos, currículos e programas, estabelecendo sua relação com os determinantes sócio-econômicos, políticos e culturais, dificilmente os mesmos podem contribuir para que os professores tenham uma compreensão ampla de seu papel e possam, em seu desempenho, demonstrar uma contextualização das práticas sociais. Para isso, não basta ampliar as políticas sociais. Esta atitude não modificará a situação da população. Pelo contrário, cria-se um engodo, como é o caso da “educação em saúde” do escolar que ampliou as obrigações dos professores, mas não lhes dá

condições para que se atualizem e vejam tal prática dentro do contexto da sociedade e da escola enquanto instituição social.

Na verdade, a escola passou a assumir a função que é de competência de outras instituições e deixou de assumir a função que é sua dentro das questões sociais. Esta confusão de papéis, sem definição de limites, acaba gerando indefinições na ação das instituições, criando um ciclo vicioso em que cada uma destas justifica o seu fracasso, usando a não-competência da outra. Exemplo que se observou neste estudo em que a maioria dos professores justificou os problemas da escola via-saúde.

Por outro lado, pesquisas na área da saúde têm justificado a incompetência desta pela educação, ao mencionarem que a população não tem saúde porque a sua educação é ineficiente. No entanto, sabe-se que o caos que hoje se instalou nas instituições sociais é fruto de políticas sociais assistencialistas que procuram abafar a desordem social decorrente da falência das políticas econômicas.

Despertar e orientar a criança para a saúde foi indicado por 21,5% dos respondentes, o que tem sido confirmado por autores como OLIVEIRA & SILVA (1990) que colocam a necessidade de se trabalhar com esta temática no contexto da ação educativa, tendo em vista a formação do educador como ação

permanente. São colocações que podemos considerar otimistas, apesar das dificuldades que sabemos existir na prática cotidiana dos professores.

Outros 17,7% não responderam. Constata-se, neste questionamento, um número elevado de professores que se abstiveram em responder, fato este preocupante e que nos leva a considerar como os professores ainda hoje desconhecem seu papel, tão envolvidos que estão por um sistema de ensino estático, centralizador que os torna impotentes até para questionar sua ação pedagógica. Por incompetência, ou passividade, assumem sempre os papéis que lhes são delegados e não aquele que, como profissionais, percebem e sentem, a partir da reflexão da sua realidade, de seus alunos e da comunidade. Culpa do professor ? Sabe-se que não, em sua totalidade. Pelo estudo feito dos cursos de formação dos professores, demonstrou-se que o professor é preparado para a ação pedagógica de modo fragmentado e sem relação com a realidade dos alunos. Ele é preparado para aplicar programas, seguir currículos, nunca para participar da elaboração e análise dos mesmos. Ele não consegue descobrir, no contexto e nas relações que se estabelecem e interferem na sua ação pedagógica, o que é específico e importante e o que contribui para a melhoria da qualidade de vida do aluno.

Promover uma boa higiene e saúde foi citado por 7,6% da população. Novamente vê-se a interferência do discurso higienista que, durante anos, usou

a higiene e limpeza como forma de explicar os problemas sociais, entre eles os da saúde da população, conforme LIMA (1985) retrata em suas colocações.

Os que acham seu papel importante na “educação em saúde do escola” foi apontado por 6,3% dos respondentes, porém estes não explicaram melhor esta afirmação, e acredita-se que seja devido ao próprio desconhecimento acerca de seu papel como educador, dentro das questões sociais e, em especial, as referentes à saúde, fato este já comprovado nas análises anteriores.

Outros 5,1% relatam que seu papel seria o de conscientizar sobre saúde o que não deixa de ser uma das ações necessárias, mas não se deve deixar de levar em conta que não é só isso na ação pedagógica a que nos referimos ela é muito mais abrangente (conforme estudos de RAMOS & PEREIRA (1990), OLIVEIRA & SILVA (1990) entre outros), sua ação deve buscar melhoria na qualidade de vida através de ações voltadas para a prevenção e promoção da saúde.

Transmitir conhecimento dentro da área de educação em saúde para que os alunos saibam combater e evitar doenças foi referenciado por 5,1% da população. Tal afirmação foi constatada também por BOGUS et ali (1990), quando de seu estudo sobre a “educação em saúde na escola: como está a formação de professores de 1ª a 4ª série do 1º grau?”, referindo que:

*“... a maior parte das alunas partiu do ponto de que o objetivo é explicar para as crianças a importância dos conteúdos que são transmitidos e “como se deve fazer”... o papel do professor foi primordialmente vinculado à transmissão de conhecimentos à orientação dos alunos e incentivo para que os alunos tenham bons hábitos de higiene...” (BOGUS, et alii, 1990, p.16)*

Tal afirmação vem sendo constatada pelas respostas dos questionamentos realizados até o presente momento, quando se percebe que as atividades de saúde são de caráter formal e diretivas, centradas, principalmente, no que os professores, a direção das escolas e as secretarias de educação acham ser importante para os alunos, onde o conhecimento popular é tido como irrelevante no trabalho em sala de aula. Considera-se, no entanto, imprescindível que a população tenha acesso a este conhecimento científico, mas estes devem ser contextualizados no universo sócio-econômico-político-cultural dos alunos e sua família.

*“A educação não deve dizer o que é importante, mas deve facilitar as condições para que os indivíduos vejam a importância das coisas...” (FOCESI, 1990, p.20)*

Orientar e conscientizar o aluno para que ele melhore física e emocionalmente foi mencionado por 3,8% da população. Percebe-se a dificuldade do professor em reconhecer a abrangência de seu papel dentro das questões de educação em saúde do escolar, fruto ainda de conhecimentos

errôneos sobre esta questão. (Isto já foi constatado nas análises sobre o conhecimento dos professores sobre educação em saúde do escolar no item 4.2.)

Manter-se alerta para qualquer tipo de alteração no aluno foi aludido por 2,5% da população. Em relação a esta afirmação, salienta-se que a mesma não deixa também de ser uma das funções do professor na educação em saúde do escola, pois o contato diário destes com seus alunos lhe permite detectar possíveis problemas que possam estar interferindo na saúde daqueles. Ressalta-se, porém, que o papel do professor não é o de diagnosticar doenças, e sim de identificá-las, orientar e encaminhar a criança e sua família para outros profissionais e instituições que têm competência para realizar tal diagnóstico e tratamento.

*“Recomenda-se que o professor participe da avaliação de saúde dos alunos, proceda ao encaminhamento e seguimento de casos e oriente o aluno e sua família, com vistas à solução ou minimização de distúrbios detectados...” (TEMPORINI, 1992, p.127)*

Com base em tais afirmações, convém ressaltar mais uma vez a necessidade do trabalho interinstitucional para que o acesso da criança e sua família a outras instituições e profissionais seja facilitado. Como também é mister que os professores participem de curso de atualização para disporem de

conhecimentos que lhes permitam realizar tais atividades com segurança e também para compreenderem melhor o seu papel nas questões de educação em saúde do escolar.

Orientar família e criança para esse fato foi destacado por 2,5% dos respondentes. Nesta resposta, há uma maior abrangência do papel do professor frente às questões de saúde do escolar, quando se procura vislumbrar a família em sua ação. PILON (1986) e SOSSAI (1992), ressaltam a importância da participação da família nas atividades educação em saúde do escolar.

*“... O projeto de vida do escolar está ligado ao meio em que vive, a sua família e a sua comunidade. As influências recebidas de seu meio são mais fortes motivadores na seleção de seus comportamentos...”*  
(PILON, 1986, p.395)

*“... somente a criança está sendo assistida, mas a educação em saúde, que deve permear toda ação de assistência precisa alcançar também a família...”*(SOSSAI, 1992, p.66)

Por outro lado, salienta-se que a ação que se deseja da família no processo educação em saúde do escolar não deve ser limitada apenas no sentido de lhes fornecer orientações mas de, juntamente com eles, discutirem seus problemas, conhecendo sua realidade e, juntos, participarem da programação destas atividades para que as ações de educação em saúde do

escolar correspondam às necessidades reais das crianças, de sua família e de sua comunidade.

*“... As mudanças da programação educacional vão depender da tomada de consciência da sociedade como um todo. Preconiza-se a reflexão a interação efetiva entre docentes e autoridades...” (HARRIS, 1990, p.29)*

A participação da família é fundamental, não só no ato de receber, mas, principalmente, participando junto à escola das decisões e das formulações dos programas e projetos, não somente na área de saúde, mas de todas as ações da escola. Isto não é utopia, é uma mudança necessária que deverá ser realizada gradativamente para que, aos poucos, se torne um fato concreto. Alguns professores, diante dessa afirmação, logo colocariam o fato dos pais não comparecerem às reuniões, de não participarem das atividades das escolas. Pode-se questionar estas colocações, perguntando aos professores sobre o quanto as reuniões que hoje são realizadas na escola têm alguma validade para os pais que ficam horas e horas ouvindo professores e direção só reclamado dos desempenhos dos seus filhos, ou lhes ditando regras de vida que passam, então, a tratar esses pais como alunos, como espectadores. Será que não está na hora de a escola ver, na família, uma possibilidade a mais para modificar seu desempenho e não como uma impossibilidade para a aprendizagem da criança?

“Auxiliar o agente de saúde” foi indicado por 2,5% da população. É difícil entender a abrangência desta colocação, mas se pode, de uma forma geral, inferir que, pelo menos, estes não negam a necessidade de sua participação nas ações de educação em saúde.

Através das colocações feitas pelos professores, vê-se que se mantém a visão fragmentada das ações de educação em saúde do escolar que está muito aquém do que hoje se preconizam os estudiosos da área. Percebe-se que as afirmações mostram uma centralização na ação do professor, da escola, o que demonstra que, não só nesta temática, mas na ação pedagógica, há uma postura de onipotência, em que o saber não parte da reflexão, da crítica e da vivência fora dos prédios escolares.

Salienta-se ainda, nesta análise, que, além das decisões sobre educação em saúde estarem centralizadas na escola e secretaria Municipal de Educação, a compreensão do professor sobre seu papel ainda é muito limitada; somente alguns vincularam suas atividades junto à comunidade, porém sempre no sentido de transmitir conhecimento e realizar orientações, não havendo referência quanto à participação da família, da criança e da comunidade, no sentido de participação nas ações como membro atuante neste processo, ou seja, participando também das decisões. FOCESI (1992), BOGUS (1990), OLIVEIRA & SILVA (1990), entre outros... afirmam que a conquista da

cidadania depende de como cada cidadão consegue participar como sujeito no processo de transformação da sociedade.

A escola está entre as Instituições sociais que, sem dúvida, mais contribuirá para a efetivação da cidadania através, principalmente, do professor. Por este motivo, é necessário que este compreenda a importância de seu papel no contexto da sociedade, para tanto,

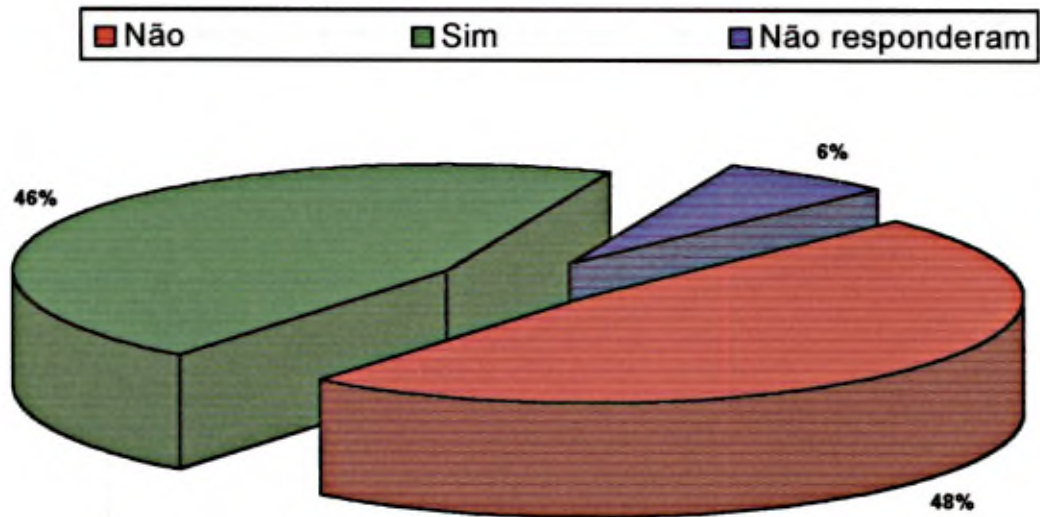
*“... o pensamento pedagógico não pode se fechar aos próprios avanços do pensamento social e político, senão pode se fechar aos próprias avanços do pensamento social e político e se tornar difícil pensar politicamente a questão da cidadania. A prática educativa deve incorporar as pressões democráticas e a ampliação dos direitos...” (SOUZA JÚNIOR, 1987, p.63)*

#### **4.6. Quanto a Formação Pedagógica dos Professores Contribuiu para o Trabalho de Educação em Saúde em Sala de Aula**

A análise foi realizada a partir do questionamento sobre o quanto a formação pedagógica dos professores contribuiu para o trabalho com temas de educação em saúde do escolar em sala de aula. Procederemos também a análise das justificativas das respostas para que se possa compreender melhor as colocações da população de nosso estudo. Esta compreende a FASE VI de nosso estudo.

