

CATALOGAÇÃO NA FONTE  
UERJ/REDE SIRIUS/CBC

- S237 Santos, Dinah Oliveira.  
Uma experiência de educação em saúde no contexto da educação integral: saúde escolar nos CIEPs do Rio de Janeiro / Dinah Oliveira Santos. – 2005.  
128f.
- Orientador: Hésio de Albuquerque Cordeiro.  
Co-orientadora: Jane Sayd.  
Tese (doutorado) – Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Instituto de Medicina Social.
1. Saúde escolar -- Rio de Janeiro (Estado) -- Teses. 2. Estudantes – Programas de saúde – Rio de Janeiro (Estado) – Teses. 3. Educação sanitária – Rio de Janeiro (Estado) – Teses. 4. Educação em saúde – Teses. I. Cordeiro, Hésio de Albuquerque. II. Sayd, Jane Dutra. III. Universidade do Estado do Rio de Janeiro. Instituto de Medicina Social. III. Título.
- CDU 371.7(815.3)

# **Livros Grátis**

<http://www.livrosgratis.com.br>

Milhares de livros grátis para download.

**UNIVERSIDADE DO ESTADO DO RIO DE  
JANEIRO**

**INSTITUTO DE MEDICINA SOCIAL**

**PROGRAMA DE PÓS - GRADUAÇÃO EM SAÚDE COLETIVA**

**UMA EXPERIÊNCIA DE  
EDUCAÇÃO EM SAÚDE NO CONTEXTO  
DA EDUCAÇÃO INTEGRAL:  
SAÚDE ESCOLAR NOS CIEPs DO RIO DE JANEIRO**

***DINAH OLIVEIRA SANTOS***

Tese apresentada como requisito parcial para obtenção do grau de  
Doutor em Saúde Coletiva – Área de Concentração em Planejamento e  
Administração em Saúde do Instituto de Medicina Social

**Professor Orientador: Doutor Hésio de Albuquerque Cordeiro**

**Professora. Co-Orientadora: Doutora Jane Sayd**

**Rio de Janeiro**

**2005**

## **DEDICATÓRIA**

Dedico este trabalho a todos os alunos da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, para os quais desejo a implementação de políticas públicas positivas que beneficiem o seu desenvolvimento e contribuam para uma real condição de vida cidadã.

Dedico, também, à minha filha, Ana Carla, que me inspira na luta por um mundo socialmente mais justo para as próximas gerações.

Dedico, ainda, à memória de meus pais pelo apoio, dedicação e estímulo que me conferiram ao longo de suas vidas e que me permitiram chegar a esse momento.

## **AGRADECIMENTOS**

São numerosos os agradecimentos que devo externar publicamente e a cada um daqueles que me emprestaram apoio, participação, ou contribuições e influências especiais. Em primeiro lugar, agradeço a Deus por me permitir chegar a esse momento. É impossível agradecer a todas as pessoas. Assim sendo, passo a me referir àqueles que estiveram mais próximos sem esquecer que existem muitos outros a quem muito devo.

O querido amigo, Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro foi o grande responsável pela minha experiência junto ao Programa Saúde na Escola. Fui levada por ele para, em sua companhia, realizar uma consultoria na fase de planejamento do Programa em 2000, pela Secretaria de Estado de Educação, da qual havia recebido insistente convite. Após seu desligamento das atividades de consultoria, permaneci na SEE respaldada por sua opinião de que seria importante a continuidade da minha participação no desenvolvimento do Programa.

Sem dúvida, não poderia ter tido orientador de melhor qualidade técnica e humana, embora tenha representado um desafio importante pela sua experiência e competência acadêmica e administrativa. Convidá-lo foi um ato de admiração e coragem. Suas contribuições seguras e enriquecedoras foram muito importantes durante todo o período de concepção e realização do trabalho. A ele o meu mais profundo agradecimento pelo apoio e confiança.

Em seguida, devo me referir a participação oportuna da Dra. Jane Sayd que me deu atenção no exato momento em que reformulei minha proposta inicial de pesquisa frente ao material que já possuía pela minha participação no Programa Saúde na Escola. Naquele momento foi fundamental a sua experiência junto às linhas de interesse do IMS, além de sua recente orientação de trabalho acadêmico relacionado à educação tornando-a uma

verdadeira parceira na co-orientação da pesquisa. Foram valiosas as suas contribuições a partir de então pelo que muito lhe agradeço.

Minha gratidão à Dra. Adriana Cavalcanti Aguiar que aceitou a tarefa de participar da banca do exame de qualificação e, posteriormente, da banca de defesa de tese. Sua presença foi marcada pela elegância e correção em sua atuação tendo muito contribuído pelo interesse demonstrado. Foi também escolhida para desempenhar o papel de primeira “ledora” do presente trabalho por preencher os requisitos formais necessários para tanto, além de ser possuidora de elevada competência técnica e de dispensar às suas atividades um grau de cuidado metodológico inquestionável. Obrigada.

Uma aquisição que muito enriqueceu o trabalho foi a participação da Dra. Thereza Penna Firme, admirável figura humana que com seu vasto saber acadêmico muito contribuiu para a organização final e fechamento do trabalho, emprestando seu olhar metodológico e crítico ao mesmo. Participou da banca de qualificação e a partir daí, até a finalização do documento, empenhou-se de tal forma em dar sua contribuição que realizou mesmo atos de sacrifício pessoal, ao investir seu tempo e experiência em momentos de grande cansaço físico e emocional, em função de grave enfermidade vivida por um irmão seu durante esse processo. Participou, ainda, com grande brilhantismo da banca de defesa de tese. Não tenho como dizer da minha imensa e eterna gratidão.

Ao Dr. Edson Ferreira Liberal, coordenador médico o Programa Saúde na Escola, meus agradecimentos sinceros pela parceria que temos costurado no desenvolvimento do Programa, pelas palavras sempre elogiosas relacionadas a minha atuação ao longo desses quatro anos de trabalho, pela valiosa entrevista que me concedeu, pelo fornecimento de dados e informações e pela contribuição para o desenvolvimento da pesquisa solicitando a participação dos profissionais de saúde sob sua coordenação. Obrigada, ainda, pela

aceitação do convite para integrar a banca de defesa de tese na qual validou o presente estudo com suas referências relativas à história do Programa.

Ao Dr. Antônio Grillo Faé, coordenador da área odontológica do Programa, da mesma forma, agradeço por ter disponibilizado informações de sua área e pela participação dos profissionais de saúde sob sua orientação.

Obrigada ao Dr. Paulo Henrique Rodrigues pela sua participação como membro titular da banca de defesa de tese, para o que foi avisado com antecedência menor da dos demais membros, por necessidade decorrente de formalidades impostas pela administração do Centro Biomédico.

O meu muito obrigada à Dra. Célia Pierantoni e ao Dr. José Noronha pelas importantes contribuições decorrentes das disciplinas que ministraram no Curso de Doutorado, assim como pela aceitação do convite para comporem a banca de defesa de tese como membros suplentes, garantindo, assim, tranquilidade quanto à qualidade do conjunto de examinadores, em caso de algum impedimento eventual. Obrigada ao Dr. José Noronha pela sua presença no momento da defesa para a qual organizou os seus questionamentos, preparando-se, assim, para o caso de necessidade de última hora.

Ao Dr. Thalles Luz meus agradecimentos por também aceitar ser examinador suplente da minha banca o que contribuiu para a certeza da seriedade e da qualidade do exame final, preparando, inclusive, observações, sugestões e ajustes, por escrito, que me foram entregues como contribuição.

À Dra. Sulamis Daim e a Dra. Laura Tavares o meu sincero muito obrigada pelas importantes contribuições trazidas em suas disciplinas na área da economia da saúde onde foram discutidos aspectos recentes dessa questão tão polêmica, na discussão das políticas públicas.

Ao Dr. George Kornis e ao Dr. José Luiz Fiori meus agradecimentos pelos conteúdos que ofereceram para a contextualização dos estudos em economia da saúde com base num pano de fundo da história econômica moderna.

À Dra. Alba Zaluar pela elegância e abertura com que me acolheu como aluna ouvinte de sua disciplina a qual muito contribuiu para meu enriquecimento conceitual, o meu muito obrigada.

À Márcia Cristina Bezerra, chefe de secretaria do IMS, e aos funcionários da referida seção o meu reconhecimento por todo o competente apoio recebido durante o período do Curso de Doutorado. A todos os funcionários do Instituto o meu muito obrigada pela simpatia e amizade que sempre me dispensaram.

Ao meu amigo e colega de curso Dr. João Regazzi, Gerente a minha gratidão pela acolhida da Direção no momento do meu ingresso no Curso de Doutorado e ao Dr. Ruben Mattos pela atenção da Direção nesse período final.

Meus mais sinceros agradecimentos aos prezados Dr. Carlos Santos Silva e ao Dr. Paulo César Mattos, ambos da Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, que pela atitude de abertura demonstrada me ajudaram a contextualizar a Saúde na Escola na área do Rio de Janeiro, com suas entrevistas de caráter histórico/conceituais.

Ao Cel. Costa Pires, coordenador geral do Programa Saúde na Escola no momento de sua instituição, os meus agradecimentos por suas impressões que me ajudaram a caracterizar aquele momento inicial.

Aos supervisores médicos e aos supervisores dentistas das Áreas Metropolitana do Rio de Janeiro o meu muito obrigada pelas entrevistas que me concederam, nas quais demonstraram alto espírito de seriedade profissional, trazendo informações indispensáveis para a realização da pesquisa.



Aos diretores de CIEPs entrevistados quer por telefone, quer pessoalmente, pela enorme colaboração emprestada ao estudo, sem o que não seria possível a sua realização, os meus sinceros agradecimentos.

A todos os profissionais de saúde em atuação nos CIEPs com os quais tive contato, o meu muito obrigada pelas informações e reflexões obtidas, de grande importância para o trabalho de campo realizado.

À Fundação Cesgranrio na pessoa de seu presidente Prof. Carlos Alberto Serpa de Oliveira e de sua secretária executiva Profa. Nazaré Nobre meus mais profundos agradecimentos pela doação de kits de vídeos educativos em saúde produzidos pelo Projeto “Saúde na Escola”, realizado pelo convênio Ministério da Saúde / Cesgranrio, feita ao Programa Saúde na Escola em realização no Estado do Rio de Janeiro, os quais foram de grande valia para o desenvolvimento das atividades educativas em saúde junto aos CIEPs.

Obrigada a todos os meus colegas de trabalho da Secretaria de Estado de Educação do Rio de Janeiro pela amizade encorajadora desenvolvida durante meu período de atividade no Programa Saúde na Escola, sub-programa do Programa de Implementação do Horário Integral, na pessoa de suas gerentes: de 2000 a 2003, período no qual ingressei para o doutorado, Profa. Ângela Maria Ribeiro Fernandes; e de 2004-2005, Profa. Maria Ângela de Souza Netto. Obrigada, ainda, pela recente demonstração de confiança pelo convite recebido da Sub-Secretária de Planejamento Pedagógico, Profa. Alba Rodriguez Cruz para responder pela Coordenação de Prevenção e Promoção em Saúde da SEE, ampliando minha responsabilidade de atuação para toda a rede de escolas da SEE.

Aos meus amigos, personificados na preciosa figura da amiga fraterna Profa. Maria Luiza Tindó M. da Silva pelo estímulo recebido para realização do Curso de Doutorado e

término da pesquisa, bem como pelo apoio em muitos momentos de dificuldade nesse período, o meu mais sincero muito obrigada.

A minha família, na pessoa de minha filha muito querida, Ana Carla Oliveira Santos, com imensa alegria pela afeto e pelo companheirismo que nos une, a minha eterna gratidão.

## RESUMO

O presente estudo teve caráter exploratório e utilizou metodologia qualitativa com o objetivo de desvelar, registrar e analisar criticamente as características do Programa Saúde na Escola em desenvolvimento nos CIEPs do Estado do Rio de Janeiro localizados na sua Área Metropolitana quanto às ações de atendimento clínico e de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde dos escolares, no contexto das ações de Saúde Escolar desenvolvidas até então nesse espaço urbano.

A pesquisa realizada teve dois momentos principais, em alguns períodos coincidentes no tempo, podendo ser sistematizada da seguinte forma: (1) foram realizadas **entrevistas para a contextualização** da Saúde Escolar no Rio de Janeiro com gestores do Programa “Saúde na Escola” em desenvolvimento nos Centros Integrados de Educação Pública – CIEPs no âmbito do poder estadual, a partir da parceria entre a Secretaria de Estado de Educação/Secretaria de Estado de Defesa Civil/Secretaria de Estado de Saúde e **entrevistas conceituais/histórias** dos vários momentos da Saúde Escolar no Rio de Janeiro realizadas com profissionais hoje ligados à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro; (2) **realizaram-se entrevistas voltadas para o estudo do desenvolvimento do Programa** com os supervisores médicos e com os supervisores dentistas de cada uma das doze áreas da região metropolitana do Rio de Janeiro, com diretores de dois CIEPs de cada área, num total de vinte e quatro, por telefone, e com diretores e profissionais de saúde de três CIEPs considerados “melhores” e três considerados “piores” conforme critério estabelecido pela coordenação médica que priorizou as ações de promoção da saúde e de prevenção de seus agravos, estas últimas realizadas pessoalmente.

As conclusões do estudo levaram em conta, também, as informações e registros da Secretaria de Estado de Defesa Civil e Secretaria de Estado de Educação, sabendo-se que a autora do estudo vem participando do Programa desde o seu início, em 2000, tendo

realizado capacitações pedagógicas em saúde para os profissionais de saúde em atuação nos CIEPs.

As principais conclusões tiradas na presente investigação foram: (1) existe grande número de profissionais de saúde em atuação nos CIEPs embora já tenha havido um maior quantitativo e com um maior número de horas alocadas; (2) existem condições potenciais positivas para o aperfeiçoamento do Programa Saúde na Escola; (3) foram realizados muitos atendimentos clínicos de nível primário para os alunos, mas não há garantia de encaminhamento dos casos que necessitam de atendimentos de maior complexidade, tendo em vista a inexistência de convênios com o SUS; (4) também não existem rotinas para esses atendimentos que acontecem, em grande parte, por livre demanda; (5) há necessidade de uma maior penetração do Programa na comunidade externa/ familiares, assim como acontece com o Programa Saúde da Família, para que seja realizado um atendimento mais efetivo; (6) é dada importância ao trabalho educativo em saúde – promoção da saúde e prevenção de agravos – na idade escolar por parte da escola, pelos profissionais de saúde e pela comunidade, mas existe necessidade de novos investimentos tendo em vista que a escola não inclui, via de regra, atividades educativas em saúde em sua grade curricular, além de existirem lacunas na formação tanto dos profissionais de saúde quanto nos de educação para a realização das mesmas; (7) não é feito uso de metodologia participativa nas atividades educativas em saúde; (8) a abordagem participativa para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção é essencial a fim de que o seu resultado esteja voltado para a melhoria das condições de saúde e de vida das pessoas de forma mais concreta; (9) o entendimento da educação em saúde, para que não represente uma intervenção higienista, passa por uma abordagem interdisciplinar e pelo entendimento de que ações realizadas em parceria entre os diferentes setores sociais possuem melhores condições para determinarem mudanças concretas para melhor na vida das pessoas.

## **ABSTRACT**

An exploratory and qualitative study aiming to reveal, register and critically analyze the characteristics of the Health in School Program on the Public Education Integrated Centers (PEICs) located in metropolitan areas in the State of Rio de Janeiro, regarding the clinical assessment and health promotion and prevention from worsening the health of the students, in relation to School Health actions taking place at those urban areas.

The research had two important moments, sometime simultaneous, which can be organized as follows: (1) On the one hand, managers of the Health in School Program of the PEICs were interviewed in order to build up a profile of the School Health in Rio de Janeiro, which had a partnership with the State Education Secretariat, State Defense Secretariat and State Health Secretariat; on the other hand, professionals who work for the Rio de Janeiro Municipal Health Secretariat were interviewed for the concepts and histories of the many moments of School Health in the state. (2) As for the study of the Program development, physicians and dentists on supervision of each of the twelve metropolitan regions of Rio de Janeiro, directors of two PEICs of each region, summing up twenty four directors, were interviewed by telephone, and there were also personal interviews with the three “best” and three “worst” directors and other health professionals from three PEICs according to the standards of the medical coordination – for which health promotion and prevention from worsening were always a priority.

The study conclusions also considered information and registers from the State Defense Secretariat and State Education Secretariat, and it is acknowledged that the author has been involved in the Program since its beginning in 2000, qualifying health professionals who work for the PEICs on pedagogical formation in health.

The most important inferences from the survey were: (1) there are a great number of health professionals working for the PEICs, although there had already been a greater number working for more hours; (2) there are positive potentials for the improvement of the Health in School Program; (3) students had been assisted with primary clinical assessment but management is not guaranteed for those who lack for a more complex assistance, as there is no medical association with the social Health Unified System; (4) there also have no regular routine for those assistance and they happen by demand; (5) it is necessary a greater interference of the Program in the outer community and families, as does the Family Health Program, for a more effective assistance; (6) schools, health professionals and the community gives the proper importance to health education – health promotion and prevention from worsening – during school time, but there is a need for new investments since schools do not include health education in their curriculum. And there is also a great gap in the practicing of both health and education professionals; (7) a participative method on health and educational activities is not employed; (8) a participative approach for the development of the actions on promotion and prevention is essential towards the efforts for a improvement in health conditions and people's lives; (9) the comprehension of health education, not to represent a hygienist intervention, involves an interdisciplinary approach and the understanding of actions as a partnership of different social sectors to establish the requirements for real changes for the better on people's lives.

# SUMÁRIO

página

## Capítulo

<b>I. O PROBLEMA</b> _____	<b>1</b>
<b>II. ELEMENTOS CONCEITUAIS E EVOLUTIVOS DA SAÚDE ESCOLAR</b> _____	<b>9</b>
Análise Crítica da Educação em Saúde	
Educação em Saúde na Escola ou Saúde Escolar	
A Saúde Escolar no Rio de Janeiro	
O Conceito de Promoção da Saúde	
As Escolas Promotoras de Saúde	
<b>III. CENTROS INTEGRADOS DE EDUCAÇÃO PÚBLICA – CIEPS E A SAÚDE ESCOLAR</b> _____	<b>45</b>
Breves Considerações sobre a História dos CIEPs	
Educação Integral / Escolas de Horário Integral	
A Revitalização dos Núcleos de Saúde e o Programa Saúde na Escola	
Desenvolvimento do Programa Saúde na Escola	
Capacitação em Educação em Saúde	
Capacitação Pedagógica em Saúde dos Profissionais de Saúde dos CIEPs	
Capacitação em Saúde dos Profissionais da Escola	
<b>IV. METODOLOGIA</b> _____	<b>81</b>
Seleção de Sujeitos	
Instrumentação	
Coleta de Dados	
Limitações	
Categorias de Análise	
<b>V. RESULTADOS DA PESQUISA</b> _____	<b>90</b>
<b>VI. CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E REFLEXÕES FINAIS</b> _____	<b>104</b>
<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b> _____	<b>114</b>
<b>ANEXOS</b> _____	<b>118</b>

# **CAPÍTULO I**

## **O PROBLEMA**

### Introdução

A compreensão dos problemas de saúde das populações humanas tem evoluído, assim como o próprio conceito de saúde. A partir da Declaração de Alma-Ata (1978), como resultado da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde, sob os auspícios da Organização Mundial de Saúde (OMS) e do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), que enfatiza

a necessidade de ação urgente de todos os governos e de todos os que trabalham nos campos da saúde e do desenvolvimento da comunidade mundial, para proteger e promover a saúde de todos os povos do mundo. (Conferência Internacional sobre os Cuidados de Saúde, Relatório, 1978, p.2),

têm sido organizados movimentos de conscientização relativos a essa necessidade. A questão da desigualdade existente no estado de saúde dos povos, especialmente entre os países desenvolvidos e não desenvolvidos, como também dentro dos países, é apontada como política, social e economicamente inaceitável, e que reclama, o mais rapidamente possível, ação contrária de caráter corretivo e principalmente preventivo em função de custos mais baixos e de resultados mais compensadores.

No relatório elaborado conjuntamente pelo Diretor Geral da OMS e pelo Diretor Executivo da UNICEF é enfatizado o fato de que o Setor Saúde, por si só, não conseguirá atingir sua meta. Assim, o progresso econômico e o combate à pobreza: a produção,



distribuição e o consumo de alimentos; o abastecimento de água e o saneamento básico; a habitação; o controle da qualidade ambiental; e a educação, entre outros fatores, contribuem para a determinação dos níveis de saúde e para o desenvolvimento humano.

Tanto o **Setor Educação quanto o Setor Saúde** têm um relevante papel a desempenhar, no que se refere a melhoria das condições de saúde e de vida, visto que são um e outro capazes de realizar um trabalho de Educação em Saúde, melhorando a autoestima das pessoas e os seus níveis de conscientização quanto à gênese dos problemas de saúde, através da identificação de suas múltiplas causas e da busca de soluções adequadas, a partir de uma mudança de atitude que as leve a compreenderem a saúde como uma conquista, o aumento de sua capacidade de autoproteção e a participarem de ações destinadas à melhoria da qualidade de vida. A Educação e a Saúde podem fazer um trabalho de Educação em Saúde promovendo, com a comunidade interna e externa à escola, a melhoria de suas condições de vida através de ações ligadas, por exemplo, ao saneamento, à imunização das doenças transmissíveis, à alimentação, aos primeiros socorros, à prevenção de acidentes, ao exercício da sexualidade responsável e à proteção ambiental, entre outras.

A proposta dos Cuidados Primários de Saúde já apontava para o fato de que a Educação em Saúde nos diferentes graus e modalidades de ensino, englobando o acompanhamento e a orientação do desenvolvimento individual e coletivo, com a participação da comunidade, no contexto da prestação de Serviços de Saúde que visem a integralidade do atendimento, deve ser desenvolvida de forma integrada pelo Setor Saúde e pelo Setor Educacional, cumprindo assim os serviços/ profissionais de saúde e da escola, parte de seu papel social.

**O presente estudo adota a premissa que uma política positiva de Educação em Saúde no âmbito da escola deverá buscar resultados relacionados com a qualidade de**

**vida a partir, também, do atendimento clínico em nível primário, mas, principalmente, do investimento na promoção da saúde e na prevenção de agravos, tendo em vista a real situação de vida e riscos à saúde experimentadas pelos escolares em suas comunidades, considerando as vulnerabilidades presentes em indivíduos nessa faixa etária.**

**Outra premissa é que, historicamente, a Educação em Saúde representou um instrumento de coerção social** em favor do cumprimento das exigências do modo de produção capitalista a partir da imputação da culpa aos trabalhadores por suas condições miseráveis de vida e pelas “desgraças” que lhes acometiam. Por exemplo, quanto à “saúde mental”, o movimento eugenista fez surgir a Liga Brasileira de Higiene Mental, nos anos 20. Costa (s.d., p. 21) cita o pensamento de Jurandir Freire Costa para o qual

a prevenção eugênica destinava-se a formar um indivíduo brasileiro mentalmente sadio. Mas este brasileiro deveria ser branco, racista, xenófobo, puritano, chauvinista e antiliberal.

Até os anos 40 falava-se em “pedagogia da boa higiene” como fio condutor das ações de educação em saúde.

É fundamental que sejam encontrados mecanismos que viabilizem a elaboração e a execução de propostas alternativas de Educação em Saúde, democratizando as informações sobre saúde e eliminando a alienação dos elementos envolvidos, tanto clientes quanto profissionais, a partir de uma reflexão profunda dos objetivos e métodos a serem utilizados com a participação da comunidade.

Sem dúvida, **temos hoje conceitos mais progressistas e abrangentes de Saúde** que apontam para o seu caráter multifatorial como o elaborado pela 8ª Conferência Nacional de Saúde (MS, Relatório Final, 1986, p. 4) que diz:

em seu sentido mais abrangente, a saúde é a resultante das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio-ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso a serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.

**No campo da Educação**, como entende Paulo Freire (1983) ao insurgir-se contra a educação tradicional que trabalha com conteúdos descontextualizados mantendo grande distância entre escola e a vida, e que representam posições de resistência à mudança, contribuindo para manter o indivíduo imerso no seu mundo sem condições de refletir e agir, também representa avanço conceitual importante.

De maneira similar, o Encontro de Experiências de Educação e Saúde realizado em Brasília pelo Ministério da Saúde em 1981 conceituou Educação em Saúde da seguinte forma:

Educação em saúde, em nível mais geral, é um processo de socialização política. Em nível específico, é mudança de comportamento (ou, em circunstâncias especiais, adoção de comportamentos) em relação à saúde, possibilitando ações transformadoras da realidade social. O sujeito desse processo é a própria população a que se dirige.

A educação como processo (formal e não formal) efetiva-se como troca de saber, instrumentalização para uma compreensão crítica da realidade, permitindo a conseqüente mudança dessa realidade.

Educação é um processo de aprendizagem (dos conteúdos sociais históricos) que se desenvolve ao longo da vida, através de informações e

experiências que, analisadas e incorporadas, refletem em mudança de comportamento.

Educação em saúde é uma parte do processo mais amplo de educação, constante nas práticas e/ou ações de saúde, fundamentada em toda vivência sócio-cultural da população.

O serviço de saúde deve proceder à uma revisão constante das práticas de saúde, corrigindo a defasagem entre realidade e serviço, compatibilizando suas práticas com a problemática de saúde da população (MS, Relatório do Encontro, 1981, p. 85-86).

Para que a Educação em Saúde não represente mais o exercício do poder do Estado controlando a “normalidade” das pessoas do ponto de vista físico e mental e a sua sexualidade, é necessário que represente uma **resposta à necessidade que as pessoas apresentam em se proteger** quanto aos fatores que vulnerabilizam sua sobrevivência, o aumento de sua auto-estima, suas formas de se auto realizar, de se relacionar com as outras pessoas, com o meio físico-social e de direcionar suas vidas, bem como fazer seus planos de futuro.

Desta forma, quanto mais forem discutidos os fatores de risco à saúde com base na realidade concreta vivenciada pelas pessoas, mais próximo a Educação em Saúde estará do preparo consciente para a vida. Essa prática implica principalmente nos seguintes momentos: apresentação e discussão da temática de forma ampla, discussão com as pessoas da questão colocada em pauta frente à sua realidade de vida e identificação das melhores opções atitudinais frente ao problema apresentado (por exemplo, violência familiar, violência urbana, gravidez precoce, agravos ao meio ambiente, entre outros).

Esse processo deve ter como preocupação principal **superar a experiência da chamada “sociedade disciplinar”**, o que será alcançado, em grande parte, a partir da

estratégia da metodologia participativa. O grande desafio desse processo é a identificação das melhores opções atitudinais de forma consciente e responsável tendo-se em vista as reais condições de vida experimentadas. É a questão dos valores que está em jogo e da realidade concreta de vida das pessoas e das comunidades que determinam as suas possibilidades de melhorarem a qualidade de suas vidas.

Por outro lado, a “medicalização” de grupos e instituições como a escola, por exemplo, não pode ser mais aceita nos dias de hoje de forma submissa, na medida que representa uma visão enviesada dos determinantes da realidade. Muitas das afirmações e prescrições feitas no século XIX não tiveram sua validade comprovada frente aos avanços da ciência e da tecnologia, em processo que se repete de forma recorrente.