GRÁFICO 4

QUANTO A FORMAÇÃO PEDAGÓGICA DOS PROFESSORES  
CONTRIBUIU PARA O TRABALHO DE EDUCAÇÃO  
EM SAÚDE EM SALA DE AULA



Observa-se, neste questionamento, um índice bem elevado dos que responderam que sua formação pedagógica não contribuiu para o trabalho de educação em saúde 48,1%, contra 45,6% que assinalaram o contrário, outros 6,3% não responderam. Procederemos à análise das justificativas para melhor compreensão dos resultados.

**4.6.1. Análise das justificativas dos professores, em relação à contribuição de sua formação pedagógica para o trabalho de educação em saúde do escolar.**

TABELA 14  
JUSTIFICATIVAS DOS PROFESSORES QUANDO À CONTRIBUIÇÃO DE SUA FORMAÇÃO PEDAGÓGICA AO TRABALHO DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR NO ESPAÇO SALA DE AULA

JUSTIFICATIVAS	TOTAL	
	N	%
Não e não justificou	27	34,2%
Sim e não justificaram	13	16,5%
Não por que são passados poucas experiências sobre o tema	11	13,9%
Um pouco, a maioria dos temas temos que procurar sozinhos	09	11,4%
Sim, pois auxilia na escolha do tema trabalhado em sala de aula	07	8,9%
Sim, porque me levou a ler e pesquisar sobre o assunto	06	7,6%
Não responderam	05	6,3%
Sim, aprendemos muito	01	1,3%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

OBS.: O percentual obtido foi 100,1%, sendo aproximado para 100%

Os 34,2% da população afirmam que sua formação não contribuiu para o trabalho de educação em saúde do escolar e não justificaram sua resposta. Tal citação confirma os dados obtidos até o presente momento, onde se constata o desconhecimento, por parte da população, em relação às ações de educação em saúde em sala de aula, bem como despreparo em lidar com as mesmas, tanto a nível de sala de aula, como no tratamento das mesmas, a nível

de programas como também em contextualizá-la no cotidiano do aluno, família e comunidade. Os trabalhos do TEMPORINI (1992), de BOGUS et alii (1990) e MARCONDES (1968) reafirmam tais dados, colocando que os cursos de formação pedagógica têm contribuído muito mais para exacerbar o desvínculo da escola com a sociedade do que para auxiliar na formação de cidadãos de “fato”. Com base nesta afirmação, alguns dos estudos de FOCESI (1990-1992) sobre educação em saúde do escolar ressaltam tal problemática, bem como a urgência em se buscar novos caminhos, tanto nos cursos de formação de professores a nível de primeiro grau e de terceiros graus.

*“Os professores não têm recebido em sua formação, seja nos cursos de formação para o Magistério, seja nas faculdades, qualquer orientação sobre Saúde Pública ou Educação em Saúde. Como vão poder introduzir a matéria no currículo escolar? ...”.* (FOCESI, 1990, p.21)

*“... À Universidade cabe a formação do profissional, que vai atuar no campo de Saúde Escolar. Mas, se esse preparo estiver dissociado do conhecimento da realidade onde ela deve ser aplicada, ou se cada um dos profissionais por ela preparado vier a atuar isoladamente, ou ainda, se a própria universidade se fechar em si mesma, esquecendo-se da riqueza do trabalho conjunto que proporciona economia de tempo e dinheiro, a Saúde Escolar, parte da Saúde Pública, não conseguirá cumprir seus objetivos, falhando em seu papel, neste momento histórico, e será responsável por ter colaborado na perda de outra geração de jovens brasileiros...”.* (FOCESI, 1992, p.218)

O fato de não justificarem sua resposta comprova o desconhecimento dos professores em relação à educação em saúde do escolar.

Nas justificativas dos professores que atribuem que sua formação pedagógica contribuiu para o trabalho de educação em saúde do escolar, 16,5% não justificou sua resposta, o que nos leva a inferir que, possivelmente, assim o fazem por comodismo. Tal fato também é fruto do despreparo destes em relação ao seu papel não só no que concerne à educação em saúde do escolar, como também ao preparo como profissionais da educação, o que os torna incapazes de questionar, não só sua prática, como também sua formação. Tal constatação, é sustentada pela análise dos questionamentos realizados até agora, onde a compreensão dos professores sobre educação em saúde do escolar está muito aquém do que se preconiza, atualmente, para este campo de atuação.

Os que afirmam que sua formação pedagógica não contribuiu para o trabalho de educação em saúde do escolar porque são passadas poucas experiências sobre o tema, compreende 13,9% da população. Possivelmente, estes consideram que, tanto os cursos de formação de professores a nível de 2º grau, quanto os de 3º grau, apesar de contemplarem aspectos ligados à saúde, possuem a mesma visão fragmentada, voltada para discursos que não contemplam o que hoje se espera da educação em saúde do escolar, ou

permanecem numa visão ainda higienista ou então biológica. Ambos entendem saúde ora no aspecto de higiene do corpo, ora dentro de uma visão organicista, privilegiando apenas o funcionamento de órgãos, não de pessoas. Em ambos, não há inferências do homem no contexto da sociedade ao qual pertence. São apenas corpos sujos ou limpos, ou podem ser coração, pulmão, rim, mas nunca homens.

Acredita-se que um dos dados que pode ter interferidos nestas afirmações seja o fato de 17,7% da população de nosso estudo não ter habilitação em Magistério.

Outros 11,4% dos respondentes afirmam que sua formação pedagógica contribuiu um pouco, pois a maioria dos temas eles têm de procurar sozinhos. Nota-se, nesta citação, a preocupação dos professores em ter que buscar novos conhecimentos, acostumados que estão a receber não só programas previamente elaborados, como, muitas vezes, conteúdos através de livros ou apostilas que não são roteiros de aula, e sim aulas prontas que determinam o que fazer, qual método a ser usado e até como é a avaliação. Maneira cômoda para o professor, pois não tem que buscar novas realidades, pois assumem este conhecimento nos manuais e apostilas tidas como verdadeiros.

Por outro lado, há que se dar meios para que tal postura se modifique, pois se sabe que a maioria das escolas não possui bibliotecas que permitam ou

estimulem o professor a procurar novos conhecimentos; os livros ou são ultrapassados, ou não existem. Além disso, o salário dos professores também contribui para que o acesso a novos conhecimentos lhes seja negado.

Apesar das adversidades do próprio sistema educacional, é necessário que se criem oportunidades para que os professores possam obter novos conhecimentos, novas abordagens acerca dos temas que fazem parte do cotidiano da sala de aula, convivam com outros profissionais, troquem experiências que os ajudem a entender e trabalhar dentro de uma visão mais realista da sociedade e considerando os movimentos sociais.

Ainda 8,9% da população afirma que sua formação profissional contribuiu, pois os tem auxiliado na escolha do tema trabalhado em sala de aula. Esta afirmação mostra como alguns educadores mais críticos têm buscado ultrapassar currículos centralizados através da práxis da sala de aula. Esta transformação pode ocorrer quando o professor consegue estimular, através da ação pedagógica, a reflexão acerca de como se tem implantado a ideologia dominante, e como é possível superá-la dentro da sala de aula, no discurso e na ação do próprio educador. Por outro lado, não está claro o caminho que estes respondentes usam para escolher os temas sobre educação em saúde. Espera-se que seja através da crítica, análise e reflexão do cotidiano do aluno, da sua

família, de seu ambiente cultural, do momento histórico vivido por eles e das condições de vida da comunidade.

Outros 7,6% dos respondentes relatam que sua formação profissional contribuiu para trabalhar com educação em saúde do escolar, pois esta os levou a ler e pesquisar sobre o assunto, o que, de certa maneira, ajuda a entender melhor como a saúde do escolar pode ser desenvolvida em sala de aula. Porém, isto não é tudo, pois não adianta respaldar a ação pedagógica apenas na apreensão do saber. É necessário entender como esta poderá inferir na vida dos alunos, buscando, através da dialética, superar o próprio conhecimento, construindo novos conhecimentos a partir das experiências em sala de aula com o aluno e, a partir da própria visão que o aluno forma ao inferi-los com sua situação de vida, com o seu cotidiano.

Os 6,3%, da população não responderam ao questionamento, mantendo, assim, a média de abstenção observada nos questionamentos anteriores. Tal resultado, possivelmente, relaciona-se ao desconhecimento dos professores em relação a ações de educação em saúde do escolar, que os impossibilitariam de tecer comentários, mais criteriosos e até mesmo em querer trabalhar com esta questão.

*“... As deficiências do preparo do professor em saúde escolar podem constituir a causa principal que explicaria sua rejeição, ou*

*omissão a respeito de procedimentos relacionados à saúde dos alunos...”. (TEMPORINI, 1992, p. 131)*

Ainda 1,3% dos respondentes afirmam que aprenderam muito em seus curso de formação profissional. Analisando esta colocação frente aos dados obtidos nos questionamentos anteriores, preocupa qual a interpretação dada à expressão “aprendemos muito” que parece mais voltada para a aquisição de um saber erudito, neutro, do que com um saber que desmistifica velhas concepções que vêm se reeditando, sem que contribuam para melhorar a qualidade de vida da população. Como o que ainda predomina na escola é o repasse desse tipo de saber, tal afirmativa, sem dúvida, é procedente. BOGUS et alii (1990), confirma esta colocação citada em nosso referencial teórico, dizendo que os professores acabam levando para a sala de aula a experiência educacional que tiveram em seus cursos de formação profissional. Por outro lado, ressalta-se que houve um índice (conforme item 4.2.2), apesar de considerado insatisfatório, de professores que demonstraram em nosso estudo alguma compreensão sobre educação em saúde do escolar, o que poderia ter colaborado para tal afirmação.

Destaca-se, na análise feita acerca de como a formação pedagógica dos professores contribuiu para que estes possam trabalhar com temas sobre educação em saúde do escolar, que a visão errônea das professores implantada

pela forma como os currículos e programas vêm tratando estas questões contribuiu para sedimentar o papel do professor como elemento de legitimação da ordem estabelecida pelo Estado. Nota-se uma crença real dos professores quanto ao conhecimento que estes adquiriram, respaldando a ação pedagógica dentro desse conhecimento. Não há questionamentos ou afirmações que nos levem a acreditar que estes professores ajam assim por não desejarem educar ou não se preocuparem com a educação.

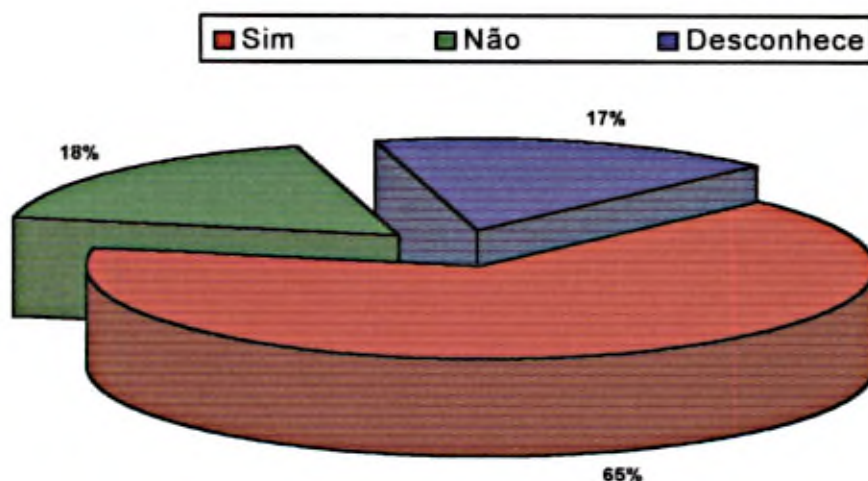
Tal preocupação existe e merece que se repense em como oferecer aos professores experiências e conhecimentos que lhes permitam, através de sua prática, viabilizar um projeto educacional voltado para as necessidades reais do educando em sua família. Acredita-se que a atualização e aperfeiçoamento constante dos professores que estão em sala de aula, bem como o trabalho interdisciplinar e interinstitucional, aliados a uma política educacional séria e respaldada na realidade concreta de vida dos alunos, família e comunidade, no contexto da escola, sejam tão fatores que contribuam para que o professor tenha acesso e liberdade para efetivar a educação como esta é preconizada nos discursos dos atuais educadores e na realidade dos alunos.

#### **4.7. Compreensão dos Professores sobre Programas e Projetos de Educação em Saúde Desenvolvidos na Escola**

A análise desta fase foi efetuada através de dois questionamentos que se referem à existência de projetos na área de educação em saúde na escola e à presença de cursos de aperfeiçoamento e atualização sobre esta temática. A partir das colocações dos entrevistados, busca-se tecer a análise sobre a compreensão dos professores a respeito dos programas de educação em saúde desenvolvidos na escola. Tais considerações compõem a fase VII desta análise.

##### **4.7.1. Programas ou projetos na área de educação em saúde existentes na escola**

GRÁFICO 5  
EXISTÊNCIA DE PROGRAMAS OU PROJETOS NA ÁREA  
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NA ESCOLA



Conforme observamos no GRÁFICO 5 , a maioria dos respondentes, 65,8%, afirma a existência de projetos na área de educação em saúde na escola, porém, 17,7% afirma que não existe tais programas e projetos, e 16,5% diz desconhecer a existência dos mesmos.

#### 4.7.1.1. Compreensão dos professores sobre os programas e projetos de educação em saúde existentes na escola

TABELA 15  
COMPREENSÃO DOS PROFESSORES SOBRE PROGRAMAS E  
PROJETOS DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE EXISTENTES NA ESCOLA

COLOCAÇÕES DOS PROFESSORES	TOTAL	
	N	%
- Sim, o “agente de saúde”, mas não deram sua opinião	25	31,6%
- Não existe nenhum programa na escola, na área de educação em saúde	14	17,7%
- Desconhecem a existência de tais programas	13	16,5%
- Sim, o “agente de saúde” e sua atuação são ótimas	12	15,2%
- Sim, o projeto de “saúde do escolar”, é bom e tem ajudado muito os alunos	08	10,1%
- Sim, o “agente de saúde” poderia ter uma atuação melhor	03	3,8%
- Sim, o “agente de saúde” ajuda a orientar meu trabalho	02	2,5%
- Sim, é da “merenda escolar” que é razoável	02	2,5%
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

OBS.: O percentual obtido foi de 99,9% sendo aproximado para 100%.

Neste questionamento, constata-se que 31,6% de nossa população relata a presença do “agente de saúde” como sendo um dos projetos desenvolvidos na

escola, na área de saúde, porém, não deu sua opinião. Isto leva a deduzir que os professores desconhecem como este projeto vem sendo desenvolvido na escola, e, inclusive, em sua sala de aula com seus alunos, demonstrando seu descaso em relação à saúde do escolar e como atividade educacional que faz parte do contexto da escola. Esta afirmação mostra como alguns professores pautam a prática educacional através do falso pressuposto de que o “educar” e “ensinar”, está vinculada apenas à transmissão de informações de forma fragmentada e descontextualizada da realidade de seus alunos e das condições de vida da comunidade.

Ainda 17,7% de nossa população afirma que não existe nenhum programa na escola referente à saúde do escolar. Outros 16,5% desconhecem tais programas. Essas colocações não condizem com o que foi referido pela Secretaria Municipal de Educação de Itajaí, que nos afirmou ser desenvolvido, em cada escola do Município, o trabalho de educação em saúde do escolar pelo “agente de saúde”. Infelizmente, no presente estudo não se tem dados que possam esclarecer a veracidade destas afirmativas, portanto, se prefere não ousar análises, pois correr-se-ia o risco de não corresponder à realidade dos resultados obtidos.

Entre os respondentes, vê-se que a maioria da população relata a presença do “agente de saúde” como tendo uma participação importante na

escola: 15,2% considera sua atuação ótima, 10,1% afirma que estes têm ajudado muitos os alunos, e 2,5% relata que estes têm ajudado a orientar seu trabalho. Percebe-se, nestas afirmações, que a contribuição do “agente de saúde” não está muito clara, porque não há referência de como sua atuação tem ajudado os alunos na melhoria da qualidade de vida. Por outro lado, pode-se, com base nos dados, inferir que a não compreensão dos professores de seu papel nas atividades de educação em saúde do escolar contribui para que estes não questionem a ação do agente de saúde na escola.

Outros 3,8% da população relatam a presença do agente de saúde, porém, afirmam que estes poderiam ter uma atuação melhor, mas não esclarecem como deveria ser ou o que esta acontecendo para considerarem sua atuação ineficaz. Com base em tais afirmações, pode-se pressupor que este questionamento revela algum conhecimento dos professores sobre os objetivos da educação em saúde do escolar, ou pode indicar, também, que o “agente de saúde” não tem, sequer, realizado as propostas normatizadas pelo projeto.

O projeto da merenda escolar citado por apenas 2,5% da população, instituído em 1973 pelo Decreto Federal 72.034, objetivou amenizar o problema da desnutrição. Este, no entanto, até o presente momento, ainda é usado como desculpa para justificar o fracasso escolar, o que sabemos não ser verdadeiro. Este projeto procurou, através do seu desempenho atenuar os

desmandos das políticas educacionais e usou a escola para tratar de modo precário mais um problema determinado pela falência das políticas econômicas e sociais do Estado brasileiro. A merenda fornecida pelo governo deve existir na escola, mas não pode ser usada como justificativa, como tem sido feito, ou como um meio para manter a criança na escola e justificar a própria ação desta instituição dentro do contexto da sociedade.

Numa análise geral do resultado deste questionamento, vê-se que as afirmações da população relativas à não assistência ou o desconhecimento de programas ou projetos na área de educação em saúde do escolar indicam, por parte da maioria dos professores pesquisados, um desconhecimento muito grande frente às questões de educação em saúde do escolar, e em relação à presença de programas relativos à educação em saúde, pois programas como o “Agente de Saúde” e o “Merenda Escolar” existem em todas as escolas da Rede Municipal de Ensino de Itajaí - SC.

A impressão que se tem é de que, além da passividade e complacência de alguns professores frente à atual situação da educação no Brasil, há também profissionais que não só negam seu papel, como ainda desviam os objetivos do ato de educar. Passam anos dentro das escolas sem compreender o significado da função desta na sociedade. Seu desempenho pedagógico resume-se apenas

no de cumpridor de tarefas e de atividades específicas e previamente elaboradas.

O Projeto de Saúde do Escolar, instituído em 10 de abril de 1983, pelo Decreto-Lei 7.091, criou a figura do agente de saúde que se constitui num professor da própria escola, treinado para desenvolver tarefas específicas com os alunos. Nada mais é do que a reedição sob um novo discurso da figura do educador sanitário, criado em 1925, que se alicerçava nos pressupostos do higienismo. Conforme relata LIMA (1985), os higienistas buscavam, na ignorância familiar, na pobreza, nas condições higiênicas da população, forte argumento para explicar todos os desmandos das políticas sociais. Por outro lado, o agente de saúde modifica pouco esta visão, fato comprovado nas análises dos questionamento realizados até o presente momento em nosso estudo, em que se percebe o papel do Estado como interventor e normalizador da ordem, usando, para isto, as políticas sociais assistencialistas que procuram mascarar as injustiças sociais criadas pelo seu descompromisso para com as classes populares. Imbuído de caráter mais curativo do que preventivo, de relação de benefícios (de ajuda) do que na garantia de direitos básicos e de participação nos bens de produção de modo mais igualitário, este projeto, agora, sob o véu da justiça social, do discurso biologicista, reduz a ação educativa ao cuidado do corpo doente, ou a um determinado órgão doente.

Vale ressaltar que se discorda da presença do “agente de saúde” na escola porque este, dentro das políticas atuais de saúde e também de educação, e dentro dos objetivos preconizados para a educação em saúde do escolar não permite uma abrangência maior do que a que se espera da escola dentro da sociedade. Cria situações dúbias em relação ao papel do professor, da escola e das instituições de saúde. O agente de saúde tal qual se apresenta hoje, passou a ser uma personagem no mínimo caricata e obscura, porque ele é um professor que não é professor, está na escola realizando atividades que não devem estar inseridas no contexto desta instituição. Exemplo disto é o teste de acuidade visual: a função do professor na escola seria de detectar possível anormalidade e orientar a criança e a família para procurarem especialista na instituição de saúde, encaminhando-as a estas, demonstrando a importância de se prevenir problemas futuros, decorrentes de deficiência visual. Atualmente, o agente de saúde é quem faz o teste, tem a obrigação de detectar tais problemas e muitas vezes, é ele quem leva a criança ao oftalmologista. Questiona-se, então, em que momento se realizou a educação? Em nenhum. O que houve foi apenas uma transferência de papéis, ou seja, o agente de saúde primeiro assumiu a tarefa do professor da sala de aula. (detectou anormalidade visual), depois a do médico (realizou teste de visão), e, por último, assumiu a tarefa da família (levou a criança ao médico). Pior ainda é que, em nenhum momento, falou-se em

prevenção, em orientação. Foi uma atividade meramente curativa. Não, sem dúvida, não é este o papel da escola nas ações de educação em saúde.

*“... Não obstante, na constatação de certos avanços nos programas desenvolvidos pela FAE, observa-se uma assistência fragmentada, somada a utilização de pessoal não acadêmico na obtenção de reduzir os custos dos projetos, A falta de pessoal qualificado incorpora pessoal leigo, expande-se desordenadamente, vindo a se distanciar do discurso da FAE...”(FERRIANI, et alii, 1990, p.26)*

Outros dados observados por FERRIANI et alii (1990) em estudos sobre “a visão global dos serviços de saúde escolar no País”, confirma os obtidos em nosso estudo, entre eles: as funções do agente de saúde exigidas pela FAE, que são muito abrangentes, não podendo ser assumidas por profissionais de outra área, a não ser da saúde. Acrescenta-se a esta constatação o desvínculo que hoje se preconiza para o trabalho de educação em saúde do escolar que deve ser desenvolvida pelo professor em sala de aula. E, em relação à função do “agente de saúde” na escola, o programa proposto pela FAE desvirtua-se dos objetivos da educação em saúde do escolar, pois a FAE, apesar de focar em seus objetivos uma ação mais ampla, incorporando a ação educativa, propõe ações junto ao escolar individualizantes e ainda reforçando ações curativas pautadas na visão biologicista da saúde, priorizando

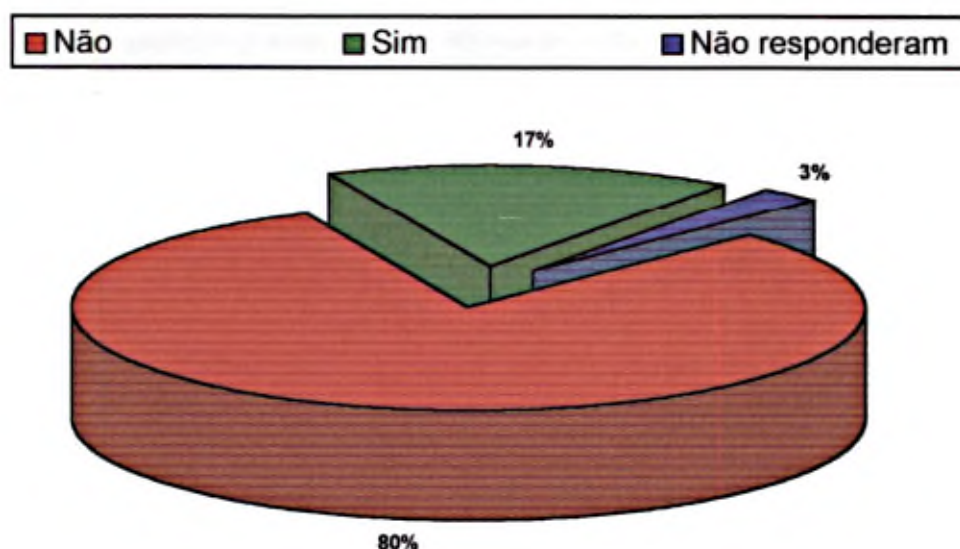
determinados aspectos de assistência ao escolar como odontológica e oftálmica em detrimento da visão do homem em sua totalidade. Tal fato nos mostra o desvinculo do discurso da saúde e da educação com os projetos oficiais implantados pelo Estado.