Tais avanços reiteram a percepção de que as soluções para os problemas da vida cotidiana não estão isoladas no âmbito da área de saúde.

O que temos agora é a dificuldade de abordar temas relacionados com segurança, violência e drogas, em comunidades urbanas contaminadas pela presença do crime organizado, ou de tratar da importância da prática da educação física sem os devidos investimentos na área, como a presença de professores de educação física, espaço físico adequado às práticas desportivas ou, ainda, de analisar as questões relacionadas à proteção ambiental, quando o que predomina é o interesse econômico.

Na verdade, o que se verifica é a **ausência de políticas públicas** que dêem conta de oferecer proteção e condições dignas de vida às populações em geral e em especial aquelas mais carentes. Sabe-se que as duas frentes clássicas de penetração da Educação em Saúde são: “(1) no interior da Saúde Pública, através dos Centros de Saúde e das Campanhas Sanitárias; (2) no interior do ensino (...)” (Melo, s. d. p. 34).

No caso da escola, como de resto em todas as áreas da organização social, passou-se a observar definições mais nítidas de responsabilidade técnica visto que, por exemplo,

os cuidados com o ambiente físico passaram a depender exclusivamente da área de infraestrutura ou de edificações das redes escolares. Anteriormente, a “medicalização” do espaço escolar, caracterizava-se, entre outras questões, pela influência direta do setor saúde nas especificações dos prédios e das instalações escolares.

A própria noção de interdisciplinaridade dos conceitos de saúde trazida pelos Temas Transversais dos Parâmetros Curriculares Nacionais (1998), no que pese as dificuldades para a sua formulação e efetividade, vem contra a antiga prática de tratar os “temas de saúde” dentro de um enfoque negativo das doenças, endemias, epidemias, verminoses e questões afins, que limitavam a abordagem preventiva em saúde ao uso das vacinas e outras práticas pontuais. Estas são mudanças que apontam para a necessidade da ampliação do conceito de Saúde Escolar, da preparação de educadores em saúde com diferentes formações básicas e do estímulo à efetivação de parcerias entre pessoas e instituições para a realização de um trabalho de Educação em Saúde na Escola que tenha em vista a melhoria da qualidade de vida das pessoas no ambiente escolar e no seu entorno.

Considera-se que o **conceito de qualidade de vida envolve o conjunto de condições a que as pessoas estão submetidas para fazerem face às suas necessidades de vida, dentro de padrões aceitáveis de justiça social e de direitos de cidadania, tais como, principalmente, a garantia de trabalho remunerado, do acesso aos serviços de educação, de saúde, de transporte, de saneamento básico, de utilização de água potável e da obtenção de alimentação quantitativa e qualitativamente adequados e de lazer.**

Finalmente, **o presente trabalho move-se no sentido de estudar a Educação em Saúde na Escola dentro de um enfoque interdisciplinar** que de resto é indispensável a qualquer tentativa de caráter democratizante do saber e de suas aplicações práticas, inter-

setoriais, especialmente quando se deseja que o foco seja a busca da melhoria da qualidade de vida das pessoas envolvidas.

O Programa Saúde na Escola em desenvolvimento nos Centros Integrados de Educação Pública – CIEPs - do Estado do Rio de Janeiro, nas suas duas dimensões – atendimento assistencial à saúde em nível primário e trabalho pedagógico de educação em saúde com vistas à promoção da saúde e à prevenção de seus agravos, muito mais do que uma política compensatória de redistribuição de renda para as classes menos favorecidas, representa uma **política pública positiva no âmbito da escola.**

Assim, o presente estudo tem por objetivo **desvelar, registrar e analisar criticamente as características do Programa Saúde na Escola em desenvolvimento nos CIEPs do Estado do Rio de Janeiro localizados na sua Área Metropolitana quanto às ações de atendimento clínico e de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde dos escolares, no contexto das ações de Saúde Escolar desenvolvidas até então nesse espaço urbano.**

No sentido de atingir o objetivo proposto neste trabalho **foram consideradas as seguintes questões a investigar:**

- 1- Qual o tipo de atendimento clínico oferecido nos Núcleos de Saúde dos CIEPs?
- 2- Quais as ações de promoção em saúde e de prevenção de agravos à saúde dos escolares e da comunidade escolar desenvolvidas nos CIEPs?
- 3- Quais as principais dificuldades experimentadas pelo Programa?
- 4- Como se dá a articulação entre profissionais da saúde e da educação?

## CAPÍTULO II

### ELEMENTOS CONCEITUAIS E EVOLUTIVOS

### DA SAÚDE ESCOLAR

#### II.1 - Análise Crítica da Educação em Saúde

Costa (s.d.) correlaciona as dimensões e a ideologia da educação em saúde destinada às camadas trabalhadoras, com o discurso das políticas de saúde elaboradas pelo Estado. Esse discurso apresentou, nos diferentes momentos históricos a marca da **higiene**, do **eugenismo** e do **sanitarismo**, de acordo com as articulações entre o Estado e o poder. Concordando com Gramsci (1978), para manter a integridade do poder, o Estado precisa satisfazer as necessidades econômicas pela utilização da força de trabalho, e as necessidades políticas através de mecanismos que permitam **normatizar**, **disciplinar** e **domesticar** a vida dos trabalhadores urbanos.

Foucault (2000) identifica o aparecimento dos saberes articulados de diferentes formas com o exercício do poder do Estado sobre a conduta individual e dá como exemplo a ação sobre o criminoso, o louco e as pessoas em geral, tendo em vista seu grau de "normalidade" física e mental e a sua sexualidade. Identifica, ainda, que a saúde se convertera num campo de intervenção desde o século XVIII.

Nos países da Europa a partir do final do século XVIII, a "pedagogia da boa higiene" passou a ser confundida com a solução dos chamados "problemas de higiene e saúde" através da "higiene social", "higiene do trabalho" e "puericultura", articulando-se



com "um esforço generalizado de moralização e domesticação das classes populares" (Costa, s. d. p.7).

10

O desenvolvimento industrial na Europa e a conseqüente degradação das condições de vida dos grupos populares, "a falta de moradia, a superpopulação dos bairros pobres, os efeitos dos desempregos periódicos, o trabalho infantil e da mulher, as longas jornadas de trabalho, ..." (Costa, s.d., p. 7) deram origem a novas idéias políticas e práticas administrativas relacionadas com a compreensão de fatores sociais sobre a saúde, tais como a pobreza, as condições de habitação e nutrição entre outros.

Para Melo (s. d., p 31) , "os críticos da sociedade estabeleceram perfeita correlação entre a miséria, exploração e ignorância das classes trabalhadoras com as doenças e epidemias que grassaram naquele período". Esse movimento de idéias e práticas não se limitou a estudar as questões sociais da saúde; foi elaborado um corpo de doutrina que lhe deu respaldo aos "complexos dispositivos de tutela moral e intelectual das classes pobres" (Costa, s. d., p. 7).

Em meados do século XIX elites intelectuais culpavam os grupos trabalhadores pelas desgraças que vivenciavam em função de considerarem ser a conseqüência natural "de um espírito vicioso, de uma vida imoral, desordenada, liberada de toda regra e de todo contrato coletivo". Era, então, importante assegurar-lhes não só a saúde como a "educação higiênica e a moralidade" (Costa, s.d., p.8 ).

Abriu-se um espaço privilegiado para a "**sociedade disciplinar**" por intermédio da intervenção sobre "o corpo, a saúde, as formas de se alimentar e morar, as condições de vida, o espaço completo de existência das classes subalternas" (Costa, s. d., p. 8) sendo valorizado o projeto de disciplinação higiênica através de diferentes programas sociais, como os de habitação popular, escola pública, medicalização da família, combate ao alcoolismo, iniciados pelo patronato, com inspiração filantrópica, destinado a evitar o

confronto entre uma burguesia "civilizada" e um povo "bárbaro". Foi também importante disciplinar os grupos sociais marginalizados pela nova ordem sócio-econômica e pelo violento processo de industrialização que, impedidos de continuar a desenvolver as suas atividades habituais, se desorganizaram em termos de moradia, de profissão e de ambiente, e responderam à nova situação de vida com várias formas de distorção social.

**A introdução de normas de "moralidade sanitária" no Brasil do século XIX relaciona-se, dentro de um discurso médico-higiênico, com o início**

da transformação política e econômica desse século, que assinala a constituição de uma economia urbano comercial e a proteção de uma elite dominante com "ideais burgueses" que procura viabilizar no país, a existência de uma ordem social "européia" e capitalista. A higiene elegeu como alvos principais de controle o ambiente da cidade colonial e a educação sanitária das elites (Costa, s. d., p.10).

Conforme Madel Luz (1982), no final do século XIX e início do século XX, o discurso da Medicina Legal e os estudos de Haeckel, Spencer e Darwin "biologizando o social", forneceram os argumentos científicos para o controle social nos discursos, e para a hegemonia burguesa. Apropriações da teoria evolucionista deram origem à teoria da degeneração, aos estudos de **eugenia, etnografia e psiquiatria organicista**. Assim os "*seres degenerados apresentavam evidências físicas de suas taras*" (Luz, 1982), ou seja, a gênese da degeneração localiza-se em problemas genéticos.

A Medicina Legal também recebeu importante influência do Positivismo Científico. As idéias de Lombroso influenciaram de forma marcante, segundo Madel Luz (1982), a continuidade dos estudos de Nina Rodrigues, da Escola de Medicina da Bahia, na linha da Antropologia Criminal, através dos quais eram buscadas evidências nos cadáveres que correspondessem aos aspectos de criminalidade identificados no nível

social. Explicava-se o "defeito social" pelo "defeito biológico" e falava-se no "delinqüente nato". Assim, o controle da seleção natural de Darwin era feito através da **eugenia** interpretada pelas elites como dever cívico.

A pedagogia higiênica do século XIX não se interessou, inicialmente, por modificar os padrões higiênicos dos grupos subalternos no Brasil." Estes continuaram a ser dirigidos através dos instrumentos de coerção de sempre; (eram) entregues à polícia, ao recrutamento militar ou aos espaços de segregação higiênica, como prisões e asilos " (Costa, s.d., p. 12).

Somente no início do século XX o projeto social burguês incorporou o controle da saúde, da moral e da razão das classes subalternas com o uso dos argumentos da higiene. À recém instaurada república era caro um projeto de controle higiênico da situação das cidades, com destaque para os portos, força de trabalho e a questão racial. Passou a ser preocupação dos especialistas "a **higiene infantil**, os hábitos e costumes populares, a eugenia ou ideal de branqueamento do povo brasileiro, o trabalho fabril, o mundo do crime, etc." (Costa, s.d., p. 13).

A partir da experiência de John Snow com o vibrião colérico na Inglaterra e posteriormente com os estudos de Louis Pasteur, a bacteriologia passou a explicar muitas doenças. Entretanto, o povo desenvolveu resistência ante as primeiras ações da polícia sanitária do Rio de Janeiro, que teve à sua frente Oswaldo Cruz, em seqüência às reformas urbanas de Pereira Passos. Essa resistência popular gerou o desenvolvimento de ações de **controle social** atuando sobre as habitações populares, em função das péssimas condições de higiene das moradias coletivas e quanto a sua localização, eliminando a proximidade dos bairros pobres do centro comercial e das residências burguesas. Em 1923 foi elaborado um regulamento sanitário e nesse mesmo ano, o I Congresso Brasileiro de Higiene discutiu questões da **higiene infantil**, reforma das cidades e controle institucional sobre portadores

de tuberculose, lepra e doenças venéreas. A **criança**, o imigrante e as "raças inferiores" passaram a ser alvos centrais da **higiene**, cujo discurso principal era o **eugenismo**, enquanto a higiene da raça representava o seu instrumento. Já naquela época, Moncorvo Filho considerava que nada superaria o trabalho de instrução da criança na escola com ênfase na puericultura e na higiene em geral.

Entre os anos 20 e meados dos 40 foram desenvolvidos outros esforços de totalização da vida cotidiana, através da prática higiênica. J. P. Fontenelle, em seu *Compêndio de Higiene*, fala no controle social através dos dispositivos sanitários e diz que

a higiene compreende um rigoroso controle dos problemas que atuam na saúde do indivíduo e da coletividade, entre os quais se incluíam os fatores ambientais, os usos da habitação e modos de ocupação do espaço urbano, os hábitos higiênicos dos indivíduos, a puericultura e **higiene escolar**, etc. (Costa, s.d., p. 24).

Dessa forma, a higiene escolar estava sob a conjugação da educação, ciência e lei. Segundo Fontenelle,

a escola que é higiênica e que funciona com hábitos higiênicos contribui para educar o povo todo. As crianças adquirem bons costumes e os propagam em casa, onde desejam que tudo se passe como na escola, a cujo meio puro e sadio facilmente se acostumam. (Costa, s.d., p. 25 )

Roberto Machado, cita que no final do século XIX o médico e romancista Manoel Antonio Almeida (1855) retratou e criticou uma escola "do tempo do Rei" e falou da crença de que o progresso da sociedade dependia do desenvolvimento de cada indivíduo, justificando assim uma nova exigência: "**o controle positivo da vida da criança através de uma instituição para ela voltada, instituição perfeitamente medicalizada**" (Machado, et al 1979, p. 297). Assim, "transformados os hábitos e fortalecidas as

constituições, nesta idade de cera em que todas as sensações, boas ou más, ficam tão profundamente gravadas, tornar-se-á possível uma sociedade futura moral e fisicamente mais sadia" (Machado et al, 1978, p. 297). A medicina era vista, então, como uma ciência capaz de garantir o bom desenvolvimento e a defesa da saúde física e moral em acordo com os nobres ideais da educação; "daí provém a necessidade quase absoluta de em fraternal amplexo viver (a educação) unida à medicina, que em certos casos é a única habilitada a conhecer e fazer desaparecer certas causas que se opõem à boa marcha das coisas" (Machado et al , 1978, p. 298). Por outro lado, a criança brasileira era tida pelos médicos como um "pequeno monstro" e a escola era considerada como um dos veículos da transformação a qual a criança precisa ser submetida. Daí a preocupação com o fato de que **"a educação que recebem na escola volta-se basicamente para os livros, desprezando-se a educação do corpo"**, considerada , então, como fundamental (Machado et al , 1978, p. 297).

Para que esse objetivo fosse alcançado a escola deveria estar longe da cidade que não possui as condições de salubridade necessárias aos objetivos educacionais. Por outro lado, deveria ter uma organização interna rigorosamente de acordo com as determinações médicas, do ponto de vista das disposições físicas do edifício e das pessoas existentes no seu interior. A boa ventilação e iluminação (através de amplas janelas); a manutenção da limpeza (as paredes deveriam ser caiadas anualmente, evitando-se pinturas à óleo para que não aderissem matérias orgânicas, e os assoalhos e os tetos deveriam possuir condições que não favorecessem a absorção de liquidez e miasmas). Os móveis das salas de aula e dos dormitórios deveriam ser espaçosos, com dimensões rigorosamente calculadas, de tal forma que a distribuição das crianças guardasse uma distância de quatro a cinco metros entre elas. Regulamentou-se a distância da cozinha, banheiros e enfermaria em relação ao corpo da escola; os horários, as atividades de ginástica e outras questões do gênero eram

fundamentais, assim também era total a visibilidade dos alunos durante o dia e à noite de forma idêntica a que Foucault (2001) tratou a questão do *Panoptico*.

Esse aparato deveria ser suficiente para coibir a desobediência e a masturbação, e tornar a criança, supostamente, um ser perfeitamente saudável física e moralmente. Por outro lado, também os funcionários e professores deviam

ser penetrados e desvendados por uma sábia autoridade, à qual devem se relacionar em termos de subordinação: a presença médica não deve se restringir ao espaço da enfermaria; seu poder de decisão e organização deve ser amplo, ocupando toda a escola (Machado et al, 1978, p. 301).

**Até meados da década de 40 a higiene social e a educação sanitária continuaram sofrendo grande influência do eugenismo. A Constituição de 1934 estava impregnada da ideologia eugênica,** articulando-se perfeitamente com as experiências políticas dos anos 30. O exame pré-nupcial era considerado indispensável para proibir o casamento daqueles considerados doentes e degenerados. A ação restritiva da higiene desenvolvia-se através da regulamentação do casamento, da segregação e da esterilização.

Em 1942, Carlos Sá definiu os **objetivos da higiene escolar** e apontou os sinais físico-mentais que, no seu entender, indicavam a normalidade da saúde do escolar. Na verdade, com a derrota do fascismo os intelectuais da higiene passaram a adotar a **ideologia do sanitarismo**. O movimento sanitarista, com caráter mais científico e técnico, e o movimento pela Escola Nova foram introduzidos no Brasil no mesmo momento. Assim,

**"a luta pelo ensino universal e gratuito se somou à luta pela universalização dos centros de saúde, serviços preventivos e assumidos pelo Estado"** (...) a educação sanitária tem, então, duas

frentes de penetração nesse período: (1) no interior da saúde pública, através dos centros de saúde e das Campanhas Sanitárias; (2) **no interior do ensino** - através do ensino de saúde, ministrado por educadoras sanitárias, formadas desde 1925 pelo então Instituto de Higiene. Essas educadoras sanitárias (foram) ainda responsáveis pela educação nos centros de saúde e nas Campanhas Sanitárias e Dispensários. (Melo, s. d., p.34)

Assim, foi com a herança dos movimentos **higienista, eugenista e sanitarista** que as ações de saúde na escola passaram a se organizar e desenvolver suas ações, ora denominadas saúde escolar, ora educação em saúde na escola, conforme a ênfase dada às ações assistencialistas ou pedagógicas.

## II.2. Educação em Saúde na Escola ou Saúde Escolar

A Saúde Escolar desenvolveu, desde o início, a assistência médico-odontológica, o controle sobre o ambiente físico da escola, e o trabalho pedagógico propriamente dito, a partir de campanhas ou palestras envolvendo profissionais de saúde, ou profissionais da educação, no interior dos currículos escolares sob sua responsabilidade.

**Assim, o artigo 7º da Lei 5.692/71, estabeleceu a obrigatoriedade da inclusão de “Programas de Saúde” nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus, enquanto o Parecer n 853/71, que fixava o núcleo comum para os currículos do ensino de 1º e 2º graus, definindo-lhes os objetivos e a amplitude no contexto autoritário, dispõe sobre a posição dos Programas de Saúde como matéria curricular obrigatória de Educação Geral.**

A partir dessa nova Lei, com a finalidade de estabelecer linhas gerais sobre o ensino de saúde para orientação de professores de 1º grau, constituiu-se um Grupo Técnico

(Marcondes, 1972) composto por profissionais do Serviço de Saúde Escolar da Secretaria de Educação de São Paulo e da Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Esse grupo técnico, com a assessoria da Organização Panamericana de Saúde/Organização Mundial de Saúde - OPAS/OMS, elaborou um documento intitulado **“Programas de Saúde no Sistema de Ensino no Brasil”** (Marcondes,1972). Nesse documento coordenado por Marcondes (1972), a expressão Programas de Saúde foi usada com uma concepção mais ampla:

**a educação em saúde na escola deve estar presente em todos os aspectos da vida escolar, podendo ser focalizada sob quatro grandes dimensões: ambiente, serviços de saúde, ensino da saúde e interação lar-escola-comunidade (p. 4).**

Já o Capítulo **A Vida nos CIEPs** do Livro dos CIEPs (Ribeiro, 1986), distingue a **saúde na escola** da seguinte forma:

**Saúde: Um Direito Humano**

**Vista como Direito Humano Fundamental, a assistência de saúde implementada nas diversas unidades que compõem o Programa Especial de Educação (CIEPs, Casas da Criança e Casas Comunitárias) é um esforço de Atenção Primária, constituindo uma ação preventiva e educativa, antes de ser curativa (Ribeiro, p. 115-116).**

No mesmo livro, documento base para a implementação da proposta dos CIEPs - Centro Integrado de Educação Pública – que inclui a área da Saúde ao projeto da Escola Públicas de Horário Integral - , encontramos no item **Educação para a Saúde** (Ribeiro, p.118):



**O projeto de saúde escolar, nos CIEPs, muito mais que um esforço assistencial complementar, é parte ativa e integrante de todo o processo pedagógico que objetiva o crescimento físico, emocional e social dos alunos. A partir do binômio saúde/doença como um processo socialmente determinado, no qual cada grupamento humano tem seu próprio perfil histórico, é justo estabelecer que a saúde, mais do que algo a ser ensinado, é um direito fundamental a ser conquistado. Nos CIEPs, divulga-se a noção de que essa conquista depende do trabalho de todos: escolares, funcionários (diretores, professores, médicos, dentistas, enfermeiros, auxiliares de enfermagem, merendeiras, inspetores) e membros da comunidade. A saúde é vista sempre como um processo dinâmico que não esgota no ambiente escolar (Ribeiro,1986, p. 118).**

Essa definição está afinada com a filosofia da Escola de Horário Integral/ Educação Integral para a qual o indivíduo deve ser percebido de forma holística. Por outro lado, aponta para a importância da integração das ações de saúde na escola com o seu currículo, e, ainda, chama a atenção para a saúde como direito. Trata-se de um avanço conceitual importante na área da educação, a qual posteriormente foi objeto de avanços legais confirmados pela nova **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional** – Lei n.º 9.394, de 1996, também denominada Lei Darcy Ribeiro.

A referida Lei confere à escola uma atuação mais integral, estando presente como obrigação legal no seu Título III , Art. 4º , item VIII, o que se segue:

– atendimento ao educando, no ensino fundamental público, por meio de programas suplementares de material didático - escolar, transporte, alimentação e **assistência à saúde**.

Vale acrescentar a contribuição que os **Parâmetros Curriculares Nacionais** trouxeram para a área da Educação em Saúde na Escola através de seus **Temas Transversais** (1998) – conjunto de temas necessariamente presentes no interior de todo aprendizado escolar, no qual está incluída a Saúde.

Os Temas Transversais elaborados pela Secretaria de Educação Fundamental do MEC, consideram que

O compromisso com a construção da cidadania pede necessariamente uma prática educacional voltada para a compreensão da realidade social e dos seus direitos e responsabilidades em relação à vida pessoal e coletiva e a afirmação do princípio da participação política. Nessa perspectiva é que foram incorporados como Temas Transversais as questões da Ética, da Pluralidade Cultural, do Meio Ambiente, da Saúde, da Orientação Sexual e do Trabalho e Consumo (MEC,1998).

Mais recentemente, algumas redes públicas de educação têm trabalhado preferencialmente com o conceito de **Escolas Promotoras de Saúde** (OMS/OPS, 1995) para traduzir as ações de Saúde Escolar ou Educação em Saúde na Escola. A abordagem das Escolas Promotoras de Saúde será objeto de considerações de forma específica, em seção apresentada adiante.

Em princípio, sem dúvida, todas as escolas devem refletir um trabalho de preparação de seus alunos para a vida, o que inclui a promoção da saúde. Da mesma forma, a atuação das Escolas Promotoras de Saúde amplia o conceito "strictu senso" de "Saúde

Escolar", já que os conceitos de promoção da saúde e prevenção de agravos lhes são inerentes.

Estas escolas devem fortalecer a capacidade de conquistar os meios para garantir a vida, o aprendizado e o trabalho e para tanto devem: (1) cuidar de seu espaço físico, psicológico e social e de seu entorno, (2) realizar atividades que levem à discussão da realidade de vida experimentada pela sua comunidade no sentido de orientar quanto a atitudes que resultem na promoção da saúde e na prevenção de agravos tendo em vista os riscos mais freqüentes para a faixa etária dos estudantes do ensino fundamental e médio, e (3) procurar parcerias com órgãos públicos ligados diretamente à saúde e à educação e/ou de outros setores, organizações não governamentais, comunidade interna e externa às escolas.

**Dessa forma sua abrangência passa a incluir investimentos em: (1) ambiente – num sentido bastante abrangente; (2) conteúdos de saúde – informação/ educação em saúde com base nas condições de vida, articuladas com as demais formas do saber; (3) estabelecimento de parcerias, reconhecendo que o setor saúde isoladamente não pode atender a totalidade das demandas sociais por melhoria das condições de vida tendo em vista que a saúde possui uma determinação multifatorial.**

A história da Saúde Escolar no Estado do Rio de Janeiro, a partir dos anos 80, e os esforços realizados para a concretização da proposta de desenvolvimento das Escolas Promotoras de Saúde na capital, foram pesquisados, e registrados na seção que se segue, com o intuito de contextualizar o Programa Saúde na Escola dos CIEPs da Secretaria de Estado de Educação, objeto da presente investigação.

### II.3 A Saúde Escolar no Rio de Janeiro

A pesquisa de Santos (1984) sobre “A Educação em Saúde na Prestação de Serviços à Rede Oficial de Escolas do Município do Rio de Janeiro”, evidenciou a falta de uma política de ação articulada, inter e intra setorialmente, para o desenvolvimento de um programa de saúde escolar, além da carência de profissionais capacitados e da descontinuidade das ações. Observou um modelo educacional no qual a escola recebia profissionais de saúde para palestras e encaminhava os casos para os Postos de Saúde do Município do Rio de Janeiro, para avaliação/atendimento clínico.

Os Serviços Educativos em Saúde prestados aos alunos da Rede Oficial de Escolas do Município do Rio de Janeiro e às suas famílias eram desenvolvidos pelos Setores de Medicina Escolar e de Educação em Saúde dos Centros Municipais de Saúde – CMSs, envolvidos no estudo no início dos anos 80, e tinham caráter eventual. As principais razões detectadas quanto ao caráter eventual apresentado pelos Serviços Educativos em Saúde eram:

- escassez de recursos humanos nos dois setores – na Educação em Saúde havia um único profissional por CMS e a Medicina Escolar não dispunha de profissional especificamente destinado à ação educativa; eram médicos de diferentes especialidades que atuavam no atendimento clínico aos escolares;
- falta de definição de um programa de Educação em Saúde e de Saúde Escolar no nível do CMS refletindo, possivelmente, problemas análogos nos níveis superiores de organização;
- inexistência de integração no desenvolvimento de ações inter-setoriais, envolvendo o CMS e a escola;

- falta de integração intra-setorial entre os setores de Medicina Escolar e Educação em Saúde dos CMSs visitados;
- escassez e inadequação de recursos materiais para a ação educativa nos diferentes locais.

Os Serviços de Assistência à Saúde aos escolares da Rede Oficial de Escolas do Município do Rio de Janeiro no início dos anos 80 eram prestados pela Secretaria Municipal de Saúde por intermédio da ação local dos CMSs, nos quais o Setor de Medicina Escolar desenvolvia: o Registro de Saúde de grande parte dos alunos de matrícula nova; alguns encaminhamentos aos serviços especializados dentro e fora do CMS; e o afastamento e alta nos casos de doenças infecto-contagiosas em colaboração com a epidemiologia. Já a revisão clínica para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos escolares não era realmente realizada.

Em relação ao controle da vacinação, a Medicina Escolar aparentemente não tinha como realizá-lo.

Verificou-se que os encaminhamentos representavam a principal forma de participação da escola na Saúde Escolar.

Na maior parte dos casos o encaminhamento dos alunos que necessitavam de atendimento não disponível no CMS não ocorria em consequência da desarticulação entre esses órgãos e as demais instituições de saúde.

A escola não desempenhava papel educativo em saúde junto aos escolares e às suas famílias e não transmitia informações relacionadas às questões prevalentes em saúde, não atuava na análise das situações experimentadas e em consequência não fazia adequação das necessidades de promoção e prevenção em saúde à realidade local e às evidências de vulnerabilidade existentes na população escolar.

Por outro lado, ficou evidenciado que a comunidade tinha grande dificuldade de comparecer à escola ou ao CMS quando eventualmente convocada, tendo em vista que os encontros eram promovidos em horário de trabalho, agravado pela distância do CMS e os conseqüentes problemas de transporte.

A Medicina Escolar realizava algumas orientações e esclarecimentos aos escolares encaminhados e às suas famílias, informando à escola somente em situações especiais a respeito dos serviços de saúde prestados aos escolares e/ou sobre os casos de encaminhamentos a outros serviços. O trabalho de educação em saúde na prestação de serviços de saúde e/ou pela escola ficava portanto comprometido já que o sistema de referência e contrareferência não existia.

Assim, concluiu-se que a escola em geral não recebia comunicação e orientação da Medicina Escolar em relação aos distúrbios detectados no escolar, afim de que o professor e a escola como um todo pudessem colaborar para com a saúde do mesmo. Por outro lado, a escola não procurava esses dados junto à Medicina Escolar.

A deficiência nas comunicações não foi verificada apenas entre o CMS (Medicina Escolar) e a escola; também não pode ser considerada satisfatória a integração existente entre a direção da escola e os professores verificando-se que as poucas informações geradas não saíam das mãos do diretor.

Outra conclusão evidenciada foi que a escola como um todo e os professores em particular não possuíam consciência do seu papel na Educação em Saúde dos escolares e de suas famílias.

Considerou-se também que a escola não tinha condições para discutir os problemas relacionados com a qualidade de vida dos grupos socio-economicamente menos favorecidos. Além de não estarem preparados para a realização de discussões dessa natureza, não há espaço nos horários dos profissionais de educação para desenvolvimento

de atividades educativas em saúde com a comunidade intra e extra-escolar, não há regularidade na participação dos CMSs junto às escolas não sendo possível contar com seu apoio para as referidas atividades. Além disso, a escola demonstra resistência a essas ações como consequência, entre outros fatores, da baixa remuneração recebida.

Não foi evidenciado qualquer investimento na capacitação dos profissionais de saúde e de educação para o desenvolvimento de atitudes e atividades educativas em saúde no âmbito escolar.

Havia controle de saúde das merendeiras de dois em dois anos pela Medicina Escolar especialmente quanto à doenças infecto-contagiosas. Na verdade, essa intervenção tinha caráter meramente clínico, não havendo preocupação quanto às relações psicossociais desenvolvidas pelos profissionais da escola junto a crianças e adolescentes.

A comunidade só era mobilizada para participar de ações de saúde pela escola ou pelo CMS nas campanhas de vacinação. Nas poucas situações em que a comunidade era chamada a comparecer, o objetivo não era discutir os seus problemas concretos ou promover a sua interação com a escola ou com o CMS e sim era desenvolvido um discurso normatizador, sem aprofundamento quanto a discussão sobre as condições de vida experimentadas pela comunidade.

Também era atribuição da Medicina Escolar proceder a inspeção dos prédios escolares quanto às suas condições físicas e higiênicas de funcionamento. Entretanto, essas inspeções não se realizavam com regularidade além de que os problemas detectados não eram resolvidos na prática em função dessas visitas, verificando-se uma absoluta desarticulação entre os setores que potencialmente deveriam ter condições para corrigir os problemas observados. Por outro lado, no Setor de Medicina Escolar não havia profissionais ligados a construção tais como engenheiros e arquitetos.

Santos (1984) concluiu que a visão da educação em saúde na escola correspondia naquele momento à abordagem dada pela higiene social e educação sanitária, não tendo sofrido reformulação frente a posições mais recentes com ênfase na participação comunitária e na visão multifatorial da saúde.

Paulo César Mattos, médico que desde 1978 vem desenvolvendo atividades ligadas à Saúde Escolar na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, quer em CMS quer a nível central, como responsável pelo Setor no interior do qual a Saúde Escolar se desenvolvia, deu seu depoimento através de entrevista realizada em 10 de abril de 2004 quanto a evolução da área no Município. Esse depoimento confirmou muitas das observações e conclusões do estudo de Santos (1984) além de acrescentar considerações quanto à experiência dos CIEPs, já que quando foram implantados, o entrevistado era o responsável pela Saúde Escolar do Município, tendo então ocasião de acompanhar de perto tal implantação. Esse profissional vem tendo contato com as experiências de Saúde Escolar no Brasil por sua participação no Comitê de Saúde Escolar da Sociedade Brasileira de Pediatria e da Sociedade de Pediatria do Rio de Janeiro. Assim, suas observações podem ser sumariadas da seguinte forma:

- No mesmo momento em que os CIEPs estavam sendo implantados por Darcy Ribeiro e recebiam a orientação de desenvolver ações que envolviam equipamentos médico-odontológicos para prestação de serviços de saúde aos escolares, tinha havido a desmobilização dos consultórios do interior das demais escolas, entendendo que tais serviços deveriam ser fornecidos na Unidade de Saúde. No caso dos CIEPs havia também ações educativas/preventivas, hoje denominadas de promoção de saúde junto aos escolares e aos professores a partir de treinamentos e seminários, e a vivência dos alunos que diariamente utilizavam os escovódromos, por exemplo;



- a desmobilização dos consultórios nas escolas do Município do Rio de Janeiro implicaria que cada criança tinha referência da escola para a U.S., cabendo a ela as atividades educativas de promoção e prevenção com a capacitação de professores; a relação entre a escola e a saúde era entretanto espasmódica; havia momentos em que as ações se desenvolviam a contento e em outros, quando havia mudanças administrativas, tudo voltava a estaca zero;
- no caso dos CIEPs era possível desenvolver o trabalho assistencial porque o número de escolas era menor e porque as crianças estavam em horário integral na escola; nas escolas tradicionais os alunos estavam em tempo parcial, havia um grande número de unidades escolares, os equipamentos, quando existiam não estavam presentes em todas as escolas, havendo uma distribuição irregular. Como consequência, a utilização desses equipamentos se complicava tendo em vista que o agendamento dos alunos para atendimento não garantia o seu comparecimento, e em caso de falta ou ausência outros alunos de outras escolas com necessidade não podiam ser atendidos; no caso dos CIEPs os alunos estavam todos os dias, o dia inteiro;
- no Rio de Janeiro houve um momento em que as escolas contavam com uma rede de saúde excelente dentro delas mesmas. Na época em que o Rio de Janeiro era o Distrito Federal foi criado um aparato de saúde que tinha como retaguarda grandes hospitais para atender os escolares; havia equipamentos que pertenciam a rede de educação, localizados fora da escola especialmente destinados ao atendimento dos escolares tanto da área médica quanto odontológica envolvendo especialidades; dentro da escola existiam pequenos consultórios médico-odontológicos para atendimentos;

- com o passar do tempo e o crescimento da rede de ensino, os equipamentos acima referidos foram carecendo de manutenção e reposição não tendo sido feito investimento adequado às necessidades. Por outro lado, os profissionais que atuavam nesses locais foram se aposentando, não havendo renovação de recursos humanos;
- os equipamentos exclusivos para o atendimento dos escolares foram transferidos para a rede de saúde e as escolas do Rio de Janeiro ficaram com consultórios isolados sem retaguarda da área de saúde;
- na época da fusão (1975) do Estado da Guanabara com o Estado do Rio de Janeiro a Saúde Escolar foi transferida integralmente para a Secretaria Municipal de Saúde, inclusive os profissionais de saúde que ainda estavam nas escolas;
- o atendimento à saúde dos escolares passou a acontecer nos CMSs tendo sido criada a Seção de Medicina Escolar que era exclusiva para o atendimento aos escolares. Houve uma setorização dos atendimentos especializados tendo origem a odontologia escolar, a psicologia, e o serviço social, atuando separadamente no atendimento dos escolares nos CMSs; não havia uma atenção ao escolar de forma integrada; esses serviços também atendiam à população em geral; essa organização interna dos Centros de Saúde se deu na segunda metade dos anos 70 e na primeira metade dos anos 80;
- a época dessa setorização do atendimento ao escolar foi a que mais medicalizou o processo do “fracasso escolar”; grande parte dessa medicalização ocorreu na avaliação e identificação de crianças que acreditava-se serem portadoras de algum problema de saúde dignas de encaminhamento. A educação criou equipes/ serviços próprios – as EAVs (Equipes Técnicas de

Avaliação) e as ETESPs (Equipes Técnicas de Ensino Especial) com essa finalidade e alguns CMSs, por sua vez, criaram equipes especializadas para responder aos encaminhamentos na pediatria, otorrinolaringologia, oftalmologia, neurologia, psiquiatria e psicologia;

- sem que houvesse uma discussão que aprofundasse essa questão tanto da parte da educação quanto da parte da saúde, a saúde acabava reforçando e medicalizando o chamado “fracasso escolar” (Collares, Cecília A. L., Moysés, Maria Aparecida A., 1985). Por exemplo, verificava-se um ano após os alunos terem passado por essas equipes, e a despeito de estarem usando óculos ou aparelhos auditivos (quando era o caso), continuavam repetindo de ano porque não se tratava da multicausalidade do processo;
- a partir da segunda metade dos anos 80 a Medicina Escolar foi extinta; a partir de então e principalmente nos anos 90 voltou a ter lugar um Programa de Saúde Escolar, não mais privilegiando a assistência dentro da escola. Aconteceu, então, o primeiro momento de discussão da desmedicalização do “fracasso escolar”;
- com a criação dos CIEPs os técnicos da SMS acreditavam que teriam oportunidade de discutir, de maneira abrangente, sobre as condições de saúde dos alunos, e sobre as questões que mais preocupavam a escola, ou seja, as origens do “fracasso escolar”, assim considerado, no caso de muitos alunos, já que essa experiência reunia profissionais de educação e de saúde no mesmo espaço físico;
- a partir de 1992 a SMS do Rio de Janeiro voltou a ter na sua estrutura uma gerência de Saúde Escolar formalmente criada e que hoje atua na lógica das Escolas Promotoras de Saúde;

- no caso dos CIEPs, por questões políticas o processo de implantação foi interrompido no final do primeiro Governo Brizola; os que se encontram na Cidade do Rio de Janeiro foram municipalizados e integrados na rede municipal; houve municipalização em muitos outros locais;
- a grande perda até o momento foi não se ter aproveitado a experiência dos CIEPs, desenvolvendo uma proposta metodológica única para o conjunto de escolas. Ao menos as escolas tradicionais poderiam ter acesso ao material educativo utilizado nos CIEPs com o objetivo de melhorar a capacitação dos professores;
- a Saúde Escolar busca um espaço na rede municipal a partir da promoção da saúde na escola; entretanto ela não possui uma equipe própria; trabalha com os profissionais da rede dos CMSs, para integrar o professor em momentos conjuntos nos quais seriam instrumentalizados para o trabalho nas escolas;
- o que se tem verificado é que nos Estados brasileiros, em geral, os profissionais de saúde que atuavam na saúde escolar foram reintegrados para a rede do SUS. Não houve uma discussão prévia de como manter o trabalho educativo em saúde na escola na ausência dos profissionais de saúde na unidade escolar;
- embora a assistência deva ocorrer no setor saúde, o trabalho de promoção e prevenção precisa continuar nas escolas e não apenas através de palestras espasmódicas e sim de uma forma integrada. A garantia do atendimento através do SUS é fundamental, mediante as “referências”.

Já o Dr. Carlos dos Santos Silva, concedeu entrevista para este estudo em 5 de agosto de 2004, dando continuidade à história da Saúde Escolar no Rio de Janeiro. Ele também é médico pediatra e assumiu a gerência do Programa Saúde Escolar na

modificação da estrutura da SMS em 1992. Sua permanência à frente dessa área, já há 12 anos, deve-se a continuidade de gestão ocorrida na SMS pelo Secretário Dr. Ronaldo Gazola, permanecendo como seu titular nas gestões Marcelo Alencar, César Maia e Conde, permitindo que as equipes e os Programas da Superintendência de Saúde Coletiva fossem mantidos. Dessa forma a Saúde Escolar vem acontecendo sem interrupções que poderiam ter afetado a sua linha evolutiva.

De acordo com o depoimento do entrevistado, foram importantes as discussões ocorridas quanto à real necessidade da manutenção de uma gerência de Saúde Escolar ao mesmo tempo que existia um Programa da Criança, e do Adolescente. A Saúde Coletiva considerou importante a manutenção da referida gerência tendo em vista que se existissem unicamente os Programas básicos, as preocupações centrais estariam voltadas para as questões da UTI, perinatalidade entre outros aspectos clínicos e a ponte com a escola correria o risco de ser perdida. Havia uma grande demanda da rede de ensino quanto ao rendimento escolar, e as dificuldades de aprendizagem. Assim, a atividade de lançamento da Saúde Escolar foi um grande Seminário que discutia a escolaridade, fazia uma revisão do chamado “fracasso escolar” , dentro da perspectiva da sua desmedicalização. Carlos Silva ressalta que as ações assistenciais são responsabilidade da Unidade de Saúde e que foi importante a mudança na postura da Saúde Escolar, deixando a segmentação dos setores – oftalmo, otorrino, neuro – como era a prática anterior e partindo para uma visão mais integral e interdisciplinar. Desde 1993 foram desenvolvidos grupos de trabalho entre a educação e a saúde nos três níveis: central, regional e local. De acordo com a entrevista, a 1ª gestão César Maia – de 1992 a 1995 - lançou a perspectiva do trabalho a partir das macrofunções. Tratava-se da possibilidade de agregar Secretarias e órgãos da mesma área, como a área social, área econômica e outras. No caso específico estavam relacionadas as estruturas da macrofunção “políticas sociais”: Secretarias de Educação, Saúde, Cultura,

Desenvolvimento Social, Trabalho que passaram a referendar as diretrizes elaboradas pelo Programa de Saúde Escolar.

Nos anos 96 – 98 o trabalho esteve muito voltado para a formação de professores multiplicadores na área da sexualidade. Esse processo e outras ações correlatas terminaram em 1998 com 300 professores multiplicadores e a formação de Núcleos de Adolescentes Multiplicadores. Essa orientação foi o resultado da proposta do Ministério da Saúde na época para o investimento na prevenção à AIDS e da contraproposta do Município para que no nível da escola o trabalho tivesse três vertentes: a Sexualidade, a Prevenção à AIDS e a Prevenção ao Uso de Drogas. Houve então uma ampliação do trabalho da Saúde Escolar inicialmente voltado para a medicalização do “fracasso escolar” e que passou a discutir a sexualidade e o uso de drogas.

Em 1995 a OPAS estava publicando seus primeiros documentos sobre a Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde. Em 1997, durante o Seminário de Educação em Saúde realizado pela Organização Latino – Americana de Educação para a Saúde, a OPAS – Organização Pan-americana de Saúde escolheu a Saúde Escolar do Município do Rio de Janeiro para representar o Brasil em um vídeo para apresentação às primeiras damas dos países da América Latina, ou seja, do Norte, Central e do Sul.

Conforme o Dr. Carlos Silva, o Programa do Município naquela ocasião trabalhava segundo três eixos: Educação em Saúde, Desenvolvimento da Aprendizagem e Educação Popular/Participação Popular. Mas a partir do vídeo que chama atenção para uma “Iniciativa” internacional e do convite para o lançamento desse vídeo no México, durante a 2ª Reunião da Rede Latino Americana de Escolas Promotoras de Saúde, foi feita uma reorientação no sentido de pensar a inserção da saúde no espaço da escola de maneira mais pedagógica e não assistencial. Teve lugar, então, uma experiência que se tornou precursora da Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde no Município denominada “Nessa Escola

Eu Fico”, em 19 CIEPs que possuíam Horário Integral, numa articulação entre as Secretarias de Saúde e de Educação. Trabalhavam com atividades curriculares e extracurriculares e treinamento de professores e de outros atores que estavam sendo contratados para atuarem no Projeto. Eram pessoas da cultura, da área social, da área de esporte; havia consultores da área de música, dança, desenho, ginástica e a esses juntaram-se consultores da área da saúde. Eram qualificados dinamizadores que iam até as escolas para trabalhar com os professores e com os alunos numa ação com duas frentes. Inicialmente a escola apresentou certa estranheza de trabalhar junto com a saúde, mas depois o trabalho foi bem entendido e obteve sucesso, atingindo 11.000 alunos.

O Programa Saúde na Escola do Município, no ano de 2000 desenvolveu um Projeto - Piloto do que seriam as Escolas Promotoras de Saúde. Foram formadas equipes que iam às escolas e lá permaneciam por mais ou menos 2 meses. Essas equipes eram constituídas por um dinamizador, em geral um psicólogo com história prévia na área de educação, um odontólogo e um estagiário de fonoaudiologia. Havia uma proposta de discutir com a escola as suas demandas e ao mesmo tempo eram levadas ações que respondiam a indicadores preexistentes, como o trabalho da odontologia pelo alto índice da doença cárie e a atenção à saúde auditiva e visual. Esse trabalho realizou-se de 2000 a 2001 e segundo as informações do médico entrevistado foi uma experiência muito rica. O Projeto teve uma abrangência de 120 escolas e uma das conseqüências foi ter sensibilizado os gestores da Secretaria Municipal de Saúde para que fosse criada uma ação permanente em Saúde Bucal. Havia uma equipe de avaliação externa ao Projeto que ia à escola. Enquanto se davam essas ações, a resposta era muito boa segundo o entrevistado mas, a medida que a equipe ia saindo da escola, na expectativa da continuidade da proposta das Escolas Promotoras de Saúde pela própria unidade escolar, o interesse ia caindo. Ou seja, o que verificaram é que a escola não assume sozinha a discussão pedagógica da saúde como

similar a discussão da qualidade de vida daquelas pessoas. Por outro lado, o Município do Rio de Janeiro possui 1040 escolas o que torna inviável a presença da saúde de forma simultânea em todas elas.

O Gerente do Programa de Saúde Escolar do Município e sua equipe observou também que o profissional de saúde ainda possui visão assistencialista da atenção à saúde; não há uma visão holística do conceito de saúde faltando a esses profissionais abordagem pedagógica, que no caso da saúde escolar é fundamental.

Em 2000 e 2001 foram lançados materiais pedagógicos para as escolas: o Instituto Annes Dias lançou “Com Gosto de Saúde” em livreto e em vídeo, trabalhando a questão da alimentação na Rede Municipal de Ensino e a Saúde Escolar lançou as Revistas e os vídeos sobre “Escolas Promotoras de Saúde” e “Meio Ambiente Saudável”. Cada escola ganhou uma fita e não estava mais sendo praticada a idéia de pólos como foi feito no momento do trabalho com sexualidade e prevenção às drogas.

A triagem da saúde auditiva no Município do Rio de Janeiro foi realizada com a utilização da fita “Quem Ouve Bem Aprende Melhor” distribuída pelo MEC/FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Entretanto, esse uso apresenta problemas operacionais e subjetividade de critérios. Uma fita não tem resistência para ser usada com grande número de crianças e precisa ser copiada muitas vezes perdendo a qualidade.

Em 2004, o financiamento está vindo para a saúde ocular, e foi por esse caminho que as ações passaram a ser programadas. De acordo com os dados da entrevista foram comprados refratores móveis que vão até a escola para exame oftalmológico da criança. Segundo o entrevistado, esses refratores resolveram algumas questões como a necessidade do deslocamento da criança para o exame e o pequeno número de profissionais para a realização da triagem. Ao mesmo tempo foi lançada a proposta dos Núcleos de Saúde



Escolar em 10 Coordenações Regionais de Saúde que corresponde a subsecretárias, e organiza a assistência em saúde da área dentro da lógica das macrofunções, como já havia sido falado anteriormente.

As 120 escolas que passaram pelo primeiro momento do Projeto de Escolas Promotoras de Saúde estão distribuídas na Rede de Ensino, espalhadas em todas as Coordenadorias Regionais. Algumas foram perdidas em termos de proposta e outras já eram Escolas Promotoras embora estivessem fora das 120. Como não dá para trabalhar com todas as áreas simultaneamente foi feita a escolha das escolas que iriam participar, dentro de uma área. A idéia era privilegiar os locais onde o PSF – Programa de Saúde da Família estaria começando a desenvolver o seu trabalho. Entretanto, os tempos foram diferentes: o Projeto Piloto começou e o PSF não chegou junto.

Foram realizados 3 Seminários nos anos de 2002, 2003 e 2004 para fortalecer o Núcleo de Saúde Escolar. Houve preocupação em investir na formação do professor, equipamento e material didático e as escolas começaram a ter as ações de saúde ocular. A idéia era que o profissional de saúde entrasse na escola para discutir as questões de saúde e não simplesmente para atender. Assim começou um trabalho com fonoaudiólogo, psicólogo, oftalmologista, em alguns casos auxiliares de enfermagem e, em outros, agentes comunitários. Por exemplo, os fonoaudiólogos começaram a trabalhar com os professores orientando o que fazer com a criança antes de encaminhá-la para a Unidade de Saúde e discutindo se de fato essa criança precisa ser encaminhada. Por outro lado, os profissionais de saúde incluíram na agenda da Unidade de Saúde local as crianças que realmente precisavam ser atendidas, minimizando a espera pela eliminação de pessoas que não precisavam desse atendimento. Em 2003 foram então criados 2 Núcleos de Saúde Escolar: Santa Cruz e Campo Grande e para 2004 outros Núcleos estavam sendo criados quando foi realizada a entrevista: Acari, Bangú, Ilha do Governador/Leopoldina.

Para fechar o relato, o Dr. Carlos Silva mencionou a parceria existente com uma ONG – Centro de Promoção da Saúde que trabalha com uma metodologia de treinamento com os professores facilitando a proposta de construção de Escolas Promotoras de Saúde. As escolas passam a se interessar pela sua participação na medida em que os professores ficam mobilizados para essa ação.

Assim, o conceito atual de Promoção da Saúde, envolvendo conceito integral de saúde, metodologia participativa e dependendo da realização de parcerias para sua viabilização, representa um esforço na direção de práticas mais democráticas e contextualizadas em confronto com práticas anteriores. O surgimento desse conceito foi fundamental para que tivesse lugar a Iniciativa Global das Escolas Promotoras de Saúde.

## II.4 O Conceito de Promoção da Saúde

Desde a conferência de Alma-Ata (1978) que a determinação da saúde vem sendo considerada de forma mais ampla, superando o campo de ação dos responsáveis pela atenção convencional dos serviços de saúde.

Durante os anos 60 o debate realçando a determinação econômica e social da saúde passou a imprimir uma abordagem positiva ao tema com a superação da orientação voltada para o controle das enfermidades.

Na Conferência de Alma-Ata (1978) foi discutida a proposta de “Saúde para Todos no Ano 2000” e a estratégia de “Atenção Primária de Saúde” observando-se que no seu item I (1979, UNICEF, Relatório), a referida Conferência reafirma que a saúde enquanto “estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente a ausência de doença ou enfermidade” representa um direito humano fundamental devendo significar a mais importante meta social mundial com o envolvimento de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde.

O item II (1979, UNICEF, Relatório) refere-se a inaceitável desigualdade existente no estado de saúde dos povos desenvolvidos e em desenvolvimento e ainda dentro dos países.

Ao mesmo tempo, no item III (1979, UNICEF, Relatório) evidencia-se a preocupação com a promoção e proteção em saúde relacionando tal preocupação com o desenvolvimento econômico e social dos povos, a qualidade de vida e a paz mundial.

Já no item V (1979, UNICEF, Relatório) ficou registrada a posição de que os cuidados primários de saúde constituem elemento indispensável para a consecução do objetivo da saúde para todos até o ano 2000.

O item VII – 3 destaca que o desenvolvimento dos cuidados primários de saúde incluem pelo menos: educação no tocante a problemas prevalentes de saúde e os métodos para a sua prevenção e controle, promoção na distribuição de alimentos e da nutrição apropriada, provisão adequada de água de boa qualidade e saneamento básico, cuidados de saúde materno-infantil, inclusive planejamento familiar, imunização contra as principais doenças infecciosas, prevenção e controle de doenças localmente endêmicas, tratamento apropriado de doenças e lesões comuns e fornecimento de medicamentos essenciais (1979, UNICEF, p. 4).

De forma complementar, o item VII (1979, UNICEF, Relatório) – 4 relaciona os setores que devem desenvolver ações coordenadas para o atingimento de saúde para todos a partir dos cuidados primários de saúde, além do próprio setor saúde, e entre eles está a **educação**.

A citada Conferência, reconhecendo a necessidade de recursos humanos aptos e em número suficiente para o apoio e prestação de Cuidados Primários de Saúde, entre outras

recomendações, aponta a necessidade de se atentar para a Educação Continuada, a supervisão de apoio, a preparação de instrutores do pessoal de saúde e o treinamento em saúde do pessoal de outros setores.

Essa questão é da maior importância: a declaração de Alma-Ata envolve outros setores para o cuidado em saúde, transcendendo o setor saúde a responsabilidade pelos resultados a serem obtidos, apontando para o conceito de responsabilidade múltipla. Ao mesmo tempo que enfatiza a necessidade da intervenção de muitos outros setores, além do setor saúde, para a obtenção de um nível elevado de saúde para a população, estimula a responsabilidade da comunidade e do indivíduo para o desenvolvimento da atenção primária em saúde.

Alma-Ata já apontou na direção do conceito de promoção de saúde embora não estivesse naquele momento tão claro como posteriormente veio a ficar. Já valorizava a saúde no desenvolvimento humano das populações, sinalizando para os fatores necessários para a qualidade de vida e o direito ao bem estar social.

A partir do Relatório Lelonde, “Uma Nova Perspectiva na Saúde dos Canadenses” (1974), a saúde, além dos serviços assistenciais em saúde, passou a reconhecer na sua determinação o ambiente e os hábitos de vida.

No Canadá, o enfoque individual da saúde com base nos estilos de vida ainda sobreviveu algum tempo, embora sofrendo muitas críticas, tendo em vista que não é aceitável o entendimento de que o indivíduo é isoladamente o responsável por condições desfavoráveis à saúde a que esteja exposto.

Já o Relatório de Sir Douglas Black, na Inglaterra, em 1980, contribuiu com a abordagem social para a promoção da saúde destacando a grande importância da desigualdade social na sua determinação, estabelecendo relações entre a classe social e os indicadores de morbidade e mortalidade.

Em 1981, no Canadá, a 1ª Conferência Nacional de Saúde sustenta a proposição de que o contexto social influi substancialmente na determinação da saúde tendo em vista sua ação no comportamento individual, ou seja, a “escolha” do estilo de vida está intimamente relacionado à classe social. Dessa forma, a promoção da saúde teve seu foco redirecionado para os fatores sociais e ambientais tendo em vista que os estilos de vida deles dependem.

Finalmente, em 1984, em uma nova conferência no Canadá - “Além do Cuidado de Saúde” com a participação da OMS os conceitos de “política pública saudável” e o de “cidade saudável” passaram a ser considerados importantes para a questão saúde (Ferreira e Buss, 2001).