*“... O modelo de Saúde Escolar que vem sendo adotado no Brasil não difere daquele de 1989, uma vez que reproduz a atenção de saúde assistencialista que prioriza o indivíduo e “partes” dele como a assistência odontológica, oftalmológica, em detrimento da coletividade e do todo...”. (FERRIANI et alii, 1990, p.26)*

Face aos dados coletados neste questionamento e nos anteriores, percebe-se que o papel do professor em sala de aula se confunde com o agente de saúde, cria mecanismos de distorção das ações preconizadas hoje acerca da educação em saúde do escola, desvirtuando o papel da escola nas questões de educação em saúde do escolar. Amplia as obrigações da escola, atribuindo-lhes ações que, na verdade, são responsabilidades de outras instituições da escola, e acabam transformando a escola em mais uma instituição de saúde.

#### 4.7.2. Participação dos professores em cursos de aperfeiçoamento e atualização sobre as questões de educação em saúde do escolar

GRÁFICO 6  
PARTICIPAÇÃO DOS PROFESSORES EM CURSOS DE  
APERFEIÇOAMENTO E ATUALIZAÇÃO SOBRE AS QUESTÕES  
DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE DO ESCOLAR



A análise deste questionamento será realizada com base nos dados até o momento contemplados em nosso estudo e, através da opinião dos professores acerca dos cursos de aperfeiçoamento e atualização sobre as questões de saúde do escolar.

#### 4.7.2.1. Compreensão dos professores acerca dos cursos de aperfeiçoamento e atualização sobre as questões de saúde do escolar

TABELA 16  
COMPREENSÃO DOS PROFESSORES ACERCA DOS CURSOS DE  
APERFEIÇOAMENTO E ATUALIZAÇÃO SOBRE  
AS QUESTÕES DE SAÚDE DO ESCOLAR

COLOCAÇÕES DOS PROFESSORES	TOTAL	
	N	%
- Nunca participaram e cursos de Aperfeiçoamento e Atualização	64	81,0
- Participam considerando-os válidos	06	7,6
- Participam, mas não deram sua opinião	04	5,1
- Participam considerando-os bons	03	3,8
- Não responderam	02	2,5
<b>TOTAL</b>	<b>79</b>	<b>100%</b>

Os dados acima revelam que um índice altíssimo dos respondentes 81,0% não participam de cursos de aperfeiçoamento a atualização sobre as questões de educação em saúde do escolar. Este fato vem sendo constatado em todo o estudo, influenciando a concepção errônea sobre a educação em saúde do escolar, até o desconhecimento do papel do professor de sua atuação: educação em saúde, comprovado também em vários estudos realizados sobre os mais diferentes aspectos da saúde do escolar.

*“... Entretanto, para que o mestre realize tais atividades, é necessário que disponha de conhecimentos, atitudes, habilidades e práticas que, supostamente, deveriam ter sido adquiridos no seu curso de formação. Não obstante, observa-se que nem sempre o professor*

*dispõe desse cabedal, requerendo complementação posterior, a ser realizada por meio de orientação e treinamento em serviço...”(TEMPORINI, 1992, p.127)*

*“... Para trabalhar com os escolares, os profissionais precisam ser reciclados em conhecimentos e técnicas. A própria escola e suas redondezas devem servir como exemplo de ambiente físico e emocional saudáveis para que possa haver a promoção da saúde...”(FOCESI, 1992, p. 20)*

É necessário, conforme afirmam os autores citados acima, que se reflita sobre tais aspectos para que não se incorra no erro de justificar a incompetência de outros segmentos da sociedade (política-econômico-social) na escola ou mais especificamente no professor. Em nosso referencial teórico, na análise dos cursos de formação de professores, pode-se constatar também que tais cursos, tanto a nível de 2º grau quanto 3º grau não têm dado condições para que o professor tenha acesso ao conhecimento sobre saúde e educação, fato comprovado em nosso estudo, quando questionamento acerca da contribuição dos cursos de formação pedagógica para o trabalho de educação em saúde do escolar.(item 4.6). O caminho para solucionar tal problemática seria, sem dúvida, os cursos de aperfeiçoamento e de atualização. Pergunta-se, com base nos dados coletados, como podemos ter professores criativos, reflexivos, criadores e geradores de novos conhecimentos, se o sistema de educação os mantém sob a tutela de ações centralizadoras, negando acesso a novas possibilidades de reestruturar a ação pedagógica?

Em relação aos professores que afirmam ter participado de cursos de aperfeiçoamento e atualização sobre as questões de saúde do escolar, 7,6% dos respondentes os considera válidos; outros 5,1% não opinaram, e 3,8% achou os cursos bons. Estes índices remetem à constatação de que esses cursos oferecidos aos professores em questão, os têm levado a horas “intermináveis”, ouvindo regras, conceitos, métodos para trabalhar determinados assuntos que, na maioria das vezes, não preenchem as reais necessidades dos educadores e da comunidade da escola.

Alguns professores demonstram rejeição aos cursos de aperfeiçoamento porque sabem que terão de se submeter a ações pedagógicas, enquanto executores de ação planejada. Esta afirmação é procedente, porque, além do caráter autoritário desses cursos, os professores têm de lidar, muitas vezes, com profissionais que não possuem conhecimento sobre os temas tratados e que, temporariamente, por ingerências, principalmente políticas, passam a assumir este novo papel. Tais cursos não têm poder de modificar a ação pedagógica do professor, porque não vivenciam a práxis dos mesmos, ou porque estão totalmente dissociados da realidade, ou, quando procuram tratar esta realidade, fazem-no sem contextualizá-lo dentro das variáveis sócio-econômico-político-culturais.

Ainda 2,5% da população não respondeu ao questionamento quanto à participação dos professores em cursos de aperfeiçoamento e atualização sobre as questões de educação em saúde do escolar, possivelmente por desconhecimento ou descaso em relação às atividades de educação em saúde do escolar.

Com base nos dados coletados neste questionamento, pode-se inferir que, enquanto os cursos de aperfeiçoamento de professores (não só os que se referem à educação em saúde do escolar mas também em outras áreas) continuarem sendo um reforço para ações pedagógicas obscuras, sem vínculo com as reais necessidades da população, e sem mudanças nos suportes teóricos que a sustentam, o melhor seria que estes não fossem realizados, pois não contribuem para a melhoria da ação pedagógica no que se refere à educação em saúde do escolar.

## CAPÍTULO V

### 5. CONCLUSÕES E RECOMENDAÇÕES

#### 5.1. Conclusões do Estudo

Com base na discussão e análise dos resultados desta pesquisa, inferir-se-ão as conclusões a partir dos dados referentes ao problema, à amostra, aos objetivos, às questões investigadas, à hipótese e à metodologia do estudo.

##### 5.1.1. Conclusões relacionadas ao problema

A análise dos dados a que se chegou nesta pesquisa, propiciou uma compreensão do desempenho dos professores das séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>), com temas de educação em saúde do escolar em sala de aula, do significado desta temática para os professores e do seu papel no contexto desta problemática.

Percebe-se que há um desvio das funções da escola quanto às questões sociais, não havendo, para a maioria dos professores, compreensão do seu papel como intermediador entre o saber e a contextualização deste saber no cotidiano. A compreensão que os professores têm das condições de vida dos alunos não ultrapassa ao que percebem no ambiente escolar. Tal fato constitui um limitador de ação pedagógica no âmbito da educação em saúde do escolar,

ambiente escolar, não consegue entender o sentido das ações (ou até da ausência de ações) dos alunos, relativas à educação em saúde. Ao não compreender o real sentido do comportamento dos alunos, escapa-lhe o sentido maior da compreensão do problema, como queria WEBER. (WEBER, 1989, p. VIII e IX).

Pode-se ainda concluir que a compreensão dos professores sobre a educação em saúde do escolar ainda é a mesma do final do século XIX e primeiras décadas dos séculos XX, ou seja, a dos higienistas. Os que avançaram um pouco em suas considerações, situam-se na corrente biologicista, acerca do processo saúde/doença.

Quanto às práticas de educação em saúde na escola, a mesma continua sob a tutela centralizadora do Estado, não considerando as reais condições de vida dessa população principalmente no que concerne à escola pública. Pode-se pressupor que, deste modo, contribuem para abafar as contradições sociais, fruto da ineficiência das políticas econômicas, que têm levado milhares de pessoas à exclusão de direitos básicos e de, conseqüentemente, exercerem a sua cidadania.

### **5.1.2. Conclusões relacionadas à amostra**

*Em relação à amostra da população, apresenta-se as seguintes conclusões:*

*- O percentual obtido foi de 33,76% do total da população de professores que lecionam nas escolas da Rede Municipal de Ensino de Itajaí.*

*- A participação espontânea dos professores foi abaixo do índice esperado, o que se explica pela falta de informação sobre o tema em estudo, pela não obrigatoriedade no preenchimento dos questionários, ou até mesmo pela omissão da teoria e prática dos assuntos de saúde no espaço de sala de aula, embora requeridos pelas condições de vida expressas pela população estudantil e pela Comunidade que absorve os serviços da **escola**.*

### **5.1.3. Conclusões relacionadas aos objetivos e questões a investigar**

Este estudo procurou analisar a compreensão do professor das séries iniciais (1<sup>a</sup> a 4<sup>a</sup>) acerca do seu trabalho de educação em sala de aula nas escolas da Rede Municipal de Itajaí - SC. O que se coletou em relação aos objetivos específicos permitiram relacionar, com maior precisão, os fatores que interagem nas concepções, e, em sala de aula, através das ações pedagógicas com referência à educação em saúde do escolar. Os mesmos permitiram que se

tecessem análises que, futuramente, poderão (esperamos) subsidiar o trabalho dos professores das séries iniciais (1ª a 4ª) no trabalho em sala de aula, com as questões de educação em saúde do escolar.

**CATEGORIA I :** Para a caracterização dos componentes da amostra, foram formuladas duas questões: uma em relação à série que lecionam e outra em relação à sua habilitação profissional, cujos dados possibilitou os seguintes resultados e conclusões.

*- Houve uma maior participação dos professores que lecionam com as 4ª séries (1ª a 4ª).*

*- A não obrigatoriedade em responder ao questionário, bem como disponibilidade e interesse dos professores sobre as questões de educação em saúde do escolar foram fatores que, sem dúvida, influenciaram na participação dos professores nesta pesquisa.*

*- Há um percentual considerado significativo, 17,7%, de professores que não têm habilitação para lecionar às séries iniciais, dado que preocupa, pois retrata a atual situação do sistema educacional brasileiro em relação a não qualificação dos professores e também das condições a que estes se submetem quando não encontram mercado de trabalho para exercer suas habilitações específicas.*

**CATEGORIA II:** Na investigação do conhecimento dos professores sobre educação em saúde do escolar, foram formuladas duas questões: uma se refere ao conhecimento dos professores sobre saúde, e outra, focalizou a compreensão dos mesmos sobre educação em saúde do escolar.

Os resultados destes questionamentos conduziram às seguintes conclusões:

*- O conceito de saúde da população, ainda é aquele, que considera o físico apenas nos aspectos de funcionalidade dos órgãos.*

*- O discurso biologicista que prevê saúde apenas nos aspectos de funcionalidade de determinados órgãos, vem imbuído de normas de controle social através do controle dos corpos e da força de trabalho, ressaltando, assim, o controle da apreensão do saber e dos homens, no caso específico da educação em saúde da população escolar das instituições públicas*

*- Observa-se que saúde e doença são conceitos relacionados a padrões estéticos, a estilos de vida próprios, sem relação com a contextualização do homem e sua inserção no meio sócio-econômico-político e cultural.*

*- Há também um enfoque da saúde relacionado ao poder aquisitivo como garantia necessária para o acesso a esses conhecimentos e serviços.*

- Saúde ainda mantém estreita relação com o discurso dos higienistas do final do século XIX, e primeiras décadas do século XX, que pregava a robustez, a limpeza dos corpos e do ambiente físico como formas de desenvolver um homem produtivo para a nova sociedade industrial, que se instalava no Brasil.