Essa evolução conceitual deu lugar ao planejamento da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde em Otawa e as Conferências que se sucederam na discussão do tema da Promoção da Saúde.

Já realizaram-se cinco Conferências internacionais sobre o tema da Promoção: Otawa – 1986, Adelaide – 1988, Sundsvall – 1991, Jakarta – 1997 e México – 1999 e duas Conferências regionais: Bogotá – 1992 e Port of Spain – 1993.

As Conferências têm determinado a continuidade da discussão sobre o tema e os avanços representados pela ampliação permanente dos campos de ação e setores envolvidos na obtenção dos resultados desejados.

A partir dessas Conferências passa a ser evidente a inter-relação entre os conceitos de atenção primária de saúde, promoção da saúde e cidades saudáveis pela abordagem intersetorial que possuem.

Assim, considera-se importante a participação e a responsabilidade da sociedade na formulação de políticas favoráveis à saúde tendo em vista a conquista de uma melhor qualidade de vida, tornando-se centrais os conceitos de ambientes saudáveis, equidade no

acesso aos serviços, e o conceito de responsabilidade múltipla no encaminhamento de soluções juntamente com o Estado.

Entretanto, observa-se que todo movimento de reorientação do sistema de serviços de saúde continua, na maioria das situações, privilegiando o setor terciário e a tão necessária integração das ações de promoção, prevenção e assistência curativa na atenção primária continua não acontecendo, via de regra.

A ampliação da discussão sobre a promoção da saúde envolvendo múltiplos setores e a execução de ações coordenadas vem dando ênfase a contribuição potencial que os ambientes de trabalho, **as escolas e os sistemas de ensino** de um modo geral podem oferecer, ressaltando sua ação sobre a facilidade da **circulação de informações em saúde entre os membros da comunidade escolar** nesse último caso, influenciando sobre a cultura da saúde, valores, crenças, conceitos e pré-conceitos, e atitudes relativos à ambientes saudáveis.

No Canadá, como efeito do debate entre “promoção da saúde” com base nos estilos de vida e a “saúde populacional” que passou a representar um movimento da saúde que teve sua origem na epidemiologia surge uma

política tridimensional que integra os determinantes da saúde com os vários níveis da população (do indivíduo à sociedade) e as cinco estratégias da Carta de Otawa (políticas públicas saudáveis, ambientes favoráveis à saúde, ação comunitária, habilidades pessoais, reorientação do sistema de saúde) (Ferreira e Buss, 2001).

Certamente que se não houver uma análise das situações e limitações de vida que interferem nas condições de saúde das pessoas, não será adequada qualquer abordagem para a promoção de saúde de uma população tendo em vista que não irá atuar nos fatores que a determinam e/ou não irá influir sobre o resultado das políticas públicas relacionadas.

É com esse espírito que tem lugar a proposta das Escolas Promotoras de Saúde que para o presente estudo representa um referencial teórico da maior importância enquanto meta a ser perseguida para a evolução conceitual e prática do Programa Saúde na Escola em desenvolvimento nos CIEPs.

## II.5 As Escolas Promotoras de Saúde

A OMS/OPS lançou em 1995 o conceito de Escolas Promotoras de Saúde através da Iniciativa Global de Saúde na Escola tendo como referência principal a Carta de Otawa. Sem dúvida, o campo de atuação das Escolas Promotoras de Saúde é muito mais amplo do que o da clássica Saúde Escolar exatamente porque

devem estar constantemente fortalecendo sua capacidade de oferecer os meios para garantir a vida, o aprendizado e o trabalho e para tanto devem procurar parcerias com órgãos públicos ligados diretamente à saúde e à educação e/ou de outros setores, organizações não governamentais, professores, diretores de escolas, pessoal lotado nos estabelecimentos de ensino e comunidade. Trata-se, portanto, do desenvolvimento de experiências voltadas para a promoção de melhores condições de saúde e de vida da comunidade escolar, irradiando suas ações para a comunidade em geral, identificando demandas, estimulando soluções e desenvolvendo habilidades e atitudes condizentes com a melhoria da qualidade de vida, em geral (Santos, 2003).

Além de tudo, as Escolas Promotoras de Saúde procuram desenvolver suas ações com base nas estratégias da Carta de Otawa, a partir da escola, no sentido de desenvolver uma política pública saudável. Uma de suas dimensões refere-se ao ambiente saudável no interior da escola e no seu entorno dentro de uma concepção ampliada de “ambiente. Outro aspecto interessante é o fato de ter por base a ação da comunidade na medida em que

deve trabalhar com os seus elementos, seus modos de vida e as parcerias possíveis e necessárias. Essa proposta implica na existência de uma dimensão pedagógica que desenvolve conteúdos e habilidades para a superação de vulnerabilidades de crianças e adolescentes. Finalmente, busca no sistema geral de saúde – o SUS, no caso brasileiro, o respaldo para as ações de referência e contrareferência.

**A Carta de Ottawa (1986), como se sabe, dá início ao movimento denominado “promoção da saúde” que se potencializa em função da estreita relação entre os conceitos de saúde e de qualidade de vida. Sendo assim, as atividades educativas em saúde desenvolvidas de forma participativa, levantando as condições concretas de vida experimentadas pela coletividade, representa estratégia fundamental para informar, conscientizar, mobilizar para a ação, estimular a comunidade para a busca de soluções a partir de políticas públicas adequadas, além da adoção de comportamentos saudáveis individual e coletivamente, dentro das realidades vivenciadas.**

Considera-se que a concepção das Escolas Promotoras de Saúde envolve uma atuação pedagógica muito ampla e representa uma proposta inclusiva com grau importante de articulação com a comunidade interna e externa da escola, e o desenvolvimento de parcerias que supera o conceito “strictu senso” de Saúde Escolar.

Por outro lado, tradicionalmente, a escola tem representado local adequado para o desenvolvimento de práticas educativas em saúde, tendo em vista o seu papel formador, a sua capacidade de atingir as pessoas – alunos e comunidade – além de suas condições potenciais para o desenvolvimento de habilidades, atitudes e estilos de vida saudáveis.

Entretanto, **é importante fazer um parênteses sobre a influência que as condições sócio-econômicas representam quanto ao desenvolvimento das mencionadas habilidades, atitudes e estilos de vida saudáveis.** Por exemplo, quando se



trabalha a questão da sexualidade na adolescência, da gravidez precoce, das DST/AIDS ou das violências pode-se esclarecer, tirar dúvidas, promover a reflexão sobre conseqüências, alertar quanto a riscos mas não se pode afastar unilateralmente as causas das inseguranças ou das vulnerabilidades existentes. **Inseguranças e vulnerabilidades representam o efeito das várias formas de violência existentes no meio onde as pessoas vivem, a falta de opções sociais e de perspectivas de vida que muito influi sobre as formas de auto-afirmação assumidas pelos jovens como resposta às suas dificuldades afetivas e de sobrevivência.**

Certamente que a missão formadora da escola refere-se tanto aos conteúdos curriculares específicos das disciplinas, quanto ao desenvolvimento de habilidades gerais para a vida. Na realização de seu trabalho, muitas escolas investem em amplas articulações e parcerias com a comunidade em geral, envolvendo alunos, professores, pessoal técnico-administrativo e de apoio, pais, líderes comunitários, profissionais de saúde e de outras áreas em atuação na/com a escola e aqueles ligados a áreas produtivas ou de serviços presentes na área de abrangência da escola. Os esforços pedagógicos desenvolvidos pela escola representam um investimento no sentido de ampliar as condições importantes para a melhoria da qualidade de vida dos alunos e suas famílias, representando, ainda, um aprendizado relacionado à prática de vida em sociedade.

Muitas vezes essas iniciativas não são suficientes para os objetivos pretendidos por deficiências de infra-estrutura presente nas escolas, tanto pelo ambiente físico – conservação física dos ambientes escolares, espaço físico disponível, quanto pela insuficiência de profissionais capacitados para o desenvolvimento das ações além da escassez de tempo destinado ao trabalho com o aluno, o que inviabiliza a realização de muitos projetos e atividades e compromete os resultados conseguidos pela área da educação de um modo geral.

**Cabe, ainda, enfatizar que a “Promoção da Saúde / Proteção da Saúde” não deve representar uma restrição à vida das pessoas. A concepção assumida nesse estudo representa uma via de integração à sociedade a partir da informação/conscientização, da desconstrução de idéias ou conceitos enganosos, preconceituosos que em verdade representam instrumentos de restrição, coerção e controle da vida das pessoas.**

Considera-se que a Educação em Saúde na Escola / Saúde Escolar no enfoque da promoção da saúde representa estímulo às lutas sociais que vão desde a luta pela segurança do grupo social a que as pessoas pertencem e que muda o foco do poder. Trata-se da transformação das aspirações relacionadas com formas de afirmação em relação a fatores de risco pessoal ou coletivo com vistas à melhoria da qualidade de vida e aos ganhos relacionados com a promoção do estado de cidadania.

Para a realização da proposta das Escolas Promotoras de Saúde é indispensável que em cada escola existam pessoas envolvidas com a proposta e capacitados para o desenvolvimento de atividades compatíveis e socialmente importantes para a conscientização dos direitos de cidadania, elevação da auto-estima do aluno, preparação do ambiente físico, promoção de ambiente psicológico favorável a atitudes coletivas e de solidariedade, efetivação de parcerias para o desenvolvimento de um projeto de melhoria da qualidade de vida. É fundamental ter a visão das possibilidades concretas e globais da escola para a realização de um projeto político-pedagógico na unidade escolar que leve em conta o trabalho interdisciplinar com vistas a discussão da qualidade de vida.

A reflexão sobre o conceito de saúde e a discussão da sua multicausalidade é o processo inicial para a implantação da proposta. Conforme a OPS (1995),

As escolas que possuem um prédio seguro e confortável, água potável, instalações sanitárias adequadas, atmosfera psicológica positiva para a

aprendizagem, que investem no desenvolvimento humano saudável, em relações humanas construtivas e harmônicas, e que promovem capacidades e atitudes positivas em relação à saúde e a qualidade de vida podem ser consideradas Escolas Promotoras de Saúde. Para o desenvolvimento de comportamentos favoráveis à saúde, é de fundamental importância a discussão de questões relevantes para a promoção da saúde e a sua proteção no que se refere aos riscos mais frequentes, tendo-se em vista a faixa etária do ensino fundamental e médio (Santos, 2003)

Finalmente, a transformação das escolas em Escolas Promotoras de Saúde só pode ser considerada atingida quando a escola revela através de seu projeto político-pedagógico preocupação central com a promoção da saúde como prática de cidadania, com vistas à construção de cidades saudáveis e à melhoria da qualidade de vida, executa esse projeto com a participação de toda a comunidade escolar colocando em prática uma política de inclusão.

As Escolas de Horário Integral/ CIEPs foram concebidas a partir da chamada tríade EDUCAÇÃO-SAÚDE-CULTURA permitindo, pela primeira vez no âmbito da rede escolar do Estado do Rio de Janeiro, a existência de uma política pedagógica holística cuja abrangência incorporou e deu destaque ao Programa de Educação em Saúde na Escola no bojo de sua proposta.

# **CAPÍTULO III**

## **CENTROS INTEGRADOS DE EDUCAÇÃO PÚBLICA**

### **/CIEPs - E A SAÚDE ESCOLAR**

#### **III.1 Breves Considerações sobre a História dos CIEPs**

Nestes últimos vinte e dois anos (1983-2005) vem se desenhando a história da educação integral pública no Estado do Rio de Janeiro por intermédio do desenvolvimento da experiência dos Centros Integrados de Educação Pública – CIEPs, suas interrupções e retomadas.

O cenário inicial dessa experiência - 1983/86, marcado pela vontade política orientada para privilegiar a educação das classes populares do ponto de vista quantitativo e qualitativo, foi seguido por um difícil momento político-administrativo (1989/90) no qual essa proposta foi desarticulada.

O segundo grande momento - 1991/94, buscou recuperar a proposta original e avançar quanto ao aprofundamento da proposta pedagógica, à coordenação de suas ações e à expansão do quantitativo dos CIEPs. Entretanto, mais uma vez - 1995/98 -, e dessa vez de forma mais aguda segundo grande número de observadores, os CIEPs deixaram de contar com as condições essenciais para a realização de uma escola de dia completo. Novamente, as motivações político-partidárias retiraram da população mais excluída a oportunidade do resgate de sua cidadania através da educação.

A chamada revitalização dos CIEPs, terceiro momento da "história dos CIEPs" - a partir de 1999 – com a motivação inicial de recuperar o projeto de escola de horário integral, acontece em absoluta conformidade com o que ficou estabelecido pela LDB Lei 9.394/96, consagrada como Lei Darcy Ribeiro, no que tange ao tempo de permanência da

criança na escola, tempo esse que deverá ser progressivamente estendido para 8 horas diárias.

O presente estudo teve lugar em função desse terceiro momento da vida dos CIEPs que inclui a revitalização dos Núcleos de Saúde e a retomada das atividades do Programa Saúde na Escola.

Cabe, então, um melhor entendimento da concepção das Escolas de Horário Integral, conforme sua proposta original no Rio de Janeiro, como se verá em seguida.

### III.2 Educação Integral / Escolas de Horário Integral

A concepção da escola de horário integral, centrada em três eixos – educação, cultura e saúde - é compatível com os princípios que constituem a formação da cidadania, tornando possível a ampliação do horário escolar, para 8h ou 6h, efetivando uma organização espaço/tempo que permita a ampliação do investimento nas ações pedagógicas, culturais/artísticas e de lazer, além de atendimento em saúde em nível primário, capazes de favorecer, substancialmente, a construção da educação integral.

A observação de Darcy Ribeiro sobre o insucesso do alunado oriundo das classes menos favorecidas apontou como sua causa principal a exigüidade de tempo de atendimento dado às crianças e aos adolescentes no período escolar. Ao mesmo tempo que passou a defender a ampliação do tempo escolar, considerou como de fundamental importância a escola trabalhar os saberes acadêmicos a partir das situações concretas vivenciadas pelos seus alunos, nem sempre familiarizados com o código existente na escola. Dessa forma, a Escola Pública pode honrar o seu compromisso social de escolarizar as crianças das classes socialmente mais desprotegidas, como também favorecer a progressão de seus estudos.

Por sua vez, Demo (2000) vem defendendo a crença de que se deve apostar numa educação portadora de qualidade formal e política. Para o autor, a Escola de Tempo Integral “será a tendência futura”, permitindo a equalização inestimável de oportunidade aos alunos e efetivando os seus projetos pedagógicos.

Ao lado da ampliação do horário de atendimento à criança, deverão ser oferecidos componentes curriculares significativos, responsáveis por conferir uma qualidade de ensino através do saber formal e do não-formal. Dessa forma, as competências e as habilidades geridas, nessa escola, permitirão que os sujeitos adquiram através do conhecimento escolar os instrumentos necessários para a sua inclusão consciente e crítica na prática social.

Uma proposta da ampliação progressiva do horário das Escolas da Rede do Estado coincide com a exposta na LDB 9394/96, em seu art.34 quando esta diz: "A jornada escolar no ensino fundamental incluirá pelo menos quatro horas de trabalho efetivo em sala de aula, sendo progressivamente ampliado o tempo de permanência na escola". E continua informando, no § 2º que:

O ensino fundamental será ministrado progressivamente em tempo integral, a critério dos sistemas de ensino.

Os currículos do ensino fundamental e ensino médio, devem ter uma base nacional comum, a ser complementada, em cada sistema de ensino e estabelecimento escolar, por uma parte diversificada, exigida pelas características regionais e locais da sociedade, da cultura, da economia e da ciência (LDB, art. 26).

Em todas as escolas deverá ser garantida a igualdade de acesso para os alunos e uma Base Nacional Comum, de maneira a legitimar a unidade e a qualidade da ação

pedagógica na diversidade nacional. **A Base Nacional Comum e sua Parte Diversificada** deverão integrar-se de forma a estabelecer a relação entre Educação Fundamental e:

- a) a Vida Cidadã, através da articulação entre vários dos seus aspectos como: Saúde, Sexualidade, Vida Familiar e Social, Meio Ambiente, Trabalho, Ciência e Tecnologia, Cultura e Linguagens;
- b) as Áreas de Conhecimento como: Língua Portuguesa, Língua Materna (para população indígena e migrantes), Matemática, Ciências, Geografia, História, Língua Estrangeira, Educação Artística, Educação Física, Educação Religiosa.

As escolas deverão explicitar, em suas propostas curriculares, processos de ensino voltados para as relações com a comunidade visando à interação entre a Educação Fundamental e a Vida Cidadã. Os alunos ao aprenderem os conhecimentos e valores da Base Nacional Comum e da Parte Diversificada, estarão também constituindo sua identidade como cidadãos, capazes de serem protagonistas de ações responsáveis, solidárias e autônomas em relação a si próprios, às suas famílias e à sua comunidade.

A **Parte Diversificada** será utilizada pelas escolas em suas propostas curriculares, como espaço privilegiado para a prática de novas experiências cognitivas com a introdução de projetos do interesse de suas comunidades.

A organização curricular proposta para os CIEPs e para as escolas de horário integral deve estar estruturada em duas vertentes: a) a **Linha Sócio-Política** e b) a **Linha das Áreas das Disciplinas**, presentes no Plano Básico de Estudos.

A **linha sócio-política** que atravessa todo o processo escolar refere-se à construção dos conceitos de identidade, autonomia e vida social participativa a partir de questões sociais relevantes da sociedade atual - ética, pluralidade cultural, meio ambiente,

**saúde**, orientação sexual - que são apresentados nos Parâmetros Curriculares Nacionais para a Educação Fundamental como **Temas Transversais**.

Os CIEPs têm se revelado sensíveis a experiências desenvolvidas em diversas linguagens reconhecendo a multiplicidade das expressões culturais através da intervenção da **Animação Cultural**. Por isso consideramos que os CIEPs não são só espaços orgânicos de construção do conhecimento formal, mas também, um espaço privilegiado de construção da identidade social, cultural e política. Outros Programas oferecidos por essas escolas, como por exemplo aqueles relacionados à **saúde**, devem atrair a comunidade local e transformar esses espaços numa referência significativa para a participação comunitária. Nessa perspectiva, a instituição escolar deve representar local de debate permanente sobre as questões essenciais do mundo contemporâneo, como: a cultura da violência, a promoção da saúde, as estratégias de prevenção contra as doenças, a sexualidade responsável e a luta pelo acesso aos direitos sociais. Por outro lado, esse debate deve merecer da escola uma análise crítica contextualizada em relação aos ambientes, às condições de vida das comunidades, suas limitações quanto a informações, serviços e soluções práticas de vida individual e coletiva. Deve, também, estimular a participação e a consciência política de direitos e deveres em prol da luta por políticas públicas que de fato sejam condizentes com os fatores necessários à melhoria da qualidade de vida.

O contexto do Programa Saúde na Escola como ora se apresenta, em seu terceiro momento no Rio de Janeiro, será objeto de atenção da próxima seção do estudo.

### III.3 A Revitalização dos Núcleos de Saúde e o Programa Saúde na Escola

No ano de 2000 o então Governador do Estado, dando continuidade ao processo de revitalização dos CIEPs, passa a investir política e administrativamente na revitalização



dos seus Núcleos de Saúde e para tanto fez realizar o primeiro concurso público para profissionais de saúde para atuação nesses Núcleos. Esse concurso foi realizado pela Secretaria de Estado de Defesa Civil em abril do referido ano para que fosse possível dar posse aos aprovados em prazo compatível com a Lei Eleitoral que impõe limitações nesse sentido.

Em 1º de junho as três Secretarias envolvidas nesse processo por determinação do Governador passaram a se reunir com o objetivo de estabelecer estratégias de atuação para o Programa Saúde na Escola. São elas: **Secretaria de Estado de Educação, de Defesa Civil e de Saúde.**

As reuniões aconteceram durante dois meses com a participação de representantes das três Secretarias de Governo: pela Secretaria de Educação – SEE - participaram a então Superintendente de Aperfeiçoamento da Qualidade do Ensino e encarregada de dar encaminhamento às ações destinadas à reconstrução dos CIEPs, Profa. Ruth Eimer e os consultores convidados pela Profa. Lia Faria, então Secretaria de Educação, Prof. Dr. Hésio de Albuquerque Cordeiro e a Profa. Dinah Oliveira Santos; a Secretaria de Defesa Civil – SEDEC - esteve representada pelo Cel. Antônio José da Costa Pires, então chefe de gabinete da sua Secretaria, Cel. Médico Edson Ferreira Liberal e o Cel. Dentista Antônio Grillo Faé, e representantes da área de Enfermagem daquela instituição, de forma alternada; e pela Secretaria de Saúde – SES, onde aconteciam as reuniões, na sala da Assessora Chefe do Secretário de Saúde, estavam presentes a referida Assessora, Profa. Dulce Chiaverini e outros profissionais de saúde do nível central dessa Secretaria.

Nessas reuniões foram discutidos objetivos do Programa e propostas de estratégias de atuação dos profissionais concursados para a retomada das atividades de saúde nos CIEPs, tendo em vista a necessidade de reunir os recursos e definir responsabilidades das três Secretarias.

Naquele momento, a SES ampliava sua responsabilidade como gestora do sistema único de saúde, buscando aumentar a capacidade técnica e gerencial dos municípios. Um dos programas mais significativos era então o Programa de Saúde da Família - PSF, iniciado em Niterói com o “Programa Médico de Família”, e que vinha se expandindo em todo o Estado do Rio de Janeiro. O PSF tem o apoio do Ministério da Saúde que disponibiliza recursos para a constituição de equipes para o Programa.

O Dr. Hésio Cordeiro, médico higienista, doutor em Medicina Preventiva, professor integrante do grupo de fundadores do Instituto de Medicina Social da UERJ, ex-presidente do INAMPS, um dos idealizadores do Sistema Único de Saúde (SUS) e entusiasta do Programa de Saúde da Família apresentou proposta de orientação do programa de saúde nos CIEPs com inspiração no modelo do PSF. Originalmente, o PSF é desenvolvido por equipes constituídas de médico de família, enfermeiro, auxiliar de enfermagem e agente comunitário. No caso dos CIEPs seriam incorporados à essa equipe o odontólogo e o auxiliar de consultório dentário.

Essa proposta apontava como características de funcionamento, o que se segue:

- todos os alunos matriculados no CIEP teriam suas famílias adscritas à equipe de saúde do PSF, que realizaria a visita para o diagnóstico familiar, envolvendo o registro e a avaliação do estado de saúde de todos os seus componentes;
- as ações de promoção de saúde e prevenção seriam executadas na escola, como parte do projeto pedagógico do CIEP, integrando professores, animadores culturais, merendeiras e a equipe de saúde. Essas ações também seriam desenvolvidas nas **famílias**, mediante a visita domiciliar e na **comunidade**, envolvendo associações de moradores, entidades locais e grupos de interesse;

- os membros adultos da família seriam atendidos em horários que não coincidissem com as aulas, agendados de forma a não formar filas de espera, preferentemente após 18h e aos sábados;
- o consultório odontológico atenderia exclusivamente aos alunos e as crianças das famílias adscritas, encaminhando os adultos a consultórios de referência da rede local de serviços;
- o consultório médico não realizaria atendimentos de urgência, prestando os primeiros socorros, quando se tratasse de aluno ou funcionário do CIEP, com encaminhamento imediato aos serviços locais e orientação para acompanhamento posterior pelo médico de família;
- a adscrição de famílias que não têm crianças ou adolescentes matriculados no CIEP somente poderia ocorrer se o número de famílias com alunos matriculados fosse inferior ao definido pelo programa;
- haveria uma supervisão conjunta do trabalho desenvolvido realizada pelas secretarias envolvidas;
- o Programa contaria com uma avaliação externa.

As diretrizes para a definição dos conteúdos programáticos de saúde teriam por base as seguintes questões, na proposta do PSF adaptada aos CIEPs:

- as unidades de saúde da família nos CIEPs teriam suas atividades definidas de acordo com as diretrizes do PSF, estabelecidas pela SES;
- como se trata de um projeto com características peculiares por acontecer em uma escola, o conteúdo das ações de promoção da saúde teria como orientação pedagógica os parâmetros curriculares nacionais (PCN), ajustados segundo as diretrizes da SEE e de acordo com o projeto pedagógico do CIEP;

- a equipe de saúde deveria participar de forma integrada com os professores, animadores culturais, merendeiras e outros profissionais da escola e da comunidade;
- deveriam ser desenvolvidas atividades educacionais e culturais a partir da realidade dos alunos (e de suas famílias), gerando novos conhecimentos e novas práticas de forma interdisciplinar ou transdisciplinar, baseadas nos temas transversais propostos pelo PCN;
- deveria, assim, ser buscada a superação da orientação tradicional da “saúde escolar”, de inspiração nos saberes e práticas higienistas;
- a mesma orientação deveria ser aplicada às atividades de promoção da saúde desenvolvidas junto às famílias e na comunidade.

A proposta tinha por pressuposto que: (1) a promoção da saúde se faz por meio da educação, da adoção de estilos de vida saudáveis, do desenvolvimento de aptidões e capacidades individuais e de efetiva participação na vida social; (2) a integralidade das ações de saúde dirigidas à criança, ao adolescente e à sua família supõem uma articulação da unidade de saúde do CIEP com o sistema local de saúde, assegurando a referência para consultas de especialistas, exames complementares e internações.

Mesmo com a proposta de adaptação dos horários dos profissionais de saúde envolvidos para a realização do PSF nos CIEPs, a sua realização foi considerada muito difícil pela Secretaria de Defesa Civil. A carga horária de dedicação ao trabalho nos CIEPs seria de 2 dias de 8 horas cada, de início as 2ª e 4ª feiras para médicos e auxiliares de enfermagem. Os médicos seriam alocados por duplas de CIEPs, de tal forma que para cada CIEP o pediatra estivesse presente em um dos dias e o clínico geral no outro. Para os dentistas e auxiliares de consultório dentário a programação foi para que cada profissional ficasse apenas em um CIEP, em geral 3ª e 5ª feiras.

Por outro lado, o Secretário de Saúde não aderiu a idéia de implantação do modelo do PSF adaptado aos CIEPs, embora sua assessora e equipe tenham estado presentes às reuniões de planejamento, tendo sido aquela profissional uma das defensoras da proposta. Com essa decisão a Secretaria de Saúde não participou das capacitações dos profissionais de saúde concursados pela Defesa Civil, tendo em vista que o planejamento que vinha sendo discutido só incluía a SES nas capacitações relativas ao PSF. A SES não se comprometeu, por exemplo, com encontros voltados para a discussão da realidade do SUS no Estado e as possibilidades do estabelecimento da referência e contrarreferência entre as Unidades de Saúde dos Municípios e os Núcleos de Saúde dos CIEPs.

Não houve tempo para a realização de capacitações em Educação em Saúde pela SEE, conforme proposta original da educadora em saúde Prof. Dinah Oliveira Santos, antes da entrada dos profissionais de saúde nos CIEPs, tendo acontecido com esses profissionais já em atuação nessas escolas.

Quanto ao Projeto global do Programa Saúde na Escola a ser desenvolvido nos CIEPs, foi sendo desenvolvido pela Profa. Dinah da SEE e pelo Cel. Liberal da SEDEC, com a participação de alguns outros profissionais da Defesa Civil. Ao mesmo tempo os profissionais de saúde já estavam atuando nos Núcleos de Saúde, a despeito das dificuldades iniciais quanto a orientação geral, disponibilidade de material de consumo, material pedagógico e medicamentos. Posteriormente, esse Projeto foi sofrendo ajustes até a incorporação mais ampla dos elementos básicos da proposta das Escolas Promotoras de Saúde.

Na revitalização dos Núcleos de Saúde dos CIEPS são observadas a proposta pedagógica dos CIEPs (Ribeiro, 1986) assim como a proposta das Escolas Promotoras de Saúde (OMS/OPS, 1996) enquanto parte dos Sistemas de Saúde, quanto a promoção da saúde no âmbito escolar. A Promoção da Saúde na escola pressupõe o desenvolvimento de

conteúdos diversificados de saúde de interesse da população escolar com vistas à melhoria da qualidade de vida através de : 1) **capacitação de profissionais da saúde, da educação, alunos, familiares e a comunidade no que tange a promoção da saúde e a prevenção de agravos à saúde na idade escolar;** 2) **atividades de ensino e de vivência da escola relacionadas aos temas da educação em saúde na escola;** 3) **atendimento clínico, encaminhamentos e educação em saúde na prestação de serviços de saúde buscando a contextualização das orientações desenvolvidas.**

A referida revitalização está voltada para o desenvolvimento de experiências relacionadas com a promoção de melhores condições de saúde e de vida da comunidade escolar.

Pelo seu caráter interdisciplinar, o trabalho em parceria entre os profissionais de saúde e de educação dos CIEPs tornou-se de grande importância para a realização do projeto de Saúde Escolar nessas unidades de ensino. Assim sendo, conceituamos a "**Saúde Escolar**" como um: **serviço integrado saúde/educação para o atendimento prioritário ao escolar, com o envolvimento da família e da comunidade, através de ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, contando num primeiro momento com a participação de profissionais de saúde e de educação, com vistas a transformar a escola em uma "Escola Promotora de Saúde", buscando a ampliação dos atores na efetivação da proposta, com vistas a fomentar estilos de vida saudáveis dentro de parâmetros realistas quanto às vulnerabilidades observadas na comunidade escolar.**

Fazendo o paralelo entre as discussões quanto a abrangência, dimensões, abordagens e estratégias de Saúde Escolar com enfoque nas propostas da Educação em Saúde na Escola e das Escolas Promotoras de Saúde verifica-se que as dimensões destas últimas apresentam evolução conceitual em função dos novos entendimentos quanto às políticas e as práticas de Saúde e de Educação. Assim, no primeiro caso temos as

dimensões: **ambiente, ensino da saúde, serviços de saúde e relações família-escola-comunidade** presentes em diferentes documentos e experiências conforme registram Marcondes (1972) e Santos (1984). Já as Escolas Promotoras de Saúde (OMS, 1995) reafirmam essas dimensões abrindo para outras possibilidades de ação, da seguinte forma: **ambiente** (tratado a partir de múltiplos enfoques e parcerias), **saúde como tema transversal**, compatível com os pressupostos da interdisciplinaridade no interior da escola, envolvendo a discussão de temas relevantes tendo como referência a realidade de vida das pessoas e não mais como disciplina curricular, **estabelecimento de parcerias** com características ampliadas entre diferentes setores e instituições, profissionais, família, escola e comunidade e o desenvolvimento de capacitações dos diferentes segmentos, com o uso de metodologias participativas adequadas à educação não formal, **(no caso brasileiro, o setor saúde está representado pelo SUS, limitando-se ao atendimento apenas primário na escola - isto é, fora dos serviços de saúde - quando houver condições)**.

A incorporação das propostas das Escolas Promotoras de Saúde pelos CIEPs pressupõe, por um lado, que no Programa Saúde na Escola a proposta do atendimento clínico corresponde ao nível da atenção primária aos escolares, isto é, às situações de rotina, a partir da anamnese e do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento do escolar e às situações de emergência, no nível primário. Quando necessário, o atendimento deve ser complementado em serviços de saúde do SUS, cujos níveis de complexidade assim o permitirem, dando lugar ao sistema de referência e contrarreferência.

Durante os dois primeiros anos de desenvolvimento do trabalho dos profissionais da SEDEC 2000-2001, o Governo do Estado fez grande questão de obter resultados em termos de números de atendimentos, de tal forma que na chamada “produção” do Programa só eram computadas as consultas e ações curativas, não havendo ênfase para as

atividades pedagógicas de educação em saúde. Por outro lado, até o final de 2004 não houve avanços na parceria com os serviços de saúde, acontecendo apenas de maneira informal nas localidades em que as forças políticas entre Estado e município não representam impedimento. A integração entre as três Secretarias envolvidas no Programa é fundamental embora apenas entre a SEDEC e a SEE tem havido uma articulação mais constante. Não obstante, concordando com o Dr. Liberal, (entrevista com o coordenador médico do Programa em 21/08/03) a relação com a Secretaria de Saúde não tem sido tão próxima por conta talvez da municipalização do SUS. A SES tem grande colaboração a dar quanto ao conhecimento da política de saúde do SUS e pela sua visão sobre a situação da saúde no Estado. Por isso mesmo poderia estar participando muito mais, discutindo e facilitando as parcerias entre o Programa Saúde na Escola com os municípios. Entretanto, a SES tem se limitado a fornecer medicamentos para o Programa através do Instituto Vital Brasil.

Do ponto de vista legal, o Programa Saúde na Escola assim como a própria Proposta Pedagógica da Escola de Horário Integral como um todo, com base na tríade EDUCAÇÃO-CULTURA-SAÚDE têm respaldo no direito à vida e à saúde assegurado a todas as pessoas pela Constituição Federal/88 cabendo ao Art. 7º do Estatuto da Criança e do Adolescente (1990) fazer relação com o processo de desenvolvimento da criança e do adolescente, como se segue:

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

Desde a primeira versão do Projeto Saúde na Escola, **é seu objetivo desenvolver ações de promoção da saúde, prevenção de seus agravos e recuperação da saúde do**



**escolar dos CIEPs - Ensino Fundamental e Médio da Rede Oficial de Escolas do Estado do Rio de Janeiro, contribuindo para a melhoria da saúde, das condições de desenvolvimento, do rendimento escolar, da auto-estima e da autoconfiança e para a diminuição dos níveis de evasão, repetência e absenteísmo, estimulando a adoção de estilos de vida saudáveis, com repercussões favoráveis ao longo da sua vida.**

Certamente que esse objetivo deve ser perseguido de forma contextualizada estimulando as pessoas para a obtenção de meios para dar solução às suas condições de vida e através de estratégias diversificadas de Promoção e Prevenção em Saúde deve estar presente no contexto de todas as escolas.

Finalmente, a Portaria Conjunta SEE/SEDEC/SES n.º 77/03 que dispõe sobre o Programa Saúde na Escola no seu Art 3º prevê a constituição de Comissão integrada por dois servidores de cada uma das Secretarias envolvidas com a incumbência de realizar permanente discussão, supervisão e avaliação do Programa Saúde na Escola. Essa Comissão foi constituída para o ano de 2003, através de outra Portaria Conjunta SEE/SEDEC/SES n.º 82/03, publicada em D.O. em 29 de agosto de 2003, com as seguintes indicações: pela SEE a Profa. Dinah Oliveira Santos e a Profa. Ângela Maria Gomes R. Fernandes; pela SEDEC o Cel Antônio Grillo Faé e o Cel. Edson Ferreira Liberal; e pelas técnicas Tânia Catharino e Ilzinete Silva da SES. A Comissão Gestora discutiu em 2003 a necessidade da efetivação dos convênios com os municípios para dar solução aos encaminhamentos dos casos necessários e estabelecimento do sistema de referência e contrarreferência entre os serviços, sem obter resultados concretos até o final de 2004, conforme comentado anteriormente. As representantes da SEE na referida comissão passaram a ser a Profa. Vera Lúcia Rosa de Souza e Profa. Maria Helena Bard Carvalho a partir de 8 de julho de 2004, quando foi publicada em D.O. a Resolução Conjunta

SEE/SEDEC/SES N.º 92, em substituição a indicação anterior, em consequência de que as professoras inicialmente elencadas não possuem mais matrícula no Estado.

### III.4 Desenvolvimento do Programa Saúde na Escola

Uma peça importante para o processo de revitalização dos CIEPs tem sido a reativação dos Núcleos de Saúde a partir da parceria entre SEE/SEDEC/SES. O Programa Saúde na Escola, reativou, em 2000, 100 (cem) desses Núcleos e em 2002 estendeu esse procedimento para o restante dos CIEPs, sem, no entanto ter atingido sua totalidade absoluta. Até o final de 2003, dos 360 CIEPs então existentes no Estado, 317 tiveram os seus Núcleos de Saúde reativados, além do Núcleo de Saúde do ex-CIEP 254 – atual anexo ao C.E. Visconde de Itaboraí. Em 2004, houve inicialmente uma redução dos Núcleos de Saúde para 283 atendidos pelos profissionais de saúde e em dezembro de 2004, 297 Núcleos de Saúde contavam com a presença de profissionais de saúde, num universo de CIEPs que se reduziu para 353.

Embora o Programa tenha tido início em 2000, somente em 17 de fevereiro de 2003 foi assinada pelos titulares das três Secretarias a Resolução Conjunta SEE/SEDEC/SES n.º 77 de 28 de fevereiro de 2003 que dispõe sobre o Programa Saúde na Escola. Pela SEE, a Prof. Darcília Aparecida da Silva Leite; pela SEDEC, o Cel. Carlos Alberto de Carvalho; e pela SES, o Dr. Gilson Cantarino O’Dwyer. A referida Resolução foi publicada no D.O. de 12 de março de 2003 p. 16, na qual ficaram, ajustadas as competências de cada uma das áreas de Governo, a saber:

#### **Compete à Secretaria de Educação:**

- a) manter em boas condições de infra-estrutura e de limpeza os ambientes que compõem os Núcleos de Saúde dos CIEPs;

- b) franquear o uso dos equipamentos e mobiliários já existentes nos Núcleos de Saúde pelos profissionais de saúde da Secretaria de Defesa Civil, do Programa Saúde na Escola;
- c) estimular os profissionais da Secretaria de Educação em atuação nos CIEPs a colaborar com o bom desenvolvimento do Programa Saúde na Escola;
- d) capacitar os profissionais de saúde na área da educação em saúde na escola, com ênfase nos temas da promoção de saúde e da prevenção de agravos na idade escolar;
- e) orientar e acompanhar a capacitação dos professores e outros profissionais da escola a ser realizada pela Defesa Civil, na área de educação em saúde na escola, com ênfase na promoção de saúde e na prevenção de agravos na idade escolar, tendo em vista o desenvolvimento de ações com os escolares;
- f) contribuir para o desenvolvimento da proposta de Escolas Promotoras de Saúde a partir dos CIEPs, com vistas a sua expansão para as demais escolas da SEE.

**Cabe à Secretaria de Defesa Civil:**

- a) destinar profissionais de saúde - um médico, um dentista, um auxiliar de enfermagem e um auxiliar de consultório dentário da Defesa Civil para o desenvolvimento das ações do Programa Saúde na Escola, para cada um dos CIEPs do Estado do Rio de Janeiro, e enfermeiros, psicólogos, fonoaudiólogos, nutricionistas e assistentes sociais para o atendimento por pólos;
- b) fornecer equipamentos necessários e realizar a sua manutenção/ recuperação de forma que garanta a continuidade do Programa;
- c) fornecer o mobiliário e o material de consumo necessários para a realização das ações de saúde;

- d) realizar a capacitação dos professores e outros profissionais da escola na área da educação em saúde na escola, com ênfase na promoção da saúde e na prevenção de agravos na idade escolar, tendo em vista o desenvolvimento de ações com os escolares;
- e) contribuir para o desenvolvimento da proposta de Escolas Promotoras de Saúde a partir dos CIEPs, com vistas a sua expansão para as demais escolas da SEE.

**As competências da Secretaria de Saúde são:**

- a) fornecer os medicamentos necessários às ações de recuperação da saúde do Programa Saúde na Escola;
- b) oportunizar e favorecer, na Comissão Bipartite, o estabelecimento dos procedimentos de referência e contrareferência para o atendimento integral dos alunos dos CIEPs do Estado - Programa Saúde na Escola, nas Unidades de Saúde dos Municípios do Estado do Rio de Janeiro, sempre que necessário;
- c) capacitar os profissionais de saúde da Secretaria de Defesa Civil, em atuação nos CIEPs, quanto a política de saúde que está sendo praticada no Estado do Rio de Janeiro, em consonância com a normatização do SUS - Sistema Único de Saúde.

Pela Portaria Conjunta SEE/SEDEC/SES n.º 77/03 ficou definido atendimento prioritário de crianças e adolescentes matriculados nos CIEPs com o objetivo do desenvolvimento da prevenção primária, por meio de ações educativas e sanitárias; capacitação de profissionais de saúde e de educação, alunos, familiares e comunidade, no que tange à promoção de saúde, à prevenção de agravos e à recuperação de saúde na idade escolar; implementação de atividades de ensino e vivência na escola relacionadas aos temas da própria comunidade local; atendimento clínico inicial e encaminhamento dos casos de maior complexidade aos centros de saúde mais próximos; e a discussão de temas

voltados para a autopreservação quanto às DST/AIDS, gravidez precoce, uso indevido de drogas lícitas e ilícitas, e a prevenção às várias formas de violência.

O primeiro concurso de profissionais de saúde para o Programa Saúde na Escola em 2000, por intermédio da Secretaria de Estado de Defesa Civil, destinou-se a suprir as necessidades de profissionais para os 100 primeiros Núcleos de Saúde dos CIEPs. Para isso, foram concursados médicos clínicos gerais, médicos pediatras, auxiliares de enfermagem, dentistas e auxiliares de consultório dentário. Foram concursados também 8 enfermeiros para supervisão dos auxiliares de enfermagem. Para cada Núcleo de Saúde foi destinado 1 (um) profissional por especialidade. Os profissionais do primeiro concurso estiveram distribuídos em 2000/2001, em 14 municípios.

O Cel. Costa Pires, primeiro coordenador geral da SEDEC para o Programa, em entrevista realizada em 8/11/2001, relacionou como maiores dificuldades iniciais: (1) a demora na realização das obras de reparos estruturais nos Núcleos de Saúde; (2) o fechamento das escolas aos sábados; e (3) dificuldades iniciais com algumas diretoras de escolas.

Já o Cel. Liberal (21/08/03) apontou como uma dificuldade inicial o pequeno espaço de tempo havido para o planejamento inicial das ações tendo em vista que o 1º concurso para os profissionais de saúde precisou ocorrer com rapidez já que era um ano de eleições municipais e a legislação eleitoral estabelece prazos para a realização de concursos públicos e posse dos aprovados. Seguiu-se a isso a urgência que o Governo do Estado tinha para o início do Programa. Mencionou, também, a realização das reuniões iniciais de planejamento que se realizaram nas dependências da SES que de certa forma as presidia. Contudo, reafirmou que quando o Programa teve início de fato a SES ausentou-se e as reuniões continuaram a acontecer entre a SEE e a SEDEC, apontando para o desenvolvimento de um projeto de Escolas Promotoras de Saúde. Ressaltou, ainda, a

facilidade que a Defesa Civil teve em relação a recursos financeiros no momento da implantação do Programa. Havia uma decisão de Governo que garantiu investimentos importantes para essa implantação. Dentre esses investimentos pode-se citar a aquisição de carros para a supervisão. Já em 2002/03 a realização da supervisão passou a contar com o problema da falta de carros visto que a maior parte deles não permaneceu no Programa, especialmente na mudança de Governo em abril de 2002, e a aquisição de novas viaturas apresentou-se como um processo muito moroso. O Cel Costa Pires (08/11/01) também mencionou como importante a integração entre a SEE e a SEDEC.

Os Núcleos de Saúde reativados inicialmente, no período de 2000/2001, tiveram a seguinte distribuição:

▪ Região I	Nova Iguaçu.....	28 CIEPs
▪ Região II	Duque de Caxias.....	28 CIEPs
▪ Região III	Magé.....	02 CIEPs
	São Gonçalo.....	13 CIEPs
	Tanguá.....	01 CIEP
	Itaboraí.....	01 CIEP
▪ Região IV	Queimados.....	03 CIEPs
	Japeri.....	02 CIEPs
	Paracambi.....	01 CIEP
	Itaguaí.....	01 CIEP
	Rio de Janeiro.....	04 CIEPs
▪ Região V	Belford Roxo.....	10 CIEPs
	Nilópolis.....	02 CIEPs
	São João do Meriti.....	04 CIEPs

Em dezembro de 2001, o 2º concurso da SEDEC admitiu para o Programa Saúde na Escola: 310 médicos - clínicos gerais e pediatras, 310 dentistas, 310 auxiliares de enfermagem, 310 auxiliares de consultórios dentários, conforme entrevista com o Cel Costa Pires (8/11/2002) para atuação nos Núcleos de Saúde de 72 municípios. A opinião do entrevistado no momento da entrevista era de que dificilmente um governante teria

coragem para interromper esse Programa no que se refere a presença no Programa Saúde na Escola dos profissionais de saúde concursados.

Entretanto, a partir de 2003 verificou-se que o Governo do Estado vem deslocando profissionais principalmente médicos, no seu horário total ou parcial para atender a outras atividades e projetos sociais de seu interesse. Como os editais dos concursos, em geral, não são específicos, também esse não o foi para o Programa Saúde na Escola, verificando perdas para o Programa. É importante observar que com os concursos, os profissionais de saúde em atuação no Programa Saúde na Escola nesse terceiro momento de implementação da proposta de Escolas de Tempo Integral são funcionários públicos estáveis, o que poderia representar também uma estabilidade para o Programa, independentemente da matiz política do governo, se não tivesse passado a haver remanejamento desses profissionais para outros projetos. Além dos deslocamentos da carga horária de trabalho desses profissionais, têm havido várias realocações de concursados em consequência de outras atribuições da SEDEC ou por influências políticas, além das baixas de profissionais que foram aprovados em concursos para outras instituições. Certamente que médicos e dentistas interessados em uma carreira clínica tradicional fazem, muitas vezes, opção diferente da do trabalho em Saúde Escolar.

O fato dos profissionais de saúde pertencerem a uma mesma instituição e a integração entre a Área de Educação em Saúde do Programa de Implementação do Horário Integral/SEE e a coordenação do Programa Saúde na Escola/SEDEC podem ser considerados fatores positivos para o planejamento e o desenvolvimento de ações, até dezembro de 2004.

Segundo o Coordenador Médico do Programa (21/08/03), a questão dos profissionais de saúde do Programa estarem na SEDEC e não na SES deve-se provavelmente ao fato de que no 2º Programa Especial de Educação a saúde contava com

profissionais de diversas origens – municípios, Estado, cooperativas e a organização nesse momento, inicialmente com 360 CIEPs ficaria mais complicada dessa forma. A organização militar também foi considerada importante para essa decisão de Governo da mesma forma que havia sido mencionada pelo Cel Costa Pires (08/11/02). Ambos consideraram que a referência de Programas que deram certo em administrações estaduais anteriores como o “Socorro de Emergência” e o “Gemar” sob a responsabilidade da Defesa Civil também influenciou para a escolha da SEDEC como origem dos profissionais de saúde para o Programa Saúde na Escola. Para o entrevistado, a participação desses profissionais nessa iniciativa significa um ganho importante porque permite o desenvolvimento de um Programa de dimensões amplas. Acrescentou que pelo que se tem visto na literatura, o Programa Saúde na Escola é o maior Programa de Saúde Escolar no momento, especialmente por seu número de profissionais e por realizar a promoção em saúde, a prevenção de agravos e a assistência primária aos escolares.

Outros comentários desse entrevistado a respeito da inserção dos profissionais de saúde no Programa dizem respeito a:

- um grande salto do Programa será conseguir que se fale de em comportamento saudável ao invés da preocupação com os comportamentos de risco;
- a crítica de que a presença dos profissionais de saúde representa um grande gasto financeiro não é correta; trata-se de um investimento;
- a interação saúde-educação representa uma política de segurança pública, ou seja, a escola de horário integral com qualidade social é um investimento a médio prazo em termos de segurança no/do Estado;
- as Escolas Promotoras de Saúde nos CIEPs deverão representar um papel modelar para a rede de ensino;



- se o pensamento de Darcy Ribeiro não tivesse sofrido interrupções, provavelmente, hoje a maioria da rede escolar do Rio de Janeiro já estaria em horário integral e o seu papel exemplar e de vanguarda estaria consagrado.

A Coordenação Geral do Programa Saúde na Escola na SEDEC foi desempenhada do início do Programa em 2000 até março de 2002 pelo Coronel Antônio José da Costa Pires. A partir de abril de 2002, essa Coordenação Geral na SEDEC foi assumida pelo Coronel Dentista Antônio Celso Grillo Faé que anteriormente fazia a Coordenação Odontológica, a qual foi então assumida pelo Ten. Coronel Marcelo Menezes. Em 2003, a Coordenação Odontológica voltou a estar a cargo do Cel. Dentista Faé, ficando o Ten. Cel Marcelo Menezes com a subcoordenação da área. Quanto a Coordenação Médica do Programa Saúde na Escola/ SEDEC tem sido exercida desde o início do Programa pelo Cel Médico Edson Ferreira Liberal, pediatra, professor universitário e doutor em Medicina. Essa continuidade do trabalho e a afinidade de propostas com a área da Educação em Saúde da SEE, na pessoa da Profa. Dinah Oliveira Santos, especialista em Educação em Saúde Pública, Mestre em Educação e também professora universitária, têm sido muito importante para o desenvolvimento do Programa já que ambos estão em atuação desde a fase do seu planejamento inicial em junho de 2000.

Para o gerenciamento dos profissionais de saúde da SEDEC, que estão atuando em 297 Núcleos de Saúde (dados de dezembro de 2004), foram organizadas 12 áreas na região metropolitana e 5 áreas no interior, uma por cada CBA - Comando de Bombeiro de Área:

Metropolitanas I - São João do Meriti, Nilópolis

II - Belford Roxo, Mesquita

III - Queimados, Paracambi

IV - Nova Iguaçu

V - Nova Iguaçu

VI - São Gonçalo, Niterói

VII - São Gonçalo, Maricá

VIII - Itaboraí, Magé

IX - Campo Grande

X - Rio de Janeiro

XI - Duque de Caxias

XII - Duque de Caxias

Interior CBA Norte/ Noroeste - sede: Campos dos Goytacazes

CBA Sul ----- sede: Barra Mansa

CBA Costa Verde----- sede Angra dos Reis

CBA Serrana ----- sede: Petrópolis

CBA Litorânea ----- sede: Cabo Frio.

Conforme dados de dezembro de 2004, os 297 Núcleos de Saúde dos CIEPs que dispõem de profissionais de saúde têm a seguinte distribuição:

#### **ÁREA METROPOLITANA - 207 Núcleos de Saúde**

DUQUE DE CAXIAS	33	SÃO GONÇALO	32
NILÓPOLIS	05	RIO DE JANEIRO	28
SÃO JOÃO DE MERITI	15	MAGÉ	07
BELFORD ROXO	17	ITABORAÍ	09
JAPERI	04	MARICÁ	02
QUEIMADOS	05	ITAGUAÍ	06
NOVA IGUAÇU	33	SEROPÉDICA	03
NITERÓI	08		

#### **ÁREA NORTE/ NOROESTE - 17 Núcleos de Saúde**

CAMPOS	07	CAMBUCI	01
ITALVA	01	LAJE DE MURIAÉ	01
CARDOSO MOREIRA	01	APERIBÉ	01
ITAPERUNA	02	SANTO ANTÔNIO DE PÁDUA	01
MIRACEMA	01	ITAOCARA	01

**ÁREA SUL - 24 Núcleos de Saúde**

VOLTA REDONDA	05	MIGUEL PEREIRA	01
RIO CLARO	01	PATY DO ALFERES	01
BARRA MANSA	02	VASSOURAS	02
ITATIAIA	01	ENGENHEIRO PAULO DE FRONTIN	01
RESENDE	02	MENDES	01
BARRA DO PIRAÍ	04	PINHEIRAL	01
PIRAÍ	01	VALENÇA	01

**ÁREA COSTA VERDE – 4 Núcleos de Saúde**

ANGRA DOS REIS	03	PARATY	01
----------------	----	--------	----

**REGIÃO LITORÂNEA - 15 Núcleos de Saúde**

S. PEDRO DA ALDEIA	03	CONCEIÇÃO DE MACABU	01
ARARUAMA	03	CABO FRIO	04
RIO AS OSTRAS	01	MACAÉ	01
SAQUAREMA	01	IGUABA GRANDE	01

**ÁREA SERRANA - 30 Núcleos de Saúde**

TERESÓPOLIS	03	TRAJANO DE MORAES	01
PETRÓPOLIS	05	CARMO	01
NOVA FRIBURGO	03	SUMIDOURO	02
CACHOEIRAS DE MACACÚ	03	SAPUCAIA	01
CORDEIRO	01	TRÊS RIOS	04
SANTA MARIA MADALENA	01	COMENDADOR LEVY GASPARIAN	01
S. SEBASTIÃO DO ALTO	01	BOM JARDIM	01
CANTAGALO	01	DUAS BARRAS	01

Pelo concurso de 2001 foram também admitidos um epidemiologista e um número reduzido de psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, assistentes sociais, nutricionistas, oftalmologista, otorrinolaringologista para atuação nos 12 pólos, que nesse primeiro momento, possuem caráter experimental e de apoio aos profissionais em atuação nos CIEPs. Os CIEPs Pólo são em número de 12, ou seja, 8 na Área Metropolitana e 4 no interior:

### PÓLOS DA ÁREA METROPOLITANA

<b>PÓLO</b>	<b>Município</b>	<b>CIEP</b>	<b>Endereço</b>
PÓLO 1	Nova Iguaçu	390 - Chão de Estrelas	R. Sete de Setembro, s/n Carmari
PÓLO 2	Nova Iguaçu	394 - Cândido Augusto Ribeiro Neto	Estrada da Palhada, 3655 Palhada
PÓLO 3	Duque de Caxias	369 - Jornalista Sandro Moreira	Av. Emílio Menezes, s/n. Jardim Primavera
PÓLO 4	Duque de Caxias	434 - Antonieta Campos da Paz	R. CMT Ari Parreiras, s/n. Engenho do Porto
PÓLO 5	S. Gonçalo	412 - Eurycleides de Jesus Zerbini	Rod. Amaral Peixoto, Km 11 RJ 104 Columbandê
PÓLO 6	Campo Grande/RJ	433 - Togo Renan Kanela	R. Tamarana s/n Sta Margarida
PÓLO 7	S.J.Meriti	135 - Afonso Henrique Lima Barreto	Av. Automóvel Club, s/n José Bonifácio
PÓLO 8	Mangueira/ RJ	241- Nação Mangueirense	Rua Santos Melo 73 - fundos

### PÓLOS DO INTERIOR

<b>PÓLO</b>	<b>Município</b>	<b>CIEP</b>	<b>Endereço</b>
PÓLO CBA Norte	Campos	056 - Custódio Siqueira	Av. José Carlos Pereira Pinto , s/n Calabouço
PÓLO CBA SUL	Volta Redonda	486 – Ginásio Público Toninho Marques	Av. Deputado Júlio Caruso, s/n Belmonte
PÓLO CBA Serrana	Petrópolis	137 - Cecília Meireles	Estrada União Indústria, 2822 Corrêas
PÓLO CBA Litorânea	Cabo Frio	150 - Prof. Amélia Ferreira S. Gabina	R. Luis de Camões, s/n Cédula Mater

O número total de profissionais de saúde envolvidos diretamente no Programa Saúde na Escola **ao final de junho de 2003** era de 1.369, assim distribuídos: 348 médicos; 312 dentistas; 33 enfermeiros; 331 auxiliares de enfermagem; 301 auxiliares de consultório dentário; 14 nutricionistas; 5 assistentes sociais; 13 psicólogos; 11 fonoaudiólogos; 1 fisioterapeuta. O quadro desses profissionais em **dezembro de 2004** passaram a ter os seguintes quantitativos: 289 médicos; 263 dentistas; 6 enfermeiros; 177 auxiliares de enfermagem; 253 auxiliares de consultório dentário; 13 nutricionistas; 5 assistentes sociais; 10 psicólogos; 13 fonoaudiólogos; 1 fisioterapeuta.