- Há uma referência muito pequena ao conceito de saúde que ultrapassa o corpo e os aspectos biológicos, procurando situá-la no contexto das relações sociais.

- Assim como a saúde, a educação em saúde do escolar é vista de forma fragmentada, e tem como referencial o discurso biologicista e higienista.

- Os conceitos de educação em saúde são vistos dentro de uma dimensão comportamentalista, cuja função básica é a de mudar comportamentos, crenças e atitudes, prejudiciais à saúde.

- A educação em saúde do escolar ainda é vista como forma de controle do meio escolar e de memorização de conceitos sobre saúde.

- A educação em saúde é vista mais como direito individual do que coletivo, porque não se encontra, nos dados coletados nenhum enfoque de educação em saúde do escolar, considerando o contexto sócio-econômico-político e cultural voltado para a realidade do aluno, sua comunidade e como conquista coletiva.

*- Uma parcela muito pequena dos respondentes consideram educação em saúde do escolar uma ação que deve estar voltada ao cotidiano dos alunos e, portanto, integrada à realidade social da criança.*

*- Percebe-se, nas concepções de educação em saúde do escolar, influência do modelo das políticas assistencialistas de saúde do Estado que mantêm a comunidade sob a falsa tutela das políticas sociais do Estado, isto é sob a forma de “ajuda” ou “benefícios”.*

*Em relação à educação em saúde do escolar, os dados coletados indicam que a maioria dos professores atribuem este papel ao “agente de saúde”.*

*- Houve, apesar de ser representado por um percentual pequeno, referência à educação em saúde do escolar não só para as crianças como também atividade que deveria se estender para as famílias demonstrando preocupação com a extensão destas ações pedagógicas fora dos muros escolares.*

*- Educação em saúde do escolar tem sido vista sob uma concepção fragmentada que ora privilegia práticas de higiene, ora partes específicas do corpo (pulmão, coração, rim...), ora as questões sociais, ora vislumbra práticas médico assistencialistas.*

*- Percebe-se que, se de um lado a legislação em vigor demonstra deficiências ao tratar as questões de educação em saúde do escolar, por outro lado a visão limitada e errônea de quem as coloca em prática, tem sido um agravante para que não se efetivem mudanças reais neste contexto.*

**CATEGORIA III:** Na investigação da compreensão dos professores sobre educação em saúde do escolar, foram formuladas quatro questões: uma referente à opinião dos professores sobre a sala de aula ser um espaço propício para a realização de atividades de educação em saúde; outra, acerca dos conteúdos trabalhados em sala de aula serem adequados às necessidades de educação em saúde em sala de aula para seus alunos. Outra, ainda sobre os conteúdos abordados em sala de aula, quanto aos temas trabalhados e quanto à forma como estes são escolhidos e, por último, questionou-se sobre a forma como estes conteúdos são trabalhados em sala de aula.

Os resultados destes questionamentos possibilitam as seguintes conclusões:

*- O processo de trabalho de educação em saúde do escolar é confundido com ações e técnicas instrumentais, e estes têm sido usados para justificar ações pedagógicas baseadas em concepções equivocadas acerca da educação em saúde do escolar.*

- Há um número significativo de professores que colocam a sala de aula como agente de socialização, embora pautadas, na maioria das vezes, em concepções errôneas sobre educação em saúde do escolar.

- A crença do fracasso escolar da criança pela ignorância dos pais ainda é o suporte para que a escola justifique o fracasso da ação pedagógica; também o descompromisso do professor tem servido para justificar o fracasso das ações de educação em saúde do escolar sem que se analise tais questões dentro do complexo de multicasualidade que interfere nesta problemática.

- Percebe-se também que muitos professores demonstram preocupação em tratar as questões de saúde do escolar em sala de aula embora o seu despreparo para lidar com tais questões. Os mesmos acham que tais questões são evidentes, necessários e solicitam uma posição que só ele (professor) poderá assumir.

- A carência da comunidade em relação ao atendimento e acesso às instituições de saúde foram justificativas que reafirmaram a necessidade da participação da escola nas questões de saúde do escolar, por uma percentagem pequena de respondentes.

- Nota-se a dependência dos professores quanto à presença de outros profissionais para exercerem atividade de educação em saúde não como orientadores dos professores, mas assumindo o trabalho junto às crianças.

*Ainda a falta de um trabalho interinstitucional para apoiar as ações que considerem as questões sociais na escola tem sido, fator que impede a concretização do trabalho de educação em saúde do escolar em sala de aula.*

*- As justificativas dos professores para trabalharem com educação em saúde ainda estão muito ligadas ao aspecto assistencialista, de caridade e de correção de desvios orgânicos, sem haver a contextualização ao universo sócio-econômico-político e cultural dos alunos.*

*- Há uma tendência comum entre a maioria dos professores entrevistados em justificar o fracasso da educação em saúde pela falta de recursos técnicos, como se estes, isoladamente, fossem resolver os problemas de aprendizagem e de saúde das crianças.*

*- Outro fator citado é a dificuldade que a escola tem em atingir a família das crianças assim como o acesso às instituições de saúde praticamente inexistem, ou, se há, o atendimento é extremamente precário e pautado apenas em práticas curativas, o que, sem dúvida, contribui para que não só os alunos como só a estes serviços, como também a profissionais que possam orientar o professor quanto às questões de educação em saúde do escolar.*

*- Percebe-se que a educação em saúde do escolar tem sido tratada em sala de aula muito mais pelas ingerências externas do que, partindo de uma*

*percepção real dos professores quanto ao seu significado não só no processo de educação, como também enquanto fator de melhoria da qualidade de vida das crianças.*

*- Alguns professores, apesar de acharem os conteúdos adequados, não conseguem explicar tal afirmação, possivelmente por não terem uma compreensão clara do que seja educação em saúde.*

*- Há contradição entre o que o professor preconiza e a realidade do aluno. Na verdade, os conteúdos estão muito mais pautados nas experiências de vida e profissionais dos professores do que nas de seus alunos e comunidade na qual está inserida a escola.*

*- Nota-se que os projetos de saúde do escolar, como é o caso do agente de saúde, têm servido mais para inibir a ação pedagógica do professor do que para orientar estas ações.*

*- Os resultados evidenciam ainda a presença do discurso higienista, voltado para a limpeza, purificação e domesticação das crianças.*

*- O enfoque dos conteúdos não tem ultrapassado a simples informação de regras de bem viver, pautadas por um discurso centralizado, onde, na sala de aula, o professor assume a tarefa de apreensor do saber sistemático.*

*- As necessidades de saúde das crianças, trabalhadas em sala de aula, não são as geradas no cotidiano das relações que se estabelecem no trabalho, na família e nos seus grupos sociais.*

*- Os professores têm partido do pressuposto de que os conteúdos que trabalham são adequados, os recursos instrumentais e as instituições é que não são adequados ou são ineficientes e os alunos desinteressados, forma simplista para justificar a ineficiência de sua ação pedagógica. Não há uma avaliação séria acerca de todos os fatores que intermediam e interagem nestas questões.*

*- Os professores que acham os conteúdos sobre educação em saúde inadequados, demonstraram uma visão mais abrangente de educação em saúde do escolar que ultrapassa os muros escolares e passa pelas contradições presente nas relações sociais.*

*- As atividades desenvolvidas em sala de aula acerca da educação em saúde do escolar não sugerem uma reflexão sobre o cotidiano e a prática de vida individual e coletiva por onde se poderá construir um novo conhecimento e nem a transformação da própria prática.*

*- A ação pedagógica sobre educação em saúde tem sido confundida com técnicas e instrumentais que visam apenas estabelecer uma normatização social até como forma de abafar as injustiças sociais.*

*- O trabalho de educação em saúde do escolar prevê a escola como uma instituição social sem relação com as demais instituições e com um fim em si mesma.*

*- Os professores afirmam não ter condições de realizar um bom trabalho sobre educação em saúde em sala de aula devido ao despreparo em lidar com estas questões.*

*- A escola, em sua totalidade, e, mais especificamente, em relação à educação em saúde, não precisa se reestruturar só no seu discurso ou no uso de técnicas de ensino sofisticadas; é mister que ela se reestruture no sentido de modificar a prática dos professores em sala de aula e no modo como ela percebe (no sentido weberiano) as necessidades de educação (em saúde) das crianças.*

*- O desconhecimento acerca da saúde tem levado à exclusão não só das classes populares, como também dos que se propõem a educar estas classes, contribuindo para a manutenção da estratificação social.*

*- Apesar de representarem um índice pequeno em nosso estudo, há que se ressaltar que alguns professores têm consciência de suas limitações e dificuldades frente às questões de educação em saúde do escolar, porém não conseguem achar meios que lhes possibilite uma prática mais eficiente.*

*- A forma como os temas sobre educação em saúde em sala de aula são tratados, mostra-nos um desvinculo da realidade dos alunos.*

*- O discurso higienista que buscou, através de disciplinização higiênica, criar condições necessárias à alfabetização e à preparação do homem produtivo para a sociedade industrial é o que prevalece nos temas tratados em sala de aula.*

*- Os temas trabalhados em sala de aula estão vinculados ao discurso do Estado e também dos planejadores da educação, pois percebemos um enfoque maior a temas que são usados, tanto para justificar o fracasso escolar, como também para reforçar os projetos de saúde do escolar, instituídos pelo Estado.*

*- Não há, conforme se constata na análise das respostas, nenhuma referência a temas que possibilitem ao aluno conhecer as instituições de saúde de sua comunidade, nem de reconhecer a saúde dentro de seu contexto social como prática que faz parte das relações que se estabelecem em seu cotidiano, em seu modo de viver.*

*- Os conteúdos pré-estabelecidos não propõem mudanças significativas na maneira de se trabalhar com as questões de saúde do escolar.*

*- Os aspectos biológicos da saúde também são tratados e reforçados na escolha dos temas.*

- Um índice bastante elevado de professores não trabalham com nenhum tema sobre educação em saúde, porque quem o faz é o agente de saúde.

- A abstenção dos professores em responder como os conteúdos sobre educação em saúde do escolar são escolhidos nos leva a considerar que, por acharem seu trabalho ineficiente, ou por receio de serem identificados quando da análise dos questionários, optaram pelo silêncio que pode indicar também um certo comodismo.

- A escolha dos conteúdos sobre educação em saúde do escolar é feita pela Secretaria Municipal de Educação, sem possibilitar uma discussão maior com a escola e com a comunidade.

- Os programas de educação em saúde do escolar nada mais são do que a simples continuação dos discursos dos projetos de políticas sociais do governo, que procura abafar novos conhecimentos ou iniciativas contra-hegemônicas.

- O professor está tão engendrado num sistema de normas e controles quanto ao que ele impõe ao aluno.

- O despreparo dos professores acerca das questões de educação, em sua totalidade o impede de atuar de forma mais crítica e criativa com as questões de educação em saúde.

- O controle oficial dos programas é, sem dúvida, um problema que, muitas vezes, impede os professores de buscarem novos conhecimentos e novas formas de se trabalhar com educação em saúde.

- Apesar de haver um pequeno número de professores tentando mudar este poder centralizador (nas mãos dos planejadores da educação), ela ainda é uma iniciativa pequena, face às concepções equivocadas sobre educação em saúde que permeiam não só os cursos de formação dos professores, como também na formação profissional que se dá enquanto o professor realiza sua prática pedagógica.

- Não há referência ao trabalho conjunto com a comunidade, profissionais de saúde, alunos e professores, na busca de um diagnóstico mais realístico das condições de vida dos alunos; se houvesse essa referência beneficiaria não só o trabalho de educação em saúde, mas subsidiaria e criaria suporte para a ação pedagógica mais geral.

- Os dados levam a concluir que os programas de educação em saúde sempre estão centrados na autoridade de alguém: ou da Secretaria de Educação, ou das direções de escolas, ou até mesmo dos professores, sem considerar a realidade dos alunos e de sua família e comunidade.