O resultado quantitativo dos atendimentos clínicos - envolvendo o cadastramento, exame físico, diagnóstico clínico dos escolares e orientação terapêutica e atividades educativas em saúde desenvolvidas principalmente com alunos, além de professores e comunidade, no período entre 01/02/2001 - 31/12/2004, é o que se segue:

<b>atendimento</b>	<b>área</b>	<b>ano</b>	<b>total</b>
médico	metropolitana	2001	71.936
odontológico	metropolitana	2001	93.676
médico	metropolitana	2002	89.606
odontológico	metropolitana	2002	427.964
médico	interior	2002	43.621
odontológico	interior	2002	101.391
médico	metropolitana	2003	133.625
odontológico	metropolitana	2003	137.169
médico	interior	2003	55.259
odontológico	interior	2003	32.293
médico	metropolitana	2004	117.259
odontológico	metropolitana	2004	292.926
médico	interior	2004	58.283
odontológico	interior	2004	70.685

Obs. Não foram computadas os atendimentos odontológicos no período de janeiro a março de 2002.

<b>atividades educativas “promoção” e “prevenção”</b>	<b>área</b>	<b>ano</b>	<b>total</b>
médica	metropolitana	2002	74.554
odontológica	metropolitana	2002	855.928
médica	interior	2002	32.820
odontológica	interior	2002	202.782
médica	metropolitana	2003	118.174
odontológica	metropolitana	2003	366.033
médica	interior	2003	81.225
odontológica	interior	2003	99.013
médica	metropolitana	2004	86.670
odontológica	metropolitana	2004	165.430
médica	interior	2004	69.948
odontológica	interior	2004	28.097

Foi aberta em 2003 outra frente de ação para o planejamento de atuações específicas do Programa Saúde na Escola/ Escolas Promotoras de Saúde: tratamento específico quanto à atenção clínica e pedagógica para os alunos residentes das Casas de Alunos Residentes em decorrência de suas maiores vulnerabilidades.

### III.4.1 - Capacitação em Educação em Saúde

A **educação em saúde** enquanto componente da **promoção da saúde** e da **prevenção de agravos** deve ser objeto da atenção dos profissionais de saúde tanto na sua abordagem individual quanto coletiva.

Assim, os profissionais de saúde em atuação nos CIEPs têm sido estimulados no sentido de trabalhar conteúdos de educação em saúde na prestação de serviços individuais de saúde aos escolares além de realizar atividades educativas coletivas.

Como se sabe, crianças e adolescentes estão submetidos a riscos relacionados com a experiência da vida em sociedade que ganham em amplitude e complexidade quanto maior se apresentam os níveis de violência das grandes cidades, por um lado, e a falta de mecanismos seguros de proteção para essas faixas etárias, por outro. É de grande importância que **a escola desenvolva estratégias capazes de combater as chamadas vulnerabilidades na adolescência**, período considerado de maior exposição às agressões sociais especialmente potencializadas pelas condições desfavoráveis de vida do ponto de vista da organização das pessoas e das privações sócio-econômico-culturais a que estão submetidas. As vulnerabilidades entre os adolescentes se revestem de grande complexidade em virtude de suas conseqüências biológicas, psicológicas, sociais, econômicas, de segurança, com implicações emocionais, pedagógicas e legais, e que têm especial relevância para a vida do público alvo em questão - o escolar dos CIEPs que, via de regra, pertencem a grupos populacionais com menor proteção social. **Os fatores que potencializam as vulnerabilidades na adolescência** são principalmente: (1) grandes privações sócio-econômico-culturais; (2) situações de violência comuns em várias comunidades; (3) onipotência típica nos adolescentes; (4) tendência aos comportamentos de grupo entre os adolescentes; (5) desestruturação familiar em função de problemas de renda, desemprego, violências intra-familiar, uso de drogas, exclusão social, trabalho infantil, exploração do trabalho da mulher, entre outros fatores; (6) modismos e influência da mídia; (7) necessidade de auto-afirmação; (8) desinformação, curiosidade e insegurança; e (9) relações de gênero. Dessa forma, **as estratégias para diminuição dos riscos** referem-se: (1) ao acesso às informações; (2) ao desenvolvimento da auto-imagem

positiva e o estímulo para o desenvolvimento de planos de futuro; (3) às atitudes de autopreservação quanto às DST/AIDS, gravidez precoce, uso indevido de drogas; (4) à valorização das relações afetivas; (5) às estratégias de prevenção às várias formas de violência nas suas dimensões física, psicológica, abandono, exploração sexual, exploração do trabalho infantil e do adolescente; (6) ao acolhimento familiar e da escola; (7) e, no geral, à implementação de **políticas públicas positivas** e a **organização das pessoas e dos grupos** na luta por essas políticas.

**Da mesma forma, os estilos de vida no que pese a sua importância quanto à saúde das pessoas, depende não só da consciência de sua importância na promoção da saúde e na prevenção de seus agravos quanto das possibilidades práticas de vida, de trabalho, de renda e de inserção social, dos valores presentes na cultura do grupo em questão, do acesso à informação e da presença de serviços sociais urbanos que respondam às necessidades da população.** Importante também pode ser considerado o desenvolvimento da capacidade de **reconhecimento das situações de riscos** por parte do jovem para a diminuição de suas vulnerabilidades. Do mesmo modo, os profissionais de saúde e de educação precisam estar alertas para o **reconhecimento dos casos de violência contra o escolar**, contribuindo para a sua assistência, identificação dos agressores, discussão dos casos com a família e adoção de medidas legais de proteção, quando for o caso.

Considera-se, ainda, atitudes positivas para a promoção da saúde e para a melhoria dos níveis de cidadania o trabalho para o **desenvolvimento do respeito mútuo**, do **sentimento de responsabilidade social**, da **solidariedade** e da **consciência de direitos e deveres**.

A capacitação dos profissionais de saúde na área da educação em saúde na escola, no que tange aos conteúdos da promoção da saúde e prevenção de agravos aos escolares



está a cargo da SEE, por intermédio de profissional de educação, pós-graduada, especialista em educação em saúde pública, com experiência em saúde escolar – Profa. Dinah Oliveira Santos que coordena o Programa no que tange à SEE.. Ao mesmo tempo, os temas a serem trabalhados devem ser objeto de discussão/capacitação de professores, direção dos CIEPs e dos alunos pelos profissionais de saúde já capacitados, em atuação nessas unidades escolares.

### III.4.2 - Capacitação Pedagógica em Saúde dos Profissionais de Saúde dos CIEPs

Essa capacitação visa o desenvolvimento de competências e habilidades necessárias à compreensão das vulnerabilidades próprias da criança e do adolescente em geral e, em especial, dos alunos dos CIEPs. Significa o desenvolvimento de um nível adequado de sensibilidade indispensável para estimular em crianças e jovens a diminuição dos comportamentos de riscos, a partir da elevação da sua auto-estima e auto-imagem e do conseqüente aumento da sua capacidade de autopreservação, e da valorização de comportamentos responsáveis, éticos e de solidariedade.

A abordagem de temas relevantes ao preparo desses profissionais para a melhoria da qualidade de vida de crianças e adolescentes dos CIEPs e a multiplicação desses conhecimentos na escola tem em vista favorecer o trato dos conteúdos da saúde de maneira transversal levando ao escolar direta ou indiretamente, através dos professores, a discussão de suas práticas e possibilidades de vida.

Confirmando nossas preocupações, o Cel. Liberal (21/08/03) fez considerações a respeito da formação universitária do profissional médico e dentista muito voltada para o atendimento curativo hospitalar e de consultório. Há uma prioridade absoluta na formação acadêmica desses profissionais em termos de assistência, em detrimento do trabalho de

promoção e prevenção em saúde. Por outro lado, o espaço da escola representa uma realidade nova para esses profissionais e a capacitação inicial realizada pela Defesa Civil para apresentação do Programa Saúde na Escola realizou-se de forma muito rápida.

Quanto a linha pedagógica adotada na sensibilização/capacitação dos profissionais de saúde nesse 3º momento do Programa de Educação em Saúde na Escola, existe perfeita identificação com a proposta original da Saúde na Escola de Tempo Integral que previa ações preventivas e de atendimento curativo e incorpora a noção de que os profissionais de saúde envolvidos devem ter idealmente:

atilada experiência clínica, a vivência de um pedagogo, a sabedoria de um filósofo e a visão de um sociólogo (...para poderem desenvolver plenamente...) processo médico-pedagógico destinado à melhoria física, psíquica e social da criança e do adolescente, proporcionando-lhes condições para se adaptarem e vencerem na vida (Ribeiro, 1986, p. 116).

O Dr. Paulo César Mattos (10/04/03) ressaltou, numa linha de raciocínio semelhante ao de Darcy Ribeiro, ser a experiência dos CIEPs propícia para reunir os profissionais das duas áreas na discussão do aprofundamento do trabalho de Saúde Escolar na perspectiva de suas áreas de convergência: o crescimento e desenvolvimento pleno do escolar; o sucesso escolar; e a preparação para a vida cidadã.

As primeiras capacitações, em 2000, destinaram-se a sensibilizar os supervisores das áreas médica e de enfermagem, já que os supervisores em odontologia não se colocaram disponíveis. Realizaram-se 5 encontros, totalizando 20 horas de trabalho naquele ano.

Em 2001, os médicos e auxiliares de enfermagem do 1º concurso, divididos em grupos passaram a participar das capacitações. Houve 40 encontros no decorrer do referido ano, totalizando 100 horas de capacitação.

Já em 2002, realizaram-se 26 encontros com os médicos do segundo concurso, de todo o Estado do Rio de Janeiro, divididos em áreas, perfazendo um total de 90 horas; 24 horas de capacitação em 12 encontros com os dentistas e 6 horas com os médicos antigos (concurso de 2000), perfazendo um total geral de 120 horas de capacitação pedagógica em saúde.

Em 2003, teve lugar 37 encontros totalizando 100 horas de capacitação. Essas capacitações destinaram-se aos enfermeiros, auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário do concurso de 2001, além da continuidade dada a capacitação que já vinha sendo desenvolvida com médicos, sendo feito aprofundamento conceitual a respeito do desenvolvimento da proposta das Escolas Promotoras de Saúde. Foram discutidas estratégias de sensibilização das escolas para que, de fato, incorporassem assim no seu Projeto Pedagógico o componente educativo da saúde, nas dimensões da promoção da saúde e da prevenção de agravos.

A partir de 2004, as capacitações pedagógicas dos temas básicos realizadas com os médicos foram consideradas concluídas. Aconteceram encontros para exploração de temas mais específicos, sendo explorado, no referido ano, o tema recorrente da gravidez precoce havendo, então, a abordagem sobre as questões referentes à prevenção secundária, responsabilidades, e as relações com o ambiente escolar e familiar.

### III. 4.3 - Capacitação em Educação em Saúde no interior dos CIEPs

A capacitação dos escolares dos/nos CIEPs pelos profissionais de saúde já capacitados e em atuação nas escolas e a realização de atividades de promoção da saúde e de prevenção de agravos passou a ser desenvolvida mais freqüentemente a partir de agosto de 2002, com o uso de materiais pedagógicos audiovisuais, acompanhados de textos de apoio, além de outros materiais. Originalmente a SEE e a SEDEC haviam planejado a

multiplicação desses conhecimentos/ habilidades utilizando-se os profissionais de saúde já capacitados para a capacitação dos profissionais da educação, especialmente os professores, no sentido de estimular uma mudança de atitude em relação aos alunos em alguns casos e em outros a aquisição de habilidades para o trato de diferentes temas com os alunos buscando uma ação interdisciplinar.

Entretanto, tem havido dificuldades para a execução desse planejamento em função de dificuldades de tempo e interesse dos professores e dificuldades de ajustes de horários de ambos os profissionais, o que tem resultado no trabalho dos profissionais de saúde mais diretamente com os escolares e em alguns casos com a comunidade.

Outra questão mencionada pelo Coordenador Médico, Dr. Liberal (21/08/03) foi quanto às limitações também existentes na formação do profissional da educação cuja visão valoriza mais o trabalho assistencial, em prejuízo das ações educativas por parte dos profissionais de saúde. Fez observações ainda sobre a falta de clareza em relação a importância do desenvolvimento de atividades de promoção e prevenção em saúde, priorizando no trabalho educativo os aspectos voltados para os conteúdos formais, sem estabelecer os ganchos importantes com o desenvolvimento da cidadania.

Os profissionais de saúde também realizaram alguns encontros para a discussão dos temas de interesse para a educação em saúde na escola com um pequeno grupo de animadores culturais em 2002/03.

Cabe destacar que a partir das capacitações pedagógicas dos profissionais de saúde e da disponibilidade de vídeos educativos em saúde como material pedagógico facilitador, o exercício do papel pedagógico destes profissionais e a sua integração com as escolas tem sido reconhecidos pelas direções das UEs e relatados como experiências positivas pelos Implementadores do Horário Integral, em relação a muitos CIEPs. Da mesma forma, tem-se verificado em apresentações nos Encontros Científicos realizados pelo Programa,

grande integração com animadores culturais de algumas escolas, resultando em trabalhos com alunos abordando temas relacionados com saúde e qualidade de vida.

Tanto a área de educação em saúde do Programa de Implementação do Horário Integral/SEE quanto a coordenação médica da SEDEC consideram que a capacitação pedagógica desenvolvida a partir de 2001 foi fundamental a fim de que os profissionais de saúde se sentissem mais seguros para dar início na escola as discussões dos temas educativos em saúde na escola.

Conforme a avaliação feita pela SEDEC (entrevista do Dr. Liberal, 21/08/03) junto às direções dos CIEPs em 2001, poucas ações educativas eram realizadas naquela fase inicial do Programa; os profissionais ficavam no Núcleo de Saúde dos CIEPs sem procurar uma maior integração com a escola e, no entanto, as diretoras dos CIEPs achavam que estava tudo muito bem, elogiavam na sua maioria os profissionais de saúde sem qualquer preocupação com as atividades educativas.

Em 2002 já foram observadas mudanças significativas conforme a percepção da educação em saúde da SEE e da coordenação médica da SEDEC o que se evidenciou em reuniões com diretoras dos CIEPs: (1) houve aumento significativo no número de palestras realizadas pelos profissionais de saúde; (2) uso de vídeos educativos em saúde na escola; e (3) mudança no discurso dos diretores e professores que passaram a valorizar as atividades educativas realizadas.

Os vídeos educativos utilizados nas escolas fazem parte do “Programa Saúde na Escola” do Ministério da Saúde produzidos em convênio com a Fundação Cesgranrio e doados em grande número (360 Kits de 26 vídeos cada) por essa Fundação em função de solicitação nossa pela sua importância na facilitação da abordagem de diversos temas de interesse na área da saúde escolar, tanto na capacitação dos profissionais de saúde quanto para o trabalho destes nas escolas.

Em 2003 e 2004, a expectativa da Coordenação do Programa na SEE e a da Coordenação Médica da SEDEC era a entrada das atividades educativas em saúde no planejamento geral das escolas como parte dos seus Projetos Políticos Pedagógicos. Sabe-se que esse é um processo lento. Avalia-se que em 2003 e 2004 esse resultado foi conseguido apenas por 30 % dos casos. Para a ampliação desse processo é indispensável a adesão dos professores em relação às ações educativas em saúde com a comunidade escolar.

A aproximação entre diretores de CIEPs e o Programa Saúde na Escola/Escolas Promotoras de Saúde tem sido realizado por intermédio de reuniões na SEE e nos municípios. Essas reuniões foram realizadas pela responsável pela área de Educação em Saúde da SEE/ Programa de Implementação do Horário Integral, com a participação da coordenação do Programa na SEDEC e os profissionais de educação dos CIEPs. No início do Programa havia a necessidade de fazer a apresentação e discutir esse novo momento da Saúde dos CIEPs e nos anos que se sucederam procurou-se favorecer as trocas de informações a respeito do desenvolvimento do mesmo e avaliar as necessidades de ajustes.

**Em síntese, o Programa Saúde na Escola em desenvolvimento nos CIEPs do Estado do Rio de Janeiro tendo por base o estabelecimento da parceria entre três Secretarias de Estado representa por um lado, a retomada da proposta original do Programa Especial de Educação, elaborada pelo Prof. Darcy Ribeiro e seus colaboradores para a escola de tempo integral e, por outro, o único programa de Saúde na Escola do Estado do Rio de Janeiro, já que as experiências anteriores favoreceram basicamente a Cidade do Rio de Janeiro.**

O Município do Rio de Janeiro possui uma história de Saúde Escolar que remonta o tempo em que o Rio de Janeiro abrigava a sede do Governo Federal e muitos investimentos foram feitos por esse motivo. Entretanto, a história do Estado do Rio de Janeiro só passou

a contar com uma experiência programática em Saúde na Escola com a proposta dos CIEPs, que como já mencionado sofreu interrupções determinadas por motivações político-partidárias e que deixou seqüelas na lembrança das pessoas: diretores, professores e comunidade externa. Nesse terceiro momento dos CIEPs, a retomada desse Programa em 2000 foi considerada pelo Governo do Estado como apresentando maior viabilidade com a participação das três Secretarias. O grande desafio está na busca de ações cujo desenvolvimento representem uma real parceria de interesses, de planejamento e de execução a partir de uma ampla discussão sobre as verdadeiras condições de realização, aliadas aos objetivos técnicos e políticos almejados.

## CAPÍTULO IV

### METODOLOGIA

O presente estudo tem caráter exploratório e a abordagem metodológica utilizada foi essencialmente qualitativa. Não se trata de um trabalho avaliativo, formulando juízo de valor sobre determinado objeto, mas sim, empregando procedimentos de constatação e análise crítica com vistas a atingir o objetivo do estudo qual seja: desvelar, registrar e analisar criticamente as características do Programa Saúde na Escola em desenvolvimento nos CIEPs do Estado do Rio de Janeiro localizados na sua Área Metropolitana, quanto às ações de atendimento clínico e de promoção da saúde e de prevenção de agravos à saúde dos escolares, no contexto das ações de Saúde Escolar, desenvolvidas até então nesse espaço urbano.

Todos os procedimentos utilizados, portanto, tiveram a finalidade de tecer um pano de fundo onde está se desenvolvendo o Programa Saúde na Escola nos CIEPs do Estado do Rio de Janeiro e ao mesmo tempo de organizar dados, registrar condições de desenvolvimento do Programa, identificar limites e potencialidades e refletir sobre as práticas adotadas com base numa visão crítica da Educação em Saúde na Escola.

As seções do presente capítulo tratam, essencialmente, da seleção de sujeitos, instrumentação, plano de coleta de dados e estratégias para análise dos resultados.

Foi realizada uma **antecipação metodológica** inserida em capítulos anteriores pela necessidade de contextualizar o presente estudo, acrescentando informações obtidas em entrevistas com atores – chaves e pela inclusão da experiência vivenciada pela própria autora. Essas informações e experiências fazem, portanto, parte dos resultados da pesquisa. Colocadas a serviço do entendimento dos resultados dessa investigação



permitiram conceituar, historiar, compreender e propor ações em relação ao Programa Saúde na Escola.

#### IV. 1 - Seleção de Sujeitos

Informações para a contextualização da Saúde Escolar no Rio de Janeiro foram obtidas através de entrevistas com gestores do Programa atual “Saúde na Escola” no âmbito do poder estadual, a partir da parceria entre a SEE/SEDEC/SES. Informações históricas acerca dos vários momentos da Saúde Escolar no Rio de Janeiro tiveram como base, entrevistas com profissionais ligados à Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. Foram entrevistados:

- Cel. Antônio José da Costa Pires, coordenador geral do Programa no seu início, em 2000, que deu seu depoimento do ponto de vista administrativo-institucional em seu gabinete na SEDEC, no dia 08/11/2002, em horário pré-agendado, sem o uso do gravador em função da opção do entrevistado (Anexo 1 – Roteiro) ;
- Cel Médico Edson Ferreira Liberal que pelo lado da SEDEC representa o seu mentor/organizador principal desde o início do Programa em 2000; a entrevista foi gravada, com a concordância do entrevistado e realizada nas dependências do setor de pediatria da UNIRIO, no dia 21/08/2003, conforme agendamento estabelecido com o entrevistado (Anexo 1 – Roteiro);
- Dr. Paulo César Mattos, da SMS que colaborou com a sua vivência para a construção da história da Saúde Escolar no Rio de Janeiro; a entrevista realizou-se na SMS/RJ, no dia 10/04/2004, com prévio agendamento e com o uso do gravador, de acordo com o combinado com o entrevistado (Anexo 1 – Roteiro);
- Dr. Carlos Santos Silva, responsável atual pelo programa “Saúde Escolar” da Secretaria Municipal de Saúde/RJ, foi entrevistado no seu ambiente de trabalho, no

dia 05/08/2004, quando relatou sua experiência na construção do modelo de Escolas Promotoras de Saúde no Município do Rio de Janeiro (Anexo 1 – Roteiro); Para a coleta de dados quanto ao desenvolvimento do Programa Saúde na Escola em curso nos CIEPs do Estado do Rio de Janeiro foram selecionados sujeitos do estudo, a saber:

- para cada uma das doze áreas metropolitanas foram entrevistados os supervisores médicos e de odontologia (Anexos 3 e 4 - Roteiro);
- de cada uma das áreas foi realizada entrevista telefônica com duas diretoras de CIEPs sorteadas aleatoriamente (Anexo 2 - Roteiro);
- foram, ainda, realizadas entrevistas presenciais (Anexo 2 - Roteiro) com diretoras de seis CIEPs – os três considerados “melhores” e os três “piores” segundo critérios dos supervisores médicos das áreas metropolitanas, de acordo com orientação do coordenador médico. Esses supervisores apontaram cada um, o seu “melhor” e o seu “pior” CIEP, (excluindo os CIEPs pólos), privilegiando os aspectos relacionados com o desenvolvimento de atividades de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde dos escolares. A listagem dos 12 “melhores” e dos 12 “piores” CIEPs deu lugar a um sorteio selecionando 3 “melhores” e 3 “piores”, ou seja 25% dos CIEPs apontados pelos supervisores foram entrevistados;
- nesses seis CIEPs foram também ouvidos em entrevistas, relatando experiências de trabalho, os profissionais de saúde que neles atuam, a saber: médicos, dentistas, auxiliares de enfermagem e auxiliares de consultório dentário – ACD (Anexos 3 e 4 - Roteiro),.

Observando-se a divisão utilizada pela SEDEC para o Programa, as chamadas áreas metropolitanas estão assim organizadas:

Área 1 - São João de Meriti e Nilópolis

Área 2 - Belford Roxo e Mesquita

Área 3 - Queimados, Itaguaí, Paracambi, Seropédica

Área 4 - Nova Iguaçu

Área 5 - Nova Iguaçu

Área 6 - São Gonçalo e Niterói

Área 7 - São Gonçalo e Marica

Área 8 - Itaboraí, Magé e Tanguá

Área 9 - Rio de Janeiro: Campo Grande e Santa Cruz

Área 10 - Rio de Janeiro: São Conrado e Jacarepaguá

Área 11 - Duque de Caxias/ Presidente Kenedy

Área 12 - Duque de Caxias/ Washington Luiz/ Prefeitura de Caxias e Magé

## IV. 2 - Instrumentação

As entrevistas realizadas no presente estudo podem ser divididas em dois grupos em função dos sujeitos e dos objetivos pelos quais foram realizadas:

- (1) conceituais e históricas – foram buscadas informações junto a atores – chaves anteriormente mencionados através de **entrevistas semi-estruturadas** (Pádua, 2000) ou de **abordagem guia** (Patton, 2002) em relação à Saúde Escolar no Rio de Janeiro, na experiência atual e pregressa, sobre a experiência das Escolas Promotoras de Saúde. Foram estabelecidas questões (Anexo 1 - Roteiro) que funcionaram como orientações básicas para serem abordadas pelo entrevistado, sendo dada a eles liberdade quanto ao ritmo e organização de seus depoimentos; as entrevistas foram apresentadas conforme a conversação ou situação da entrevista. Essas entrevistas na orientação de Patton (2002), se caracterizam pelo fato dos seus

tópicos serem especificados sob a forma de esquemas, permitindo ao entrevistador decidir a seqüência e a redação das questões no curso da entrevista. As questões são listadas para serem exploradas no curso da entrevista. Entre as vantagens desse tipo de entrevista o referido autor destaca que para cada respondente pode haver uma forma de coletar os dados; as entrevistas são desenvolvidas de acordo com a conversação ou situação; permitem, ainda interações sistematizadas e possibilitam que as perspectivas individuais se sobressaiam.

(2) levantamento de dados do Programa Saúde na Escola com a utilização **de entrevistas estruturadas, organizadas com questões abertas, em formulários padronizados** com os seguintes sujeitos:

(2.1) supervisores médicos e dentistas das 12 áreas metropolitanas (Anexos 3 e 4 – Roteiro com 8 e 14 questões, respectivamente);

(2.2) diretoras de 2 CIEPs sorteados para cada uma das 12 áreas metropolitanas; as entrevistas foram realizadas por telefone (Anexo 2 – Roteiro com 9 questões);

(2.3) diretores de 3 CIEPs considerados “melhores” e 3 considerados “piores” pela coordenação médica da SEDEC das áreas metropolitanas (Anexo 2 – Roteiro com 9 questões); as entrevistas foram presenciais;

(2.4) 6 médicos e 6 dentistas dos CIEPs acima mencionados (Anexos 3 e 4 – Roteiro com 8 e 14 questões, respectivamente); as entrevistas foram realizadas pessoalmente.

Todas as entrevistas foram realizadas conforme o planejamento inicial, não tendo havido perdas de sujeitos. O número total de entrevistas com abordagem guia, com caráter conceitual e histórico, foi em número de 4 e de entrevistas estruturadas, com questões abertas, realizadas pelo estudo, foi de 66, sendo 36 com profissionais da área da saúde e 30 da educação.

De acordo com Patton (2002), essas últimas entrevistas podem ser denominadas **padronizadas abertas**, possuindo como características básicas a existência das mesmas questões, na mesma ordem, escritas de forma aberta. Entre as vantagens do método estão o aumento da comparabilidade das respostas já que todos os entrevistados respondem sobre as mesmas questões; redução da intersubjetividade e facilitação da análise e organização dos dados.