- Os programas rígidos e fragmentados que não contemplam a integralidade do aluno dentro do contexto sócio-econômico-político e

*cultural, são, sem dúvida, agravantes para que as ações pedagógicas se percam e não se concretizem.*

*- O objeto de trabalho da educação em saúde tem sido apenas instrumental e não a práxis que procura, através da articulação entre pensamento e ação possibilidades que possam melhorar o cotidiano da vida dos alunos, ajudando-os a criarem condições para a superação dessa situação.*

*- Mesmo os professores que trabalham com atividades práticas, ao abordarem temas de saúde se restringem ao ambiente escolar e a assuntos limitados.*

*- Nota-se que alguns professores procuram trabalhar com atividades de prevenção, mas ainda de forma tímida e voltada para informação de conceitos pré-estabelecidos.*

*- É necessário que se redefinam as políticas de saúde do escolar dentro das escolas e o papel dos professores dentro destas políticas.*

*- Percebe-se que o que prevalece em termos de ação educativa são os métodos utilizados, restritos em sua maioria, à abordagem de conceitos construídos a priori.*

**CATEGORIA IV-** A investigação dos aspectos que, segundo a compreensão dos professores, têm contribuído ou dificultado para trabalhar em sala de aula com os temas de saúde, apontaram os seguintes resultados associados à especificação das justificativas:

*- Há uma confusão de papéis em relação ao do professor em sala de aula e ao do agente de saúde.*

*- Parece haver uma tentativa de adequar os programas trabalhados em sala com a realidade dos alunos, mas esta continua restrita ao ambiente da escola nas mãos da direção, professores e agente de saúde, sem contextualização com a comunidade na qual a escola está inserida e as reais necessidades do aluno.*

*- Os alunos e as famílias continuam sendo objetos das práticas de saúde, perdendo sua essência de sujeito, vítimas de práticas e ações parcelares.*

*- Os professores entrevistados reforçam a falta de material e de espaço físico, demonstrando a ênfase que dão à utilização de recursos didáticos na ação pedagógica. Sabe-se que, no entanto, é necessário contextualizar estes fatores, e compreender o modo como os mesmos intervêm na educação em saúde do escolar. Eles se relacionam com o despreparo dos professores face aos cursos de habilitação que estão, quase sempre, desvinculados da*

*realidade social da nossa população, até a atuação dos mesmos professores em sala de aula, orientando-se por currículos e programas centralizados que nada mais são que um agrupamento de disciplinas, e não consideram a realidade dos alunos.*

*- Faltam políticas sociais eficientes que permitam a efetivação e continuidade do discurso em sala de aula, no cotidiano dos alunos e em sua comunidade.*

*- O descaso político com as questões de educação em saúde tem excluído a população do acesso e participação aos bens sociais, entre eles a educação e a saúde.*

*- A eficiência das escolas ainda é pautada na quantidade de conteúdo e não na qualidade dos mesmos; as práticas educativas em saúde do escolar acabam sendo um fim em si mesma.*

*- A falta de informação acerca dos novos progressos que são incorporados às ciências, bem como a aquisição de conhecimentos que permitam refletir sobre a realidade contribuem para que os professores tenham dificuldades em trabalhar em sala de aula as questões de educação em saúde do escolar.*

*- A explicação do fracasso das ações pedagógicas pela ignorância e pobreza dos alunos são utilizadas como se tais fatores, individualmente,*

*pudessem explicar a desorganização e ineficiência do sistema educacional e o de saúde.*

*- Não há referência à totalidade das questões que interferem no trabalho de sala de aula. O engodo está exatamente quando não conseguimos compreender estas questões dentro de uma ótica abrangente, ou seja, dentro do universo das relações sociais e onde acontecem os embates políticos-ideológicos.*

*- Não houve, por parte dos professores, nenhum questionamento em relação ao fato da Secretaria Municipal de Educação elaborar os programas de Educação em saúde do escolar e nem em relação aos programas oficiais implantados nas escolas, demonstrando assim a passividade destes frente à normatização e controle sobre a prática pedagógica.*

*- A compreensão dos professores acerca da educação em saúde do escolar é compartimentada, pois há um estabelecimento de prioridades de determinadas questões em detrimento de outras, também consideradas prioritárias e relevantes no trabalho de educação em saúde.*

*- Percebe-se que há centralização na ação do professor pautada em sua percepção individual sobre a saúde de seus alunos, e nos critérios estabelecidos pela Secretaria Municipal de Educação sem vínculo com a realidade dos alunos, de suas famílias e de sua comunidade.*

*- Há um consenso entre os professores de que a escola, o método, os educadores, e as políticas educacionais são boas. Os problemas são sempre trazidos para a escola pelos pais e alunos que são pobres, ignorantes e mal educados.*

*- É necessário que a escola crie uma relação mais íntima entre a comunidade e alunos para sair do marasmo e da utopia e realmente contribuir para o desenvolvimento do homem como cidadão.*

**CATEGORIA V** - Investiga a compreensão dos professores em relação ao seu papel como educador na área de saúde indicando os seguintes resultados:

*- Decisões parciais e centralizadoras tomadas pelas secretarias têm contribuído para o desvinculo do trabalho do professor com a realidade dos alunos.*

*- Os professores não conseguem contextualizar suas práticas na realidade dos alunos, porque não têm compreensão do seu papel dentro das práticas sociais, não têm expectativas frente à educação em saúde, porque ele também sofre as influências das políticas sociais ineficientes; presume-se que não só na escola como também no seu cotidiano.*

*- A escola tem sido utilizada como uma das instâncias para abafar as contradições que surgem da ineficiência das políticas sociais, onde o Estado através de pseudo-projetos, entre os quais os voltados para a educação em saúde do escolar devolvem à população através de benefícios, um percentual mínimo dos bens produzidos pelos indivíduos. Neste bojo, a educação e a saúde através da desqualificação de seus profissionais e de suas instituições, têm sido usada para justificar a ineficiência das políticas sociais.*

*- Os professores ainda estão sendo formados por um ensino estático, repassando um saber acrítico, sem vínculo com o contexto da escola.*

*- Alguns professores acham seu papel importante, mas não conseguem explicá-la, porque, possivelmente, nem eles entendem o sentido de sua atuação.*

*- O papel do professor ainda está voltado para práticas pautadas pelo discurso higienista e biológico da saúde. Talvez por isso suas expectativas não ultrapassem o corpo físico de seus alunos.*

*- Há uma referência pequena à participação das famílias na ação pedagógica do professor.*

*- Não há uma compreensão por parte dos professores do seu papel dentro das questões de saúde do escolar, o que impossibilita expectativas mais animadoras sobre tais questões.*

*- O papel do professor frente à educação em saúde do escolar é vinculado pela maioria dos respondentes à transmissão de conhecimentos, pautados ainda em práticas pedagógicas tradicionais.*

*- A compreensão dos professores sobre educação em saúde do escolar é limitada ao espaço físico da escola, poucos se referem à atividades junto à comunidade e aos familiares dos alunos; quando o fazem é no sentido de transmitir conhecimentos e repassar orientações. Não há referência a um trabalho participativo entre escola/comunidade/família e alunos.*

**CATEGORIA VI** - Os resultados da investigação da contribuição da formação pedagógica dos professores para o trabalho de educação em saúde em sala de aula, conduzem às seguintes conclusões:

*- Os cursos de habilitação para os professores tanto em nível de 2º grau (Magistério) como em nível superior, pouco têm contribuído para o trabalho de educação em saúde do escolar.*

*- Os cursos de formação de professores não têm conseguido contemplar a saúde no contexto sócio-econômico-político e cultural, pois ainda permanecem na dependência de um discurso higienista ou biologicista.*

*- A maioria dos professores não consegue justificar sua afirmação quanto à contribuição que a habilitação profissional lhes deu para o trabalho de educação em saúde do escolar.*

*- Os professores estão acostumados a receber não só programas prontos como também conteúdos previamente elaborados, em forma de aulas prontas que direcionam sua ação e o saber dos alunos.*

*- Os temas escolhidos para realização do trabalho de educação em saúde ainda são pautados nas concepções sobre saúde que os professores adquiriram durante sua formação profissional, e não através da crítica, análise e reflexão do cotidiano dos alunos.*

*- A visão errônea dos professores, pela forma como os currículos e programas vêm tratando as questões de saúde, têm contribuído para sedimentar o papel do professor como elemento de legitimação da forma como o Estado tem tratado as questões de educação em saúde do escolar.*

**CATEGORIA VII** - A investigação da compreensão dos professores sobre os programas e projetos de educação em saúde desenvolvidos na escola apontou para os seguintes resultados:

*Percebe-se que os programas e projetos de educação em saúde do escolar do Estado moldam os professores, e estes, por sua vez, sedimentam*

*através de sua ação pedagógica, o projeto do governo para as classes menos favorecidas.*

*- A maioria dos respondentes conhece o projeto de saúde através do agente de saúde, mas um número muito pequeno dos professores apontou o programa da merenda escolar como um projeto da área da saúde.*

*- O projeto de saúde na figura do agente de saúde, nada mais é que a reedição do educador sanitário criado no início do século XX, sob a égide do discurso do higienista que fez parte do projeto nacional de educação do homem trabalhador brasileiro.*

*- O agente de saúde, imbuído de uma concepção biológica de saúde e de caráter assistencialista, tem contribuído mais para exacerbar as diferenças e injustiças sociais do que para modificar as ações de educação em saúde.*

*- O projeto da merenda escolar, assim como as demais políticas sociais voltadas para o escolar, tem sido usado não só para justificar os desmandos das políticas sociais, como também para justificar o fracasso escolar. Embora a merenda escolar seja importante, ela não pode mascarar ou servir de desculpas para questões pedagógicas não resolvidas, como as questões de aprendizagem.*

*- A falta de Cursos de Aperfeiçoamento e Atualização que considerem não apenas as novas concepções mas sua aplicabilidade no cotidiano da*

*escola e da vida dos educandos têm contribuído para que concepções e ações pedagógicas errôneas sejam mantidas nas questões que se referem à educação em saúde do escolar.*

*- As colocações dos professores acerca dos cursos de aperfeiçoamento e atualização demonstram uma visão questionável quanto à qualidade desses cursos, bem como quanto à sua aplicabilidade prática.*

*- Os cursos de Aperfeiçoamento e Atualização assim como os cursos de formação pedagógica dos professores tem contribuído muito mais para manter rituais pedagógicos que reforçam a inadequação do sistema educacional do que para transformar ações pedagógicas em práticas mais realísticas e voltadas para as reais necessidades da população. É mister que haja modificações nestes cursos, de modo a aproximar a ação da escola das reais necessidades dos alunos.*

*- As políticas educacionais e de saúde através da negação do acesso ao saber, conseguem manter um controle das ações pedagógicas, e assim legitimam o controle sobre as classes populares.*

#### **5.1.4. Conclusões relacionadas com as hipóteses**

Em relação à hipótese que orientou nosso trabalho, constata-se que os professores têm uma compreensão limitada de “Educação em Saúde” porque

não têm, na sua formação, a compreensão de saúde como resultado de múltiplos fatores: biológicos, psicológicos, sociais, econômicos, políticos e culturais. Fatores estes que, em verdade, não se encontram assim dicotomizados.