#### IV. 3 - Coleta de Dados

As quatro entrevistas semi – estruturadas ou de abordagem guia de caráter conceitual e histórico foram realizadas no período de 08/11/02 a 5/8/2004, uma sem uso de gravador e as outras três com uso desse equipamento, com o consentimento dos entrevistados, em local previamente determinado, de comum acordo com os mesmos.

As entrevistas padronizadas abertas com supervisores da SEDEC e com as diretoras dos CIEPs foram realizadas nos meses de maio a dezembro de 2004. Os formulários das 66 entrevistas padronizadas abertas foram utilizados para anotações referentes às respostas que estavam sendo obtidas no momento da entrevista. Para estas entrevistas não foi feito uso de gravador.

As entrevistas por telefone com as diretoras se desenvolveram com muita facilidade, espontaneidade e interesse por parte das mesmas. As entrevistas que aconteceram presencialmente nos CIEPs, foram realizadas nos meses de novembro e dezembro de 2004, tanto com diretores das Unidades Escolares quanto com os profissionais de saúde em atuação nos CIEPs selecionados.

Todos os sujeitos da pesquisa mostraram elevado grau de interesse quanto à sua participação na pesquisa e demonstraram tranquilidade no momento em que prestaram informações.

Todas as entrevistas foram realizadas pela pesquisadora, quer pessoalmente, quer por telefone.

#### IV. 4 – Limitações

O presente estudo não se propõe a generalizar seus resultados pela própria natureza exploratória da pesquisa. O fato da pesquisadora ser participante do Programa, o que poderia comprometer os resultados, não acarretou problema para o estudo. Grande parte das informações sistematizadas já eram do seu conhecimento. Certamente, há envolvimento afetivo da autora pela referida participação. Entretanto, a subjetividade ali presente foi atenuada pela troca de percepções com outros integrantes do Programa, resultando, assim numa intersubjetividade, da qual emergiu o consenso. Nesse sentido foi possível preservar o conhecimento da história, as sutilezas e as particularidades do contexto que, para pessoas externas, não são geralmente desvendadas. Assim sendo a autora do presente trabalho também desempenhou o papel de atora nesse cenário.

Entre as limitações do método de entrevista do tipo abordagem guia (Patton, 2002) pode-se destacar a omissão de tópicos importantes e a redução da comparabilidade das respostas pelas grandes diferenças entre elas. Entretanto, no presente estudo, esse tipo de entrevista não visou o estabelecimento de comparações, visto que foi utilizada para construir a história da Saúde Escolar no Rio de Janeiro e a do Programa Saúde na Escola nos CIEPs, da qual a autora também participa.

Quanto às limitações que podem existir nas entrevistas padronizadas abertas (Patton, 2002) menciona-se que a redação das questões padronizadas pode constranger e limitar a espontaneidade e a relevância das questões e das respostas, não permitindo ao entrevistador acrescentar novas questões às anteriormente antecipadas. Não obstante, na presente pesquisa o fato de não serem acrescentados novos questionamentos não se fazia

realmente necessário, tendo em vista o conhecimento da autora quanto às características do Programa.

#### IV. 5 – Categorias de Análise:

Foram estabelecidas categorias de análise para as informações obtidas junto aos grupos de entrevistados, com o propósito de alcançar o objetivo do estudo e responder as questões pertinentes.

Concretamente, houve um processo de construção das categorias de análise que seguiu a seguinte ordenação: (1) elaboração dos roteiros de entrevista para os vários grupos de sujeitos; (2) realização das entrevistas; (3) com base nas informações coletadas e nas questões que deveriam ser respondidas neste estudo, emergiram as categorias de análise dos dados obtidos, à saber:

##### **1 – Atendimento clínico oferecido nos Núcleos de Saúde dos CIEPs**

- Acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, principais morbidades e rotinas observadas;
- Orientação para resolução de problemas de saúde;
- Contato com as famílias;
- Encaminhamentos / referência e contrareferência;
- Verificação da acuidade visual e auditiva.

##### **2 – Ações de promoção em saúde e de prevenção de agravos à saúde dos escolares e da comunidade escolar desenvolvidos nos CIEPs**

- Trabalho educativo de promoção e prevenção relacionados à riscos específicos na idade escolar;

- Trabalho educativo de promoção e prevenção relacionados à temas de interesse da comunidade externa/famílias;
- Trabalho educativo de promoção e prevenção de interesse e importância para a capacitação dos profissionais da escola;

### **3 - Dificuldades experimentadas pelo Programa**

- Disponibilidade/distribuição de carga horária do profissional de saúde para atuação no Programa;
- Inserção do Programa nas atividades da escola;
- Competência/habilidades do profissional de saúde para as atividades desenvolvidas pelo Programa;
- Competência/habilidades do profissional da educação para as atividades desenvolvidas pelo Programa;
- Recursos para supervisão, material de consumo, medicamentos e outros insumos.
- Participação da comunidade;

### **4 – Articulação entre profissionais de saúde e de educação**

- Integração entre escola e profissionais de saúde no planejamento e realização de atividades do Programa;
- Troca de experiências entre profissionais de saúde e de educação;
- Parceria na realização de ações educativas;
- Valorização das atividades educativas em saúde na grade curricular.



## **CAPÍTULO V**

### **RESULTADOS DA PESQUISA**

Os resultados da pesquisa foram organizados em correspondência a cada uma das questões de estudo, com base em análise crítica das informações/observações coletadas, tendo em vista as respectivas categorias de análise. As informações obtidas anteriormente na fase de contextualização da pesquisa foram levadas em consideração para efeito da análise dos resultados.

Os resultados obtidos estão aqui apresentados segundo as categorias de análise e seus componentes, em correspondência à cada uma das quatro Questões de Estudo.

#### **Questão 1 – Qual o tipo de atendimento clínico oferecido nos Núcleos de Saúde dos CIEPs?**

Até o final do ano de 2004 não foram implantadas rotinas na área médica para o atendimento dos escolares. Dessa maneira, não houve o acompanhamento sistemático do crescimento e desenvolvimento das crianças. A comparação de fases do crescimento e desenvolvimento de uma mesma criança só aconteceu quando houve o seu retorno espontâneo ao Núcleo de Saúde. Também não houve o estudo de avaliação comparativa para o conjunto de crianças de uma mesma escola e/ou atendidas pelo Programa como um todo. Segundo informações de profissionais da coordenação médica do Programa Saúde na Escola, há uma disposição de estabelecer a partir de 2005 tal procedimento de forma sistemática, com frequência anual. Entretanto, sabe-se que há carência de auxiliares de enfermagem nos Núcleos de Saúde, o que certamente dificultará a sua operacionalização.

Os médicos atendiam os escolares por livre demanda, até dezembro de 2004, na maioria dos casos. Segundo supervisores médicos, não há uma rotina pré – determinada,

havendo apenas a orientação para que seja dividido o tempo com atividades clínicas e de promoção/prevenção em saúde. São prestados atendimentos de emergência de baixa complexidade para quem procura atendimento, observando-se que a maioria das vezes não há resolução imediata dos casos, dependendo para tanto de encaminhamentos, sem garantia de que serão bem sucedidos. Há fornecimento de medicamentos, na medida da disponibilidade dos mesmos, tanto para os escolares quanto para a comunidade escolar como um todo, interna e externa, isto é, funcionários e familiares dos alunos. Em epidemias ou casos freqüentes de doenças como dengue, viroses, problemas de pele – escabiose, pediculose, impetigo – e outros, os médicos dão uma orientação geral à escola. Os profissionais de odontologia afirmam que a principal doença encontrada entre os escolares é a cárie dentária. São feitos: higienização da boca, instrução de higiene oral, retirada de tártaro, aplicação de flúor, curativos e restaurações, basicamente. Não existem condições seguras para práticas invasivas de endodontia – tratamento de canal – por falta de equipamentos adequados, como por exemplo, RX. Esses casos são encaminhados para outros locais. Embora não existam rotinas rígidas, todas as crianças são examinadas e atendidas por turma, sendo feito um plano de tratamento ou protocolo odontológico com base nas necessidades de atendimento, ou seja, nas prioridades. A dor é considerada uma prioridade absoluta sendo adotados procedimentos para a sua resolução. Todos os supervisores da área afirmaram ter sido feito o censo em 2004 para conhecimento sistemático das necessidades de atendimento, o qual servirá de orientação para o trabalho a partir de 2005, com o estabelecimento de rotinas de um modo geral.

Quanto aos dados de morbidades entre os escolares dos CIEPs, os médicos afirmaram não existirem dados consolidados. Entretanto, os supervisores citaram como mais comuns os casos de: cárie dentária, afecções de pele do tipo pediculose, escabiose e impetigo além das manifestações alérgicas, verminoses e doenças do trato respiratório

superior. Os diretores das escolas mencionaram a ocorrência dos mesmos problemas e acrescentaram a existência de alguns casos de conjuntivite, epilepsia, distúrbios emocionais ou do comportamento, tuberculose e hanseníase.

A grande maioria dos profissionais de saúde informou que dá regularmente orientações para prevenção ou resolução de problemas de saúde, tanto aos alunos quanto às famílias, quer nos atendimentos quer em reuniões com a comunidade e, ainda, nas atividades pedagógicas em saúde que realizam com as turmas. Contudo, há quase unanimidade nos relatos dos profissionais de saúde e educação quanto à grande dificuldade de estabelecer contato freqüente e satisfatório com a comunidade. A grande maioria das famílias só compare quando se trata de situação grave ou de emergência. Dessa forma, é inviável a orientação das famílias para evitar e resolver a grande parte das situações observadas, inclusive quando há necessidade de encaminhamento para atendimento em outro local.

Uma médica entrevistada no CIEP declarou não conseguir desenvolver o seu trabalho de forma adequada pela distância existente em relação à comunidade. Especialmente nos casos das crianças menores, segundo a referida médica, sem a presença da família torna-se inviável dar orientações a serem seguidas em casa. Esse afastamento constituiria uma grande dificuldade para a realização de uma avaliação segura dos casos pelo desconhecimento do histórico da saúde das crianças pequenas. Também a área odontológica ressenete-se da ausência dos familiares quando há necessidade de encaminhamentos e tratamentos de médio prazo. Os profissionais consideram importante contar com a compreensão da família quanto aos encaminhamentos para a saúde e auto-estima dos escolares. Essa interação é fundamental para que os tratamentos que as famílias podem assumir sejam, de fato, levados a termo. Nesse sentido, a orientação dos profissionais dentista e médico torna-se indispensável.

Outra dificuldade para o desenvolvimento do contato entre as famílias e os profissionais de saúde é a necessidade da coincidência de horários entre o comparecimento dos familiares à escola e os horários em que os profissionais de saúde estão nos CIEPs.

Cabe lembrar que o modelo proposto nas primeiras reuniões de planejamento do Programa em junho/julho de 2000, como foi relatado anteriormente, preocupava-se exatamente com a necessidade de uma maior penetração do Programa na comunidade. Naquela ocasião, conforme relato anterior, o Dr. Hésio Cordeiro, então consultor da Secretaria de Educação, defendeu a idéia de se fazer uma adaptação do Programa de Saúde da Família para a realidade do Programa Saúde na Escola, tendo em vista as especificidades dos profissionais concursados que entre outras questões não têm dedicação de 40 horas. Esse modelo permitiria um relacionamento mais próximo com as pessoas da comunidade, a partir de visitas domiciliares às famílias cujos filhos são alunos da escola.

Entretanto, em função de problemas políticos da Secretaria de Estado de Saúde que desenvolvia esse modelo de atuação em diversos municípios com o apoio financeiro do Ministério da Saúde e de questões gerenciais da Secretaria de Estado de Defesa Civil quanto à carga horária e formação dos concursados, essa proposta não foi levada a diante. A direção das escolas também se queixou da dificuldade nos contatos com as famílias embora sejam promovidas reuniões com a comunidade, que não conseguem uma participação expressiva. Existem pais ou responsáveis que mantêm contato mais estreito com a escola, mas essa não é a situação predominante.

Todos os profissionais de saúde e de educação entrevistados foram unânimes em apontar a questão dos encaminhamentos/referência e contrareferência como uma dificuldade para a promoção de efetiva assistência à saúde dos escolares. Segundo a vivência dos participantes da pesquisa, os casos que necessitam de encaminhamento

encontram dificuldade para serem solucionados pois não existem convênios entre o Programa e os Municípios. A criança é obrigada a enfrentar a fila comum para o atendimento nos serviços de saúde. Não é conferida, portanto, prioridade à criança que já recebeu na escola uma orientação do profissional de saúde quanto ao atendimento necessário. Além disso, para grande número de casos não existem os equipamentos e/ou recursos necessários para os atendimentos na mesma localidade, o que complica o acesso da criança e de seu responsável. É muito freqüente, no atendimento odontológico, a interrupção do tratamento pois os casos que necessitam de RX e tratamento endodôntico ficam sem solução. As maiores dificuldades são: as grandes distâncias da comunidade onde moram os escolares e o serviço especializado, e a falta de tempo dos responsáveis e/ou recursos para o deslocamento. Muitos casos são encaminhados pelo profissional de saúde utilizando seus contatos pessoais, como por exemplo referências para Hospitais Universitários ou grandes serviços nos quais trabalham colegas seus. Existem situações em que a direção da escola já conquistou alguma facilidade para o atendimento dos alunos pela proximidade do serviço de saúde em relação à escola e pela freqüência com que os alunos são levados em situações de necessidade.

A verificação da acuidade visual e auditiva não são praticados com regularidade. Os testes de acuidade visual e auditiva são realizados com material e metodologia adotada pelo Ministério da Educação em observação às normas estabelecidas pelas Sociedades de Oftalmologia e de Otorrinolaringologia. Entretanto, esses testes representam grandes triagens, em seguida as quais caberia, para aqueles diagnosticados com alguma dificuldade específica, fornecimento de óculos, aparelhos auditivos ou adoção de procedimentos mais complexos. É verdade que a percentagem de alunos com problemas de maior complexidade é reduzida, mas na maioria dos casos sequer há como fornecer óculos quando indicado, embora muitas famílias não tenham como adquiri-los.

As deficiências auditivas são menos frequentes que as visuais. O material para o teste de acuidade auditiva, é constituído por uma fita sonora de pouca durabilidade. O teste é de difícil aplicação porque exige um ambiente silencioso, uma cabine própria, o que as escolas em geral e os CIEPs não costumam possuir.

**Questão 2 – Quais as ações de promoção em saúde e de prevenção de agravos à saúde dos escolares e da comunidade escolar desenvolvidas nos CIEPs?**

O trabalho educativo em saúde – promoção e prevenção – realizado pela área odontológica – dentista e auxiliar de consultório dentário – acontece com facilidade embora de forma restrita à saúde bucal. Esse trabalho se dá nos momentos de atendimento individualizado quando é feita instrução de higiene oral, destartarização e aplicação de flúor, e em atividades coletivas, por turma, de higiene com o uso da escova. Na maior parte dos casos há participação de professores nas atividades e muitos dão continuidade ao trabalho educativo, segundo os profissionais de saúde e de educação entrevistados, criando rotinas de escovação após às refeições, conforme orientação dos dentistas. Alguns dentistas também usam vídeos educativos, principalmente para os alunos menores, e realizam atividades de confecção de materiais com os alunos do tipo cartazes, além de realizarem demonstração em modelos.

Os médicos são os que mais utilizam os vídeos educativos em saúde doados pela Fundação Cesgranrio para o Programa, conforme relatado anteriormente (vídeos produzidos pelo Programa Saúde na Escola – Convênio Ministério da Saúde/ Fundação Cesgranrio). Após a utilização dos vídeos são realizadas palestras ou discussões sobre os temas. A disponibilidade dos vídeos educativos em saúde do MS/Cesgranrio iniciou os médicos na discussão de temas relacionados aos riscos de agravos na idade escolar, em linguagem adequada para essa faixa etária. Após capacitação que procurou desenvolver

sensibilidade às vulnerabilidades desse grupo da população, em especial em comunidades carentes, esse material passou a ser utilizado. Em alguns casos também são produzidos e utilizados outros materiais pelos alunos como cartazes, ou são realizados pequenos projetos na escola como naquela em que o médico desenvolveu um trabalho de incentivo à coleta seletiva e de cuidado com o manejo do lixo.

A escola valoriza esse trabalho e alguns diretores registraram seu pesar pela menor realização dessas atividades em 2004. Segundo diretores entrevistados, trata-se de trabalho muito importante para os alunos, que não deveria sofrer descontinuidade. Os temas solicitados pelos escolares incluem principalmente questões da sexualidade (gravidez precoce, anticoncepção, DST/AIDS). A questão da sexualidade (gravidez precoce, anticoncepção, DST/AIDS) é o tema mais freqüentemente solicitado. O combate ao uso de drogas realiza-se na dependência das características da área onde está situada a escola, já que muitas estão em áreas de risco, expostas ao tráfico de drogas, o que dificulta o trabalho preventivo por questões de segurança da comunidade escolar. Além dos temas mencionados, os profissionais trabalham questões ligadas ao meio ambiente, às várias formas de violência, à nutrição, à prevenção de acidentes na infância, entre outros. De um modo geral, os profissionais de saúde têm interesse no desenvolvimento dessas atividades, embora existam diferentes graus de envolvimento entre eles. As atividades educativas investem no aumento da auto-estima dos escolares, no desenvolvimento do autocuidado e da capacidade de autopreservação dos alunos.

Houve referências a temas solicitados pela comunidade externa para serem abordados em reuniões em que os profissionais de saúde tenham participação. Em geral, referem-se a problemas prevalentes entre os alunos como presença de piolho, sarna, dengue e viroses, por exemplo. Em alguns casos esporádicos, segundo o relato dos entrevistados, foram solicitadas palestras sobre temas como: saúde da mulher,

puericultura, aleitamento materno. Entretanto, a presença da comunidade na escola é pequena.

Quanto a participação dos profissionais da escola, é importante ressaltar que eles não se sentem em condições para desenvolverem sozinhos um trabalho pedagógico em saúde. Não obstante, o encontro dos profissionais de saúde com os profissionais das escolas não prioriza capacitações ou trocas de experiências. As escolas e os professores não costumam solicitar discussões sobre temas de educação em saúde para orientação do trabalho docente. Os professores muitas vezes liberam os alunos para que participem de atividades educativas com os profissionais de saúde, mas, via de regra, não acompanham os alunos nessas atividades.

No planejamento original da SEE e da SEDEC para o desenvolvimento do Programa, a idéia das capacitações/discussões na escola sobre questões de saúde era a de que os profissionais de saúde depois de sensibilizados para o trabalho pedagógico, interagissem com os professores que seriam os verdadeiros multiplicadores junto aos alunos. As atividades relacionadas a temas de saúde deveriam fluir na escola de maneira que fosse desenvolvido um trabalho interdisciplinar, transversal, com o objetivo de mobilizar a escola para a adoção de estratégias próprias das Escolas Promotoras de Saúde. Sabe-se, no entanto, que essa não é uma tarefa fácil por várias razões estruturais e de formação dos profissionais envolvidos.

Por exemplo, na experiência da Secretaria Municipal de Saúde, conforme entrevista do Dr. Carlos Silva, embora esteja avançando para a construção de Escolas Promotoras de Saúde na rede municipal, muitas dificuldades têm sido encontradas para o envolvimento das escolas nessa direção. Escolas que tinham participado de projetos de Escolas Promotoras de Saúde, deixaram de dar continuidade às ações depois da saída dos



profissionais de saúde da escola. Outras, que não participaram de tais projetos, já tinham o perfil de Escolas Promotoras.

Segundo o planejamento dos profissionais de saúde da Secretaria de Defesa Civil para 2005, trazido em reuniões com grupos de diretores dos CIEPs, naquelas escolas que reservarem 4 horas por bimestre para encontros dos professores com os profissionais de saúde serão realizadas discussões de temas de interesse daquela unidade de ensino para desenvolverem atividades com os alunos durante esse período de aulas. Também a Secretaria de Educação, por intermédio de sua Coordenação de Prevenção e Promoção em Saúde, deverá investir no projeto piloto “Desenvolvendo Escolas Promotoras de Saúde” com a finalidade de envolver escolas em ações de promoção e prevenção, a partir do aprofundamento de temas de saúde escolar, com realização de atividades interdisciplinares.

### **Questão 3 – Quais as principais dificuldades apresentadas pelo Programa?**

No que se refere à disponibilidade/distribuição da carga horária dos profissionais de saúde para atuação no Programa verificou-se que o profissional dentista está mais presente nos CIEPs do que o profissional médico, quanto ao número de horas pois atua em um único CIEP e não é requisitado para atuar em outras atividades fora do Programa. Habitualmente, o dentista e o auxiliar de consultório dentário estão dois dias por semana nos CIEPs, permanecendo oito horas por dia. Inicialmente foram formadas duplas de médicos – um pediatra e um clínico geral - que permaneciam, cada um deles, um dia em cada CIEP, durante oito horas. Todavia, com as baixas ocorridas, os desvios de profissionais de forma permanente para outras funções fora do Programa e a exigência das escalas para participação em outras ações a cargo da Defesa Civil, a dedicação dos médicos aos CIEPs ficou muito prejudicada. Alguns médicos ficaram com a responsabilidade de trabalhar em três CIEPs, realizando ainda outras ações como plantão

em ambulância, no GSE – Grupamento de Socorro de Emergência. Vários desses casos foram resolvidos com a saída do profissional de um dos CIEPs. Os médicos mais requisitados para essas atividades eram os clínicos gerais, mas, a partir de 2004, os pediatras também passaram a ser solicitados para plantões nas ambulâncias que passaram a oferecer atendimento à população como UTIs Neonatais. Além dos plantões em ambulâncias, os médicos do Programa Saúde na Escola atuaram em seis diferentes programas sociais do Estado no ano de 2004. A maioria dos diretores dos CIEPs faz a observação de que a equipe médica dispõe de carga horária muito pequena para o trabalho no CIEP. Conforme a entrevista com um supervisor médico, há necessidade da presença mais constante dos médicos nos CIEPs; se estivessem mais presentes, a disposição, o interesse da comunidade aumentaria.

Há, também, dificuldade para a integração entre profissionais da área médica e da área odontológica, por várias razões, como o tipo de orientação dada desde o início do Programa quanto às suas prioridades e a disponibilidade de horários e interesse para as capacitações pedagógicas. Há um problema de não coincidência dos dias entre as equipes médica e odontológica nos CIEPs, já que a orientação inicial foi para que realmente estivessem em dias distintos, visando maior cobertura do Programa.

Embora os profissionais de saúde já não estejam isolados nos Núcleos de Saúde, na maioria dos casos, o Programa não está inserido no planejamento curricular da escola, conforme pensamento original de Darcy Ribeiro, quando planejou a Escola de Tempo Integral no modelo CIEP e a participação do componente saúde na sua programação. É uma demanda de grande parte dos profissionais de saúde a inclusão das atividades educativas em saúde na grade curricular, assegurando assim momentos para a sua realização, ao invés de terem de “ficar roubando” pequenos tempos para essa finalidade.

De uma maneira geral, a formação universitária na área de saúde no Brasil está voltada para as atividades assistenciais, de caráter curativo ou de reabilitação e quase não é feito investimento na formação de profissionais voltados para ações de promoção e prevenção de agravos à saúde. Conforme declaração de um supervisor médico, os médicos não têm preparo para o trabalho educativo, falta engajamento e existem outras motivações de maior interesse para esses profissionais. Embora existam iniciativas de formação de profissionais mais bem preparados para o entendimento da concepção ampliada de saúde como a resultante de fatores sociais, econômicos, culturais, e que dizem respeito a qualidade de vida, a grande maioria dos profissionais ainda recebe orientação restrita ao estudo das patologias. Um diretor de CIEP mencionou problemas com o primeiro médico enviado pelo Programa porque ele era especialista em CTI e quando uma criança teve problemas com um corpo estranho no ouvido ele não resolveu. Não existe, assim, preparação específica para as atividades de saúde escolar ou de educação em saúde na escola.

Dentre os profissionais de saúde do Programa, os mais voltados para as questões coletivas, ou educativas em saúde são os enfermeiros. Entretanto, existem poucos enfermeiros no Programa e estes estão lotados nos Pólos. A supervisão dos auxiliares de enfermagem inicialmente era realizada pelos enfermeiros mas atualmente é realizada pelos médicos.

Uma demanda dos diretores refere-se à disponibilidade de psicólogos atuando em maior número de CIEPs, e não apenas nos 8 CIEPs Pólos existentes na área metropolitana, que tem que atender a outros 199 CIEPs. Também os assistentes sociais, nutricionistas e fonoaudiólogos só existem em alguns Pólos. Os profissionais que deveriam integrar equipes interdisciplinares não estão presentes em todos os Pólos já que, após o concurso, vários se afastaram por baixa ou por desvio para outras funções.

A sensibilização dos profissionais atuantes no Programa Saúde na Escola para atividades pedagógicas teve incremento nas capacitações voltadas para o trabalho de educação em saúde, que enfocou questões do ambiente escolar. A vivência desses profissionais nos CIEPs tem permitido melhor compreensão das características e das necessidades básicas da população escolar. Mas, sem dúvida, os ajustes necessários para o desenvolvimento de um programa de saúde na escola ainda dependem em boa parte das características individuais desses profissionais, suas experiências de vida, seu grau de envolvimento no Programa e a sua visão de mundo.

Quanto aos profissionais de educação, de um modo geral, não possuem embasamento na sua formação para o trabalho de educação em saúde na escola, ou seja, não se sentem seguros para tratar de temas dessa área com os alunos, orientar projetos ou atividades educativas em saúde. Observa-se, entretanto, que o reconhecimento de problemas relacionados com a aprendizagem e que possuem algum tipo de influência física como por exemplo deficiência visual e auditiva não corrigidas, são identificadas em geral pelos professores mais experientes e/ou atentos.

A supervisão dos profissionais de saúde que era realizada de forma regular no início do Programa Saúde na Escola passou a sofrer restrições em função da ausência de viaturas. Com a supressão dessa atividade, os diretores dos CIEPs passaram a considerar que os supervisores continuavam indo à escola mas não procuravam a direção da escola. Outra consequência observada foi a reclamação quanto aos horários cumpridos pelos profissionais de saúde considerados muito reduzidos, sem que fosse possível discutir com a supervisão sobre qual estava sendo a causa desse fato.

Da mesma forma, o material de consumo e os medicamentos, esses últimos sob a responsabilidade da SES, não têm distribuição nem previsão orçamentária específica. Conforme declaração de profissionais de saúde e de diretores de CIEPs, há falta de

material de consumo e de medicamentos. Algumas vezes os próprios profissionais levam esses recursos para a escola; outras vezes, a escola ajuda na compra do material necessário. Há problemas, também, com a manutenção dos equipamentos, a cargo da Secretaria de Defesa Civil, incluindo equipamento odontológico. Houve casos em que a Secretaria de Educação contribuiu com a compra de materiais como estufas. Também enviou em 2004 pasta de dente e escova dental em quantidade suficiente para as crianças da 1ª série.

A participação da comunidade na vida da escola é pequena. Assim, a participação da comunidade em relação ao Programa Saúde na Escola também é limitada. Algumas famílias levam os irmãos de alunos que não estudam na escola para a realização de consultas. Geralmente são crianças pequenas e as consultas são de puericultura. Poucos alunos das escolas vão ao Núcleo de Saúde acompanhados de responsáveis; a maioria vai desacompanhada. Quando há alguma gravidade no estado de saúde dos alunos, inclusive nos casos de acidentes, os responsáveis são chamados a comparecer à escola. Em casos de emergência, as famílias geralmente comparecem, embora tenha ocorrido relatos de necessidade de acionar o Conselho Tutelar para que as famílias, de fato, levassem as suas crianças para serviços de saúde fora da escola, nos casos de necessidade.

#### **Questão 4 – Como se dá a articulação entre profissionais de saúde e de educação?**

Conforme as entrevistas realizadas com os supervisores, a situação é muito variada. Em geral, as atividades relacionadas com a promoção e a prevenção em saúde são planejadas de forma irregular. As atividades de prevenção em saúde oral são mais planejadas; em muitas escolas há escovação dentária realizada pelas crianças após as refeições, com a orientação do dentista e/ou do ACD e com o acompanhamento dos professores. Já nas atividades de promoção e prevenção realizadas pela equipe médica e

auxiliares de enfermagem acontecem, via de regra, quando há disponibilidade de horários das turmas.

Em geral, os profissionais de saúde e de educação mantêm bom relacionamento, embora o supervisor médico de uma das áreas tenha se referido a não integração entre os profissionais de saúde e a escola. Em visita feita a um CIEP, verificou-se que o Núcleo de Saúde mantinha a porta fechada porque os alunos jogavam bola no pátio e a mesma entrava naquelas dependências. Os profissionais de saúde achavam que essa era uma boa solução já que os alunos não atendiam as suas solicitações para que não jogassem bola naquele local.

São poucas as situações de trocas de experiências entre os profissionais de saúde e de educação. Essas situações acontecem quando o professor participa das atividades educativas junto com as turmas ou quando o professor solicita ajuda ao profissional de saúde para desenvolver alguma atividade, o que não ocorre com grande frequência. Eventualmente, os profissionais de saúde participam das reuniões da escola, tanto nas de planejamento quanto nas de avaliação – Conselhos de Classe, quando coincide com os seus dias nos CIEPs. Não há uma avaliação do tipo e grau de participação desses profissionais nessas reuniões.

## **CAPÍTULO VI**

### **CONCLUSÕES, RECOMENDAÇÕES E**

### **REFLEXÕES FINAIS**

#### Conclusões

Tendo em vista o objetivo do estudo de “desvelar, registrar e analisar criticamente as características do Programa Saúde na Escola em desenvolvimento nos CIEPs do Estado do Rio de Janeiro localizados na sua Área Metropolitana quanto às ações de atendimento clínico e de promoção da saúde e prevenção de agravos à saúde dos escolares, no contexto das ações de Saúde Escolar desenvolvidas até então nesse espaço urbano” de agosto de 2000 a dezembro de 2004, os resultados obtidos, considerando que o referido Programa implantado no processo de revitalização dos CIEPs, seu terceiro momento de existência, têm apenas quatro anos de desenvolvimento, chegou-se as conclusões abaixo:

- O Programa Saúde na Escola conta com grande quantitativo de profissionais de saúde em atuação nos CIEPs se comparado a outras iniciativas de Saúde Escolar, como por exemplo àquelas em desenvolvimento no Município do Rio de Janeiro;
- Existem condições potenciais para o aperfeiçoamento do Programa considerando a formação acadêmica de seus coordenadores/ assessores e os interesses da Secretaria de Estado de Defesa Civil onde estão lotados os profissionais de saúde do Programa, tendo em vista outros programas para a comunidade por ela realizados com sucesso;
- Foram feitos no período referido muitos atendimentos clínicos aos escolares, embora não estejam implantadas rotinas para exame clínico, acompanhamento do crescimento e desenvolvimento, ou sistematização de dados sobre morbidades observadas entre os

alunos. A área odontológica possui um protocolo próprio com eleição de prioridades que é aplicado no Programa Saúde na Escola. Segundo seus supervisores, em algum momento todas as turmas tiveram atendimento, sendo priorizados os casos que apresentaram algum tipo de queixa;

- Duas questões podem ser estabelecidas como consequência da ausência de rotinas clínicas: (1) não há garantia de atendimento clínico ou acompanhamento do desenvolvimento de todos os alunos, sendo insuficiente o tempo dos profissionais de saúde para o trabalho; (2) como essas ações não acontecem de forma sistemática, não há oportunidade de sistematizar ações de cunho higienista, além de não existir preocupação ideológica que justificasse essa prática;
- A maioria dos atendimentos acontece a partir da procura espontânea dos alunos;
- Os atendimentos realizados pelo Programa, conforme sua proposta original, são de nível primário de complexidade, e ocorrem no Núcleo de Saúde localizados nos CIEPs, que não possuem infra-estrutura para outro tipo de atendimento, pois não é essa a missão básica da escola;
- Não existe articulação formalmente estabelecida com as unidades do SUS para dar continuidade à assistência à saúde nos casos de maior complexidade; há casos isolados em que a escola possui articulação direta com o serviço de saúde local;
- Embora haja recomendação da área de oftalmologia e de otorrinolaringologia para a verificação da acuidade visual e auditiva entre escolares das primeiras séries – alfabetização ou 1ª série do ensino fundamental – não há regularidade anual quanto à realização desses exames;
- O atendimento clínico, assim como todo o trabalho pedagógico/assistencial do Programa Saúde na Escola fica comprometido pela distância entre escola/ profissionais de saúde e às comunidades externas responsáveis pelos escolares. O Programa poderia



apresentar melhor desenvolvimento nesse sentido a partir de adaptação do Programa Saúde da Família, com sua inserção mais efetiva na comunidade;

- A área odontológica concentra as ações de promoção da saúde e de prevenção de agravos na chamada “instrução de higiene oral”, na prática da escovação dos dentes após as refeições, e na aplicação de flúor nos escolares. As ações de promoção e prevenção visam prioritariamente a diminuição da cárie dentária e afecções gengivais; não são realizadas ações para a saúde oral como um todo ou ações com vistas à saúde do indivíduo globalmente por essa área;
- A coordenação médica da SEDEC e a coordenação de educação em saúde do Programa de Implementação do Horário Integral da SEE dão grande importância ao trabalho educativo em saúde a ser desenvolvido pelos profissionais de saúde nos CIEPs; a influência de ambas tem sido importante na realização dessas ações, durante esse período (2000-04), bem como as capacitações pedagógicas desenvolvidas por aquela última coordenação;
- A área médica realiza ações de promoção e prevenção em relação a vários temas da saúde na idade escolar, tais como: sexualidade, gravidez precoce, DST/AIDS; acidentes na infância; trânsito; drogas; meio ambiente, lixo e água;
- As estratégias adotadas pela área médica para o trabalho de promoção e prevenção em saúde dos escolares são centradas, basicamente, em palestras após o uso de recursos audiovisuais. De um modo geral, o levantamento realizado apontou para a ausência de interações com a comunidade interna e externa à escola de forma a possibilitar o desenvolvimento de metodologia participativa. Isso se explica pela pequena participação da comunidade, e da limitação da carga horária dos profissionais de saúde, especialmente a dos médicos, sujeita a variações por envolvimento com outros projetos sociais do Estado;

- Não foi considerada de forma adequada a importância da abordagem participativa para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção no planejamento do Programa. Verificou-se, especialmente pelas características do Programa Saúde na Escola, em que os profissionais de saúde não são da comunidade, ser essencial o desenvolvimento dessa metodologia, a fim de que o seu resultado esteja voltado para a melhoria das condições de saúde e de vida de forma mais concreta;
- Não existem indícios de uma linha higienista de normatização da vida cotidiana nas atividades educativas desenvolvidas pelo Programa, embora não tenha sido registrada uma metodologia participativa nessas atividades, o que pode ser considerado como resultado do despreparo acadêmico para essas ações; também não existe um trabalho interdisciplinar em saúde na escola que favoreça uma abordagem multifatorial dos temas de interesse para a educação em saúde na escola;
- A escola valoriza o trabalho educativo em saúde realizado pelos profissionais de saúde;
- Há uma maior circulação de informações em saúde nas escolas do que havia antes da presença dos profissionais em saúde;
- Não há, entretanto, um efetivo planejamento pedagógico por parte dos profissionais de saúde e de educação para o desenvolvimento de um trabalho educativo em saúde na escola; grande parte dessa dificuldade relaciona-se à falta de habilidade para o trabalho interdisciplinar;
- É esporádica a capacitação dos profissionais de educação quanto a temas de interesse para a saúde escolar por falta de uma programação geral para isso, em muitos casos há pouco interesse prático por parte dos professores, além da exigüidade dos horários dos profissionais de saúde;
- Há falta de articulação conseqüente entre os temas educativos em saúde tratados pelos profissionais de saúde com os alunos e as práticas da escolas;

- O desenvolvimento de ações que caracterizam um projeto de Escolas Promotoras de Saúde depende da filosofia do trabalho pedagógico da escola como um todo, da continuidade do trabalho dos profissionais de saúde presentes na escola e do estreitamento das relações desses profissionais com a comunidade interna e externa à escola. Da mesma forma que acontece na experiência da Secretaria Municipal de Saúde, estas condições ideais são de difícil concretização no desenvolvimento do Programa Saúde na Escola;
- As principais dificuldades experimentadas no Programa Saúde na Escola até dezembro de 2004 foram:
  - Insuficiência de profissionais de saúde para os Núcleos de Saúde dos CIEPs, especialmente médicos; grande parte dessa insuficiência deve-se a escala desses profissionais para outros programas do Estado sob a responsabilidade da Secretaria de Defesa Civil;
  - Ausência de desenvolvimento programático de ações de forma permanente para a implementação da proposta das Escolas Promotoras de Saúde;
  - Inexistência de estratégias para o desenvolvimento de ações educativas em saúde com as famílias/ comunidade externa à escola;
  - Dificuldade quanto à integração programática entre os profissionais da área médica e odontológica por escola, com vistas a unidade de ação do Programa;
  - Inexistência de inserção do Programa nas atividades curriculares e/ou extracurriculares da escola no sentido da construção de uma programação/ linguagem interdisciplinar saúde/ educação;
  - Dificuldades quanto a formação acadêmica dos profissionais de saúde que geralmente não dá grande ênfase ao desenvolvimento de ações educativas de

promoção e prevenção; geralmente sua formação está centrada nas ações clínico-assistenciais;

- Há falta de profissionais como psicólogos, assistentes sociais, fonoaudiólogos e outros integrantes de equipe multiprofissional para atendimento às necessidades percebidas pelos profissionais da educação dos CIEPs; essas equipes atuam apenas nos CIEPs Pólos, os quais são constituídos por um número muito limitado – 8 CIEPs Pólos para 207 CIEPs com Núcleo de Saúde ativados nas “Áreas Metropolitanas” e 4 CIEPs Pólos para as Áreas do Interior onde estão ativados 90 Núcleos de Saúde – sem possibilidade de atendimento à demanda existente;
- Ausência de competência/ habilidades desenvolvidas na formação dos profissionais da educação para atuação em programas de educação em saúde ou saúde escolar;
- Houve perda significativa, de 2000 a 2004, de recursos para supervisão das equipes nos CIEPs – carros/ viaturas – e de capacidade para reposição de material de consumo e manutenção de equipamentos;
- É tímida a participação da Secretaria de Estado de Saúde no Programa, limitando-se ao fornecimento de medicamentos quando disponíveis.

## Recomendações

Considerando-se o estudo realizado e as conclusões elencadas no item anterior, recomenda-se o que se segue para o aprimoramento do Programa Saúde na Escola em desenvolvimento nos CIEPs:

- Manutenção da cobertura de profissionais de saúde nos CIEPs, sendo evitado o seu desvio para outras atividades, promovendo a integração de suas ações com o trabalho desenvolvido na escola;
- Investimento na articulação do Programa Saúde na Escola com a comunidade externa à escola de forma a ampliar o seu conhecimento quanto à realidade concreta da vida das pessoas, ampliando a participação do Programa na discussão de seus problemas de saúde e de vida, com o objetivo de atingir melhores condições para a sua sobrevivência;
- Desenvolvimento do trabalho interdisciplinar em saúde para ampliação dos conhecimentos da comunidade interna da escola, relacionados com a saúde dos escolares vista de forma integral, a fim de propiciar o crescimento do papel pedagógico da instituição escola, com vistas a obtenção de uma maior consciência cidadã por parte dos escolares e de seus familiares;
- Estabelecimento de rotinas clínicas que incluam a realização do acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos escolares, monitoramento do calendário vacinal e realização de triagem para a acuidade visual e auditiva;
- Realização sistemática do trabalho de supervisão das equipes de saúde, contribuindo para sua maior inserção na dinâmica da escola;
- Manutenção dos equipamentos e fornecimento de material de consumo necessários ao desenvolvimento das atividades de atendimento em saúde em nível primário;

- Realização de atividades educativas em saúde com caráter de promoção da saúde e prevenção de agravos de forma participativa e interdisciplinar com escolares, seus familiares e profissionais da educação de maneira a atender às necessidades dessas pessoas e contribuir para o estudo das causas e das soluções dos problemas existentes;
- Aumento significativo do número de Pólos para o trabalho de equipes interdisciplinares de saúde escolar a fim de atender às necessidades de apoio às Unidades Escolares, especialmente no que tange a atuação de psicólogos, assistentes sociais e fonoaudiólogos, entre outros;
- Investimento na obtenção de parceria com as unidades do SUS para atendimento aos casos que necessitam de encaminhamentos, desenvolvendo o sistema de referência e contrarreferência com os profissionais de saúde em atuação nos CIEPs;
- Realização de novas pesquisas a partir de questões levantados no presente estudo tendo em vista o seu caráter de referência e, como consequência, gerador de múltiplas possibilidades investigativas, objetivando contribuir para o aprimoramento do Programa;
- Realização de pesquisas avaliativas: (1) dos conceitos de educação em saúde, promoção da saúde, prevenção de agravos à saúde no âmbito de Programas de Saúde Escolar, existentes na percepção dos participantes desses Programas; (2) da importância da abordagem interdisciplinar para o desenvolvimento dessas iniciativas; (3) e da significação da metodologia participativa para a sua realização, como contribuição ao planejamento na área da Saúde Escolar.

## Reflexões Finais

A realização do presente estudo permitiu à autora uma reavaliação conceitual do Programa Saúde na Escola e de suas prioridades e estratégias, frente a uma breve história da Saúde Escolar no Rio de Janeiro e da evolução do próprio entendimento de melhores estratégias para a Educação em Saúde na Escola.

Tendo em vista a ampliação do conceito de saúde que hoje é compreendido de modo similar ao de qualidade de vida nos seus múltiplos aspectos, a realização de um programa de Saúde Escolar, especialmente dentro do enfoque das Escolas Promotoras de Saúde, precisa levar em conta num primeiro momento do seu planejamento, todo o contexto sócio-econômico existente numa dada área populacional, modos de vida, vulnerabilidades sociais presentes, especialmente para a faixa etária em questão, e desenvolver formas de efetiva atuação na comunidade.

É fundamental que as iniciativas de saúde escolar, em qualquer dos seus enfoques, priorize a interdisciplinaridade em saúde e a metodologia participativa, elementos que muitas vezes não são reconhecidos como fundamentais nessa área de atuação da saúde.

O desenvolvimento de estratégias para melhor conhecimento da comunidade onde o programa vai se realizar é de fundamental importância, assim como, a manutenção da proximidade com essa comunidade e o desenvolvimento de uma verdadeira relação de confiança, a semelhança da proposta do Programa de Saúde da Família.

Por outro lado, o tratamento das questões de saúde de forma interdisciplinar é um desafio que precisa ser assumido tanto pela área da saúde quanto pela da educação. O enfoque interdisciplinar dos conteúdos ou temas só pode ser conseguido pelas pessoas a partir de uma postura de abertura, solidariedade e simplicidade profissional e humana.

Finalmente, a idéia de parceria deve ser a base de qualquer esforço das áreas da educação e da saúde para obtenção de resultados satisfatórios na realização de um projeto de educação em saúde tendo em vista que nenhum setor social poderá assumir isoladamente a busca da melhoria das condições de saúde e de vida das pessoas, considerando, ainda, a multifatorialidade do conceito “saúde”.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL. Ministério da Saúde. Promoção da saúde: Declaração de Alma-Ata, Carta de Otawa, Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santa Fé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaíses, Declaração do México. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

\_\_\_\_\_. Constituição da República Federativa do Brasil. São Paulo, 1999

\_\_\_\_\_. Ministério da Educação / Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros Curriculares Nacionais. Temas transversais. Brasília, MEC/SEF, 1998.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. 8ª Conferência Nacional de Saúde, Relatório Final, 1986

\_\_\_\_\_. Lei n.º 9.394/96 de Diretrizes e Bases da Educação Nacional

\_\_\_\_\_. Congresso Nacional. Estatuto da Criança e do Adolescente de 13 de julho de 1990, Lei 8069. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, 16 de julho de 1990, p. 13563-13577.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. encontro de Experiências de Educação e Saúde. Anais. Brasília, MS/Divisão Nacional de Educação em Saúde, 1981.

COLLARES, Cecília Azevedo Lima, MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Educação ou saúde? Educação x saúde? Educação e saúde! São Paulo, Cortez, 1985. Cadernos Cedes 15.

COSTA, N. do R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. Cadernos Cedes. Educação e Saúde, 4, São Paulo, Cortez, s.d.

DEMO, Pedro. Saber pensar. São Paulo, Cortez / Instituto Paulo Freire, 2002

\_\_\_\_\_. Conhecer e aprender. Porto alegre, Artmed, 2000.

FERREIRA, José Roberto, BUSS, Paulo Marchiori. Atenção primária e promoção da saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2001.

- FOUCAULT, M. Vigiar e punir. Petrópolis, Vozes, 2001
- \_\_\_\_\_ Microfísica do poder. Rio de Janeiro, Graal, 2000.
- FREIRE, Paulo. Educação e Mudança. Rio de Janeiro, Paz e Terra, 1983.
- GRAMSCI, A. Maquiavel: a política e o Estado moderno. Rio de Janeiro, Civilização Brasileira, 1978.
- LUZ, M, T. As instituições médicas no Brasil. Instituições e estratégias de hegemonia. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- MACHADO, R, et al . Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil. Rio de Janeiro, Graal, 1979.
- MARCONDES, Ruth Sandoval (Coord.). Programas de saúde no sistema de ensino no Brasil. São Paulo, 1972. Mimeo
- MELO, J.C. A educação sanitária: uma visão crítica. Cadernos Cedes. Educação e Saúde, 4, São Paulo, Cortez, s.d.
- OMS. Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata 1978. Brasília, Unicef, 1979.
- OPAS/OMS. Escuelas Promotoras de Salud: Modelo y guia para la acción. Washington, D. C. OPAS, 1996.
- \_\_\_\_\_ Educación para la salud: un enfoque integral. Série HSS/ SILOS. n.37. Washington, D.C. OPAS, 1995.
- \_\_\_\_\_ PADUA, Elisabete Matallo Marchesini de. Metodologia da pesquisa, abordagem teórico-prática. Campinas, Papirus, 2000.
- PATTON, Michael Quinn. Qualitative research & evaluation methods. California, London, New Delhi, Sage Publications, 2002.
- RIBEIRO, D. O livro dos CIEPs. Rio de Janeiro, Bloch, 1986.
- RIO DE JANEIRO. SEE/SEDEC/SES. Resolução Conjunta N.º 82, D.O. de 29/08/03
- \_\_\_\_\_ SEE/SEDEC/SES. Resolução Conjunta N.º 77, D.O. de 12/03/2003.

SANTOS, Dinah Oliveira.. Escolas promotoras de saúde (in) Construindo Escolas Promotoras de Saúde: Capítulo 3. São Paulo, Atheneu, 2003.

\_\_\_\_\_ Educação em saúde na prestação de serviços à rede oficial de escolas do Município do Rio de Janeiro. (Tese de Mestrado), Rio de Janeiro, Universidade Federal do Rio de Janeiro, Faculdade de Educação, 1984.

**ANEXOS**

## **ANEXO 1**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTAS ABERTAS COM CARÁTER CONCEITUAL/HISTÓRICO**

## ANEXO 1

### Questões Norteadoras dos Roteiros de Entrevistas de Caráter Conceitual e Histórico:

#### 1- Entrevista com Dr. Paulo César Mattos

- Qual a sua experiência em Saúde Escolar no Rio de Janeiro? Relate os aspectos que você considera importantes para a história da Saúde Escolar no Rio de Janeiro.

#### 2- Entrevista com Dr. Carlos dos Santos Silva

- Qual a sua experiência em Saúde Escolar no Rio de Janeiro? Relate os aspectos que você considera importantes para a evolução da Saúde Escolar no Rio de Janeiro.
- Que experiências têm sido desenvolvidas com relação à Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde (OMS/OPS, 1995)?

#### 3- Cel. Edson Ferreira Liberal

- Faça um histórico do Programa Saúde na Escola desde o seu início, levantando pontos positivos e negativos.
- A que você atribui o fato dos profissionais de saúde do Programa terem sido concursados pela Secretaria de Defesa Civil?
- Quais as suas expectativas sobre o desenvolvimento do Programa Saúde na Escola?

#### 4 – Cel. Antônio José da Costa Pires

- Quais as suas principais referências sobre o início do Programa Saúde na Escola, aspectos positivos e negativos?
- A que você atribui o fato dos profissionais de saúde do Programa terem sido concursados pela Secretaria de Defesa Civil?

**ANEXO 2**

**ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS  
DIRETORES DE CIEPs**

## **ANEXO 2**

**Roteiro de Entrevista com o Diretor da UE:**

**CIEP**

**Área:**

**1. Quais, quando e como acontecem os atendimentos clínicos? Você sabe se existem rotinas?**

**2. Quais as principais doenças encontradas entre os estudantes?**

**3. Quem participa dos atendimentos clínicos? Quem é o público atendido?**

**4. Existem atividades educativas em saúde acontecendo com a participação dos profissionais de saúde? Quais são essas atividades? Qual o público alvo? Quais os principais temas de interesse dos alunos?**

**5. Quem participa dessas atividades e como?**

**6. O que você considera importante para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de agravos à saúde dos escolares?**

**7. Como acontece a integração com a escola e em que situações são desenvolvidas atividades de promoção e prevenção em saúde?**



**8. Quais os procedimentos adotados diante das seguintes situações clínicas:**

- dor na boca:
- dor em outra parte do corpo:
- dor por dente incluso ou falta de dente:
- piolho e sarna:
- faringite:
- febre :
- diarreia:
- verificação da acuidade visual:
- verificação da acuidade auditiva:
- casos de pequenos acidentes que envolvem a boca ou outras regiões do corpo :
- casos de acidentes maiores com suspeita de fratura ou traumatismo grave?

**9. Qual a importância dada aos seguintes procedimentos, como se desenvolve e quem está envolvido com eles (?) :**

- escovação:
- aplicação de flúor:

## **ANEXO 3**

### **ROTEIRO DE ENTREVISTA COM OS SUPERVISORES MÉDICOS**

## **ANEXO 3**

### **Roteiro de Entrevista com os Supervisores**

**Supervisor Médico:**

**Área:**

**1. Quais as atividades incluídas na categoria “atendimentos clínicos”? Existem rotinas? Fale sobre isso.**

**2. Quais as principais morbidades encontradas entre os estudantes? Existem dados consolidados sobre isso? Quais são?**

**3. Como são desenvolvidas essas atividades/ atendimentos? Quem participa e como?**

**4. Quais as atividades incluídas na “categoria atividades educativas em saúde”? O que tem sido desenvolvido? Qual o público alvo? Quais os principais temas de interesse dos alunos? Como é feita a abordagem com os alunos?**

**5. Quem participa dessas atividades e como?**

**6. O que você considera importante para o desenvolvimento de ações de promoção e prevenção de agravos à saúde dos escolares?**

**7. Como acontece a integração com a escola e em que situações são desenvolvidas atividades de promoção e prevenção em saúde?**

**8. Quais os procedimentos adotados diante das seguintes situações clínicas:**

- pediculose:
- sarna:
- faringite:
- febre a esclarecer:
- dor a esclarecer:
- diarréia:
- contusão:
- verificação da acuidade visual:
- verificação da acuidade auditiva:

## **ANEXO 4**

### **Roteiro de Entrevista com os Supervisores Dentistas**



**7. Como acontece a integração com a escola e em que situações são desenvolvidas atividades de promoção e prevenção em saúde?**

**8. Quais os procedimentos adotados diante das seguintes situações clínicas:**

- dor:
- dor noturna:
- dor com alimento quente:
- dor com alimento frio:
- dor por dente incluso:
- dor por dente incluso impactado:
- avulsão traumática:
- fratura dentária em incisivos superiores:
- fratura “espontânea” por fragilidade:
- abscesso dentário:
- perda do 1º molar:

**9. Qual a importância dada aos seguintes procedimentos, como se desenvolve e quem está envolvido com eles(?) :**

- escovação:
- flúor com bochecho:

# Livros Grátis

( <http://www.livrosgratis.com.br> )

Milhares de Livros para Download:

[Baixar livros de Administração](#)

[Baixar livros de Agronomia](#)

[Baixar livros de Arquitetura](#)

[Baixar livros de Artes](#)

[Baixar livros de Astronomia](#)

[Baixar livros de Biologia Geral](#)

[Baixar livros de Ciência da Computação](#)

[Baixar livros de Ciência da Informação](#)

[Baixar livros de Ciência Política](#)

[Baixar livros de Ciências da Saúde](#)

[Baixar livros de Comunicação](#)

[Baixar livros do Conselho Nacional de Educação - CNE](#)

[Baixar livros de Defesa civil](#)

[Baixar livros de Direito](#)

[Baixar livros de Direitos humanos](#)

[Baixar livros de Economia](#)

[Baixar livros de Economia Doméstica](#)

[Baixar livros de Educação](#)

[Baixar livros de Educação - Trânsito](#)

[Baixar livros de Educação Física](#)

[Baixar livros de Engenharia Aeroespacial](#)

[Baixar livros de Farmácia](#)

[Baixar livros de Filosofia](#)

[Baixar livros de Física](#)

[Baixar livros de Geociências](#)

[Baixar livros de Geografia](#)

[Baixar livros de História](#)

[Baixar livros de Línguas](#)



[Baixar livros de Literatura](#)  
[Baixar livros de Literatura de Cordel](#)  
[Baixar livros de Literatura Infantil](#)  
[Baixar livros de Matemática](#)  
[Baixar livros de Medicina](#)  
[Baixar livros de Medicina Veterinária](#)  
[Baixar livros de Meio Ambiente](#)  
[Baixar livros de Meteorologia](#)  
[Baixar Monografias e TCC](#)  
[Baixar livros Multidisciplinar](#)  
[Baixar livros de Música](#)  
[Baixar livros de Psicologia](#)  
[Baixar livros de Química](#)  
[Baixar livros de Saúde Coletiva](#)  
[Baixar livros de Serviço Social](#)  
[Baixar livros de Sociologia](#)  
[Baixar livros de Teologia](#)  
[Baixar livros de Trabalho](#)  
[Baixar livros de Turismo](#)