## **5.2. Recomendações**

- Com base no estudo realizado, recomenda-se que:

**- É necessário que as ações, projetos e políticas sociais existentes na escola sejam repensados no sentido de que, efetivamente, possam contribuir para uma prática de educação em saúde participativa construída a partir da compreensão dos alunos e de sua família, do contexto sócio-econômico, político e cultural objetivando a construção do novo conhecimento.**

**- Os cursos de formação de professores devem se reestruturar, no sentido de permitirem uma contextualização dos currículos, considerando as dimensões sócio-econômicas, políticas e culturais brasileiras.**

**- Os cursos de formação de professores devem procurar desmistificar e questionar a cultura dominante e valorizar a linguagem e cultura do educando, para, a partir desta cultura, possam transmitir**

**conhecimentos que fazem parte de uma cultura melhor, construída coletivamente pelos homens no seu desenvolvimento histórico. A escola deverá, através da sua ação pedagógica procurar criar meios que possam promover o crescimento mútuo dos professores e alunos.**

**- Os programas, projetos e cursos de atualização devem considerar a realidade vivida pelos alunos, professores e comunidade e serem feitos através das ações participativas destes.**

**- Que o trabalho com as questões de educação em saúde seja realizado em conjunto com outros profissionais, através de equipe multiprofissional, permitindo a participação dos vários segmentos da sociedade que apoiariam a escola, não apenas na elaboração de programas e projetos, como também no sentido de realizar encaminhamentos e orientações no trabalho dos professores com as questões de educação do escolar. Esta equipe multiprofissional abrangeria, profissionais da área de educação e saúde e assistência social, advogados, economistas, entre outros que fazem parte da comunidade e que podem ser estimulados a participar, de acordo com as necessidades específicas de cada escola e respectiva comunidade .**

**- As ações pedagógicas devem estar centradas na realidade dos seus alunos, trabalhando o cotidiano destes, sem deixar de considerar também os conhecimentos científicos universais.**

**- Que sejam reformulados os currículos de formação de professores, buscando preparar estes profissionais também para as atividades de educação em saúde do escolar em sala de aula.**

**- Que haja um compromisso refletido e consciente das secretarias estaduais e municipais de educação e de saúde com a implementação de programas consistentes e coerentes com as indicações propostas pelos especialistas e conhecedores das realidades de onde se origina a população estudantil.**

**- Que sejam realizados estudos na área de educação em saúde do escolar que contemplem a situação desta em nível nacional e local, a fim de propor estratégias mais adequadas ao seu desenvolvimento.**

**- Que sejam efetivadas, não só nos cursos de formação de professores, como também nos de “aperfeiçoamento e atualização, uma análise crítica das várias concepções de saúde, de educação em saúde do escolar, seu processo histórico, seus objetivos, como se manifestam na realidade dos alunos e de suas famílias e suas implicações no contexto da escola, para que os professores possam ter um referencial que, em sua**

**prática, os ajude a construir novos conhecimentos e a selecionar ações que possibilitem à criança uma aprendizagem capaz de torná-las membros participantes da comunidade.**

**- Que sejam desenvolvidos programas de atualização permanente dos professores, mas por profissionais que tenham conhecimentos sobre educação em saúde do escolar, bem como de suas implicações na melhoria da qualidade de vida dos alunos e dos professores.**

**- Que os trabalhos com educação em saúde do escolar ultrapassem os programas intramuros das escolas, das Secretarias e dos programas oficiais para um trabalho mais participativo entre escola/comunidade.**

**- Que a educação em saúde do escolar seja trabalhada na escola através da interdisciplinaridade, da reflexão crítica entre os professores, equipe multiprofissional, alunos e famílias na busca da melhoria da qualidade do nível de saúde do escolar e de sua comunidade através do envolvimento de todos os segmentos da sociedade.**

**- Que a educação em saúde do escolar seja tratada nos currículos em nível de 1º grau, 2º e 3º graus não mais como conteúdo vinculado à Ciências, Biologia ou Programas de saúde e sim como prática educativa denominada “educação em saúde do escolar”.**

**- Deve haver um trabalho interinstitucional apoiando as ações da escola para que, realmente, as ações pedagógicas voltadas para a educação em saúde deixem de ser uma utopia e possam fazer parte do cotidiano dos alunos nos mais diferentes segmentos da sociedade.**

**- Seja estimulada a participação da família e de organizações comunitárias nas atividades de educação em saúde no sentido de participarem não apenas das orientações, como também das decisões da escola como membro atuante de forma dinâmica, num processo ininterrupto e interrelacionado.**

**- Os programas de educação em saúde do escolar devem propiciar aos escolares além do conhecimento básico de problemas de saúde, oportunidade de reflexão sobre as crenças e valores de sua comunidade como um todo e de saúde em particular, orientando-os quanto aos recursos que existem em sua comunidade para promoção, controle, minimização ou solução dos problemas de saúde.**

**- O professor deverá estar preparado e ter recursos humanos e materiais que lhe possibilite, conhecer e avaliar a situação de saúde da comunidade a que pertencem seus alunos e as condições da escola, os serviços que existem dentro e fora dela que possam auxiliar as ações de educação em saúde do escolar.**

Muito se tem falado e escrito sobre a formação de professores, muitas investigações, privilegiando diferentes abordagens, vão se avolumando, enquanto os sistemas não se retro alimentam e não chegam a um consenso.

É preciso mudar ! E o mecanismo dessa mudança da *Escola* atual tem o seu comprometimento com a sociedade e a cultura.

Urge que se questione o processo de formação do professor, fazendo-o admitir que a *Educação* não é apenas o repasse de informações, mas a preocupação de formar pessoas capazes de se auto-administrarem para a vida .

Em relação ao programa da merenda escolar é uma indiscutível motivação para o estado do aluno no universo escolar. Ora, se isso comprova a necessidade de a *Educação* ter como espaço humano, um corpo indiscutivelmente sadio, a *Saúde* como elemento da cultura, está internamente envolvido com o processo cognitivo.

A *Escola* como ciência tem compromisso com a *Humanização* pela própria ciência, pois esta, quando não faz a felicidade do homem, vive da infelicidade dele.

Embora muitas sejam as causas para o divórcio entre a busca do conhecimento e sua aplicação prática, ele encontra seu ponto de partida

num aspecto muito simples: as pessoas envolvidas nessas atividades não se encontram. E ainda se considere que muito do esforço científico realizado em *Educação* no Brasil não é divulgado ou, quando dado a público, é comprimido em súmulas herméticas não acessíveis aos interessados. O próprio esforço teórico, quando voltado ao campo da educação, tem demonstrado lento desenvolvimento, em grande parte relacionado à falta de vínculos com processos de investigação sistemática que o venham a comprovar, rejeitar ou alterar.

Apesar dos resultados a que se chegou no presente trabalho, e sem pretender fazer previsões ou avançar em horizontes e metas de desenvolvimento, acreditamos que os responsáveis pela formação de sociedades sadias deverão de repensar a *Educação em Saúde do Escolar* como uma das imprescindíveis iniciativas capazes de contribuir para programas de conscientização do adulto para garantir a sua saúde e a sua felicidade.

## 6. REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ANAIS DO I CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, São Paulo, 1923.

ANAIS DO III CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, São Paulo, 1926.

ANAIS DO I CONGRESSO NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR, São Paulo, 1941.

ANAIS DO VI CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, São Paulo, 1947.

ANAIS DO VII CONGRESSO BRASILEIRO DE HIGIENE, São Paulo, 1948.

ANAIS DA VI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Ministério da Saúde**. Brasília: agosto/1947.

ANAIS DA VIII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Ministério da Saúde**. Brasília: agosto/1980.

ANAIS DA VI CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Ministério da Saúde**. Brasília: agosto/1977.

ANAIS DA VII CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. **Ministério da Saúde**. Brasília: agosto/1980.

AZEVEDO, Fernando de. **Novos caminhos, novos fins**. São Paulo: Melhoramentos, 1958.

\_\_\_\_\_. **A transmissão da cultura**. 5.ed. São Paulo: Melhoramentos, 1976.

\_\_\_\_\_. **A cultura brasileira**. 3.ed. São Paulo: Melhoramentos. 1958.

AZEVEDO, G. V. F. **Legislação e pareceres do ensino de 1º grau**. Ministério da Educação e Cultura. Departamento de documentação e divulgação, 1975.

BASILE, P. **Inspeção médica escolar**. São Paulo: 1920. Tese de Mestrado apresentada à Faculdade de Medicina e Cirurgia de São Paulo.

BRASIL - DIÁRIO OFICIAL DA UNIÃO. Decreto federal. Parecer nº 1553. Brasília, 1973.

BRASIL - CONSELHO FEDERAL DE EDUCAÇÃO. Resolução nº 02. Brasília, 1969.

BRASIL - MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CULTURA. Fundação de Assistência ao Estudante - FAE. Programa de Saúde ao Escolar. Brasília, 1984.

BRASIL. Decreto nº 1311A. 17 de fevereiro de 1859. Collecção das Leis (do Império do Brasil). Rio de Janeiro: [s.n.], pt 2, secção 13.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 7247, de 19 de abril de 1879. Collecção das Decisões do governo (do Império do Brasil). Rio de Janeiro: [s.n.], 1880. pt. 11

\_\_\_\_\_. Decreto nº 981, de 08 de novembro de 1890. Decretos do Governo Provisório (da República dos Estados Unidos do Brasil), Rio de Janeiro: [s.n.], 1890. fascículo 1.

\_\_\_\_\_. Decreto nº 8660, de 05 de abril de 1911. Collecção das Leis (da República dos Estados Unidos do Brasil), Rio de Janeiro: [s.n.], 1914. V. I.

\_\_\_\_\_. Parecer nº 251. Brasília, 1962.

\_\_\_\_\_. Parecer nº 252. Brasília, 1969.

BRASIL. **Leis, decretos, legislações e normas do ensino do 2º grau.** SE/UNOE/SUESG, 1982.

BRASIL. Ministério de Saúde. Ministério da Previdência e Assistência Social. **Programa Social de Serviços Básicos de Saúde (PREV. SAÚDE).** Brasília, 1981.

BRASIL. Ministério de Saúde. **Programa de Interiorização das Ações de Saúde e Saneamento.** PIASS e Estratégias para 1979.

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes e bases da educação nacional;** Lei 5.692, Brasília, 1972.

- BRASIL. Conselho Federal de Educação. Parecer nº 2.264/74. **Documenta**. Brasília, (165), 1974.
- BRASIL, Ministério da Educação. **Diretrizes e bases da educação nacional**: anteprojeto de lei. Diário Oficial da União, 1 set/1989.
- BRASIL, Ministério da Educação e Cultura. **Diretrizes e bases para o ensino de 1º e 2º graus**. de 4024, 20 dez. Brasília, 1961.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. **Organização e funcionamento do ensino superior**: lei 5.540, 28 nov. Brasília, 1968.
- BRASIL. **Leis, decretos-lei, resolução e portarias do ensino de 2º grau**. SE/UND/SUESG, 1982.
- BRASIL. Lei nº 6.229/75. Ação articulada entre os Ministérios de Saúde, da Educação, e do Interior, do Trabalho e da Previdência Social para formulação de uma política de saúde. 1975.
- BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Fundação de Assistência ao Estudante, “Programa Nacional de Alimentação Escolar” 1973.
- BRAGA, J.C.S. & PAULA, S.G. **Saúde e previdência**: estudos de política social. São Paulo: Hucitec, 1981.
- BERMAN, Louise M. **Novas prioridades para o currículo**. Porto Alegre: Ed. Globo, 1976.
- BOGUS, Cláudia Maria, et alii. Educação em Saúde na escola: como está a formação de professores de 1ª a 4ª série do 1º grau?. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1(1) jan, 1990.
- BOLTANSKI, L. **As classes sociais e o corpo**. Rio de Janeiro: Ed. Graal, 1979.
- CANDEIAS, N.M.F. Evolução histórica da educação em saúde como disciplina na faculdade de saúde pública da USP. 1925 a 1967. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 22(4). 1988.

CARELLI, L.A. & OLIVI, M.L. Relato de uma experiência em saúde escolar com os alunos do magistério. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**, 2(1). jan. 1992

CARTA DE VITÓRIA. Inclusão e recomendação do 6º Congresso Brasileiro de Saúde Escolar. Vitória, E.S., jul, 1988. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1 (1) : 35-57, 1990.

CARVALHO, Marta M. Chagas de. **A escola e a república**. São Paulo: Brasiliense, 1989.

CENTRO PANAMERICANO DE PLANIFICACION DE LA SALUD (1975). **Formulation de Políticas de Salud** - Organizacion PanAmericana de la Salud.

COLLARES, C.A.L. & MOISÉS, M.A. **Educação em saúde? Educação X Saúde? Educação em Saúde**. Caderno CEDES, Educação e Saúde. São Paulo: Cortez, 1985.

\_\_\_\_\_. Educação , saúde e formação de cidadania da escola. **Revista Educação e Saúde**, (32), 1989.

COLLARES, C.A.L., et alii. **Saúde escolar e merenda: desvios do pedagógico?** ( ). Cadernos CEDES, Educação e Saúde. São Paulo: Cortez, 1985.

CONFERÊNCIA NACIONAL DE SAÚDE. 8º Relatório Final... Ministério da Saúde, 17 a 21 Mar. 1986.

CONFERÊNCIA INTERNACIONAL DA SAÚDE. **Organização mundial da saúde**. New Yorque, jul. 1946.

CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA. Resolução nº 021/87. Florianópolis, 1987.

CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA. Parecer nº 374/87. Florianópolis, 1987.

CONSELHO ESTADUAL DE EDUCAÇÃO DE SANTA CATARINA. Parecer nº 201/90. Florianópolis, 1990.

- CORDEIRO, H. A. **A indústria da Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Graal, 1980.
- COSTA, Nilson do Rosário. **Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana**. CADERNOS CEDES, Educação e saúde. São Paulo: Cortez nº 4, 1984.
- COSTA, Nilson do Rosário, et alii. **Demandas populares, políticas públicas e saúde**. Vol.II. Rio de Janeiro: Vozes, 1989.
- CURY, S.R.J. **Ideologia e educação brasileira: católicos e liberais**. São Paulo: Cortez, 1978.
- DECLARAÇÃO NACIONAL DOS DIREITOS HUMANOS, Artigo XXV. 4.ed. São Paulo: Ed. Paulinas, 1978.
- ESTATUTO DA CRIANÇA E DO ADOLESCENTE. Lei Federal nº 8069 de 13 de Junho de 1990.
- FERREIRA, C. **A luta antituberculosa do Brasil**. Anais do primeiro Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia. São Paulo, 1: 251-7, 1907.
- \_\_\_\_\_. **A inspeção médica dos colegiais: primeira parte**. São Paulo: Imprensa Médica, 17 (20): 305-12, 1909.
- \_\_\_\_\_. **A inspeção médica dos colegiais: segunda parte**. São Paulo: Imprensa Médica, 17 (21): 330-6, 1909.
- FERRIANI, M.G.C., et al. Histórico da saúde escolar: visão global dos serviços de saúde escolar no País. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1(3/4) jul. & out. 1990.
- FERRIANI, M<sup>a</sup> das Graças Carvalho. A inserção do enfermeiro na saúde escolar. **Revista Brasileira Saúde Escolar**. 2(3/4), 2º semestre/1992.
- FOCESI, Eris. Educação em saúde: campos de atuação na área escolar. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1 (1) jan. 1990.

- \_\_\_\_\_. Uma nova visão de saúde escolar e educação em saúde na escola. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 12(1) jan. 1992.
- \_\_\_\_\_. Educação em saúde na escola - o papel do professor. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1(2):4-8, 1990.
- \_\_\_\_\_. Formação em Saúde Escolar. A criança em idade escolar. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 2(3/4), 2º semestre/1992.
- \_\_\_\_\_. Educação em Saúde e Cidadania. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 2(3/4), 2º semestre/1992
- GATTI, Bernardete A. & BERNARDES, Nara M.G. **Concluintes de cursos de formação de professores em nível de 2º grau: avaliação de habilidades.** Cadernos de Pesquisa. São Paulo, p.20, p.39-110, mar. 1977.
- GATTI, Bernardete A., et alii. **Um estudo sobre os cursos de formação de professores em nível de 2º grau.** Cadernos de Pesquisa. São Paulo, p.20, p.15-30, mar. 1977.
- GRAMSCI, A. **Os intelectuais e a organização da cultura.** 5.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1982.
- GUANAES, L.P. **Reorganização de educação do Estado de São Paulo.** (De acordo com o Decreto nº 7510, de 20/01/1976, publicado a 30/01/76). São Paulo: Ática. 1976.
- GUERNER, F.N.A. **Educação higiênica na escola.** Boletim do Instituto de Higiene. São Paulo, (22): 3-16, 1924.
- HARRIS, Willian. & MOFFITT. Relato do I Simpósio Ibero Americano de Salud Escolar. Buenos Aires, 1987, **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1(3/4) jul. a out., 1990.
- HARRIS, W.M. et alii. Reciclagem/atualização em saúde do escolar II. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 2(3/4), 2º semestre/1992.
- HARPER, B. et alii. **Cuidado escola.** 7.ed. são Paulo: Brasiliense, 1990.

KOPNIM, P.V. **A dialética como lógica e teoria do conhecimento**. Rio de Janeiro: Civi. Brasileira, 1970.

LENCASTRE, E.F. **Saúde escolar e educação**. In: Congresso brasileiro de saúde escolar, 6°. Vitória, E.S., 1988.

\_\_\_\_\_. **Formação do professor e seu papel**: o assistente de saúde na escola. São Paulo: Departamento de prática de saúde pública - Faculdade de Saúde Pública/USP, 1988, s/p.

LIMA, Gerson Zanetta. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

MARCONDES, R.S. **Educação sanitária em nível nacional**. São Paulo: Faculdade de Higiene e Saúde Pública, 1964.

\_\_\_\_\_. **Educação em saúde na escola**. São Paulo: [s.d.] [Faculdade de Saúde Pública USP - Departamento de Prática de Saúde Pública - MIMEO].

\_\_\_\_\_. **O preparo da professora primária em educação sanitária**. São Paulo, 1986. [tese de livre docência - Faculdade de Saúde Pública - USP].

MELO, J.A.C. **Educação sanitária**: uma visão crítica. Cadernos CEDES, Educação e saúde. São Paulo: Cortez, 1980.

MONCORVO FILHO. **Higiene escolar, seu histórico no Brasil**. Anais do Primeiro Congresso Médico Paulista. São Paulo, 1916, 3: 141-53.

\_\_\_\_\_. **Notas para um guia de higiene escolar**: primeira parte. São Paulo: Imprensa Médica, 19 (4): 49-54, 1911.

\_\_\_\_\_. **Notas para um guia de higiene escolar**: segunda parte. São Paulo: Imprensa Médica, 19 (5): 65-73, 1911.

\_\_\_\_\_. **Notas para um guia de higiene escolar**: terceira parte. São Paulo: Imprensa Médica, 19 (7): 102-7, 1911.

NAGLE, J. **Educação e sociedade na primeira República**. São Paulo: EPU-EDUSP, 1976.

- NAJAR, A.L. In: MINAYO, M.C.S. (org) **A saúde em estado de choque**. 3.ed. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo em co-edição com FASE, 1986.
- NISKIER, Arnaldo. **Escola ou restaurante**. Re. Bras. Saúde esc. 1 (3/4), 1990.
- OLIVEIRA, W. Formação de hábitos sadios nas crianças. **ANAIS** do terceiro Congresso Brasileiro de Higiene. São Paulo, 1926.
- OLIVEIRA, M. C. L. de & SILVA, M. T. A. da. Educação em saúde: repensando a formação de professores. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1(2), abr. 1990.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE: FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA. **Cuidados primários de saúde**. Alma ATA, URSS. 6-12 de 1978.
- PAIVA, V.P. **Paulo Freire e o nacionalismo desenvolvimentista**. Rio de Janeiro: Ed. Civilização Brasileira, 1980.
- PARIS, M.L. **Assistência ao escolar**: bem público ou estratégia compensatória. Cadernos FUNDAP, 2(5): 1982.
- PEREIRA, Rosemary Correa, et al. Programa de saúde escolar do Município de Petrópolis. **Revista Brasileira Saúde Escolar**. 2(3/4), 2º semestre/1992
- PILON, André Francisco. Educação, saúde e vivência. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1(1) jan, 1990.
- \_\_\_\_\_. Desenvolvimento da educação em saúde - uma atualização de conceitos. **Revista Saúde Pública**. São Paulo, 20(5):1986.
- \_\_\_\_\_. Muito além da problematização: visão conceitual e proposta. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1(3/4), 1990.
- \_\_\_\_\_. Alimentação, saúde e educação num contexto de crise. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1(2), 1990.

- PIRES, Denise. **Hegemonia médica na saúde e na enfermagem**. São Paulo: Cortez, 1989.
- RAMOS, S.B. & PEREIRA, I.M.T.B. A saúde do escolar no novo modelo de atenção à saúde: visão educativa. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1(2), abr. 1990.
- RANGEL, M<sup>a</sup> Therezinha A. Simen. A educação para a saúde no currículo brasileiro da escola básica: ontem, hoje e amanhã. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 2(3/4), 2<sup>o</sup> semestre/1992.
- REGULAMENTO DO DEPARTAMENTO NACIONAL DE SAÚDE. Brasília, 1923.
- RIVERA, Diodato. A mutação civilizatória. In: COSTA, A.C.G. da. et al. **Brasil, criança Urgente**. A lei 8069/90. São Paulo: Columbus Cultural Editora, 1990.
- ROMANELLI, Otaiza de Oliveira. **História da educação no Brasil**. 9.ed. Petrópolis: Vozes, 1987. 267 p.
- SÁ, Carlos. **Higiene escolar**. Rio de Janeiro: Imprensa Nacional, 1942.
- SAVIANI, Dermeval. **Política e educação no Brasil**: o papel do Congresso Nacional em legislação do ensino. São Paulo: Cortez, 1987.
- \_\_\_\_\_. **Educação brasileira**: estrutura e sistema. 4.ed. São Paulo: Saraiva, 1981.
- SARAIVA, T. **Educação**: temas para debate. Rio de Janeiro: Bloch editores, 1984.
- SOUZA JÚNIOR, J.G. de A. Construção social da cidadania. In: Conferência Nacional de Saúde. 8<sup>a</sup>. Brasília, 1986. **ANAIS**. Brasília: Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1987.
- TEMPORINI, E,R, **Saúde escolar** - conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo. São Paulo, 1986. Tese de Doutorado apresentada à Faculdade de Saúde Pública/USP.

VIANNA, Regina Dalva. A educação em saúde nas escolas da rede de ensino Estadual do Estado de São Paulo. **Revista Brasileira Saúde Escolar**, 1(3/4), jul. & out. 1990.

WEBER, Max. Os pensadores. 1864-1920. **Textos selecionados**. In: TRAGTENBERG, Maurício, et al. 2.ed. São Paulo: Abril Cultural, 1980.

XAVIER, Maria Elizabete S.P. **Poder político e educação de elite**. 3.ed. São Paulo: Cortez Autores Associados, 1992.

## ***ANEXO***

UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
SETOR DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO  
CURSO: MESTRADO EM EDUCAÇÃO

**Prezado colaborador:** Este questionário é um instrumento de Pesquisa, que destina-se a coletar dados sobre a visão dos professores das Séries Iniciais (1ª a 4ª série) das escolas da rede municipal de ensino de Itajaí, acerca de seu trabalho em sala de aula com educação em saúde.

Suas opiniões são de grande importância para o sucesso deste estudo, para tanto solicitamos o máximo de precisão nas respostas, procurando ser o mais autêntico possível e não deixe de responder nenhuma das questões

**INSTRUÇÕES GERAIS:**

- a) Solicitamos que você não se identifique.
- b) O questionário deve ser respondido individualmente; sem consulta prévia ou troca de idéias com colegas e, ou outros profissionais da área.
- c) Procure responder todas as questões.

*Agradecemos, antecipadamente, sua participação e valiosa colaboração*

- 1) Função que desempenha na escola.
  - a) Para qual série você leciona?
  
- 2) Qual sua habilitação profissional?
  
- 3) Para você, o que é ter saúde?
  
- 4) O que você entende por educação em saúde do escolar?
  
- 5) Você acha que a sala de aula é um espaço propício para que se realizem atividades de educação em saúde? Justifique sua resposta.
  
- 6) Os conteúdos sobre saúde trabalhados em sala de aula segundo sua compreensão são adequados às necessidades de educação em saúde de seus alunos? Justifique sua resposta.

7) Que conteúdos sobre educação em saúde do escolar são trabalhados por você em sala de aula? A escolha destes conteúdos são feitas de que maneira?

8) Como você trabalha os conteúdos de educação em saúde com seus alunos?

9) Quais as facilidades e/ou dificuldades que você encontra para trabalhar em sala de aula com temas de saúde?

10) Qual é sua compreensão sobre seu papel como educador dentro da área de saúde?

11) A sua formação pedagógica contribuiu para o seu trabalho com temas de educação em saúde em sala de aula? Justifique sua resposta.

12) Existem algum programa ou projeto na área de saúde em sua escola? Caso afirmativo cite-os e diga o que você acha deles.

13) Você participou ou participa de cursos de aperfeiçoamento e atualização sobre as questões de educação em saúde do escolar? Em caso afirmativo o que você achou deles.