



e-ISSN 2446-8118

## AÇÕES DE SAÚDE ESCOLAR NO BRASIL DE 1980 À INSTITUIÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA

176

## SCHOOL HEALTH ACTIONS IN BRAZIL OF 1980 TO THE INSTITUTION OF THE SCHOOL HEALTH PROGRAM

## ACCIONES DE SALUD ESCOLAR EN BRASIL DE 1980 A LA INSTITUCIÓN DEL PROGRAMA SALUD EN LA ESCUELA

Mateus Souza da Luz<sup>1</sup>  
Solange de Fátima Reis Conterno<sup>2</sup>  
Rosa Maria Rodrigues<sup>3</sup>

**RESUMO**

**Introdução:** Mundialmente as primeiras preocupações com a saúde do escolar emergiram na Europa nos séculos XVI e XVII. No Brasil a partir do momento que emergiram outros serviços e políticas sociais. Ao retomar a história da saúde escolar no país percebeu-se que entre os anos de 1980 até a aprovação do Programa Saúde na Escola (PSE), em 2007, houve pouca produção e quase nenhum registro de ações voltadas a esta prática. **Objetivo:** Reconstruir a trajetória histórica da saúde escolar no Brasil, dos anos de 1980 até a instituição do Programa Saúde na Escola pelo Decreto 6.286 em 2007. **Metodologia:** Estudo exploratório de caráter descritivo, com delineamento histórico, tendo como fontes primárias documentos oficiais do Ministério da Saúde e Educação e fontes secundárias artigos, livros, teses e dissertações que abordem a temática. **Resultados:** Identificou-se que a saúde escolar no período estudado foi organizada por meio de campanhas específicas: “Olho no Olho” e “Quem ouve bem, aprende Melhor”, ações sem vínculo direto com o setor da saúde, sem continuidade e focalizadas em públicos específicos. **Conclusão:** A saúde escolar, entre os anos de 1980 a 2007, foi realizada por meio de campanhas específicas, focalizadas em problemas de saúde peculiares e grupos determinados, prática que não oportunizava o diagnóstico mais amplo das condições de saúde dos escolares. Após o SUS houve a possibilidade de oficialização de uma política voltada à saúde escolar mais abrangente atualmente organizada no PSE que se ampara nos princípios da intersetorialidade, integralidade e promoção da saúde.

**DESCRITORES:** Saúde escolar; Programa Saúde na Escola; Política de Saúde.

**ABSTRACT**

**Introduction:** Worldwide the first concerns about school health emerged in Europe in the 16th and 17th centuries. In Brazil, from the moment other services and social policies emerged. Recapturing

<sup>1</sup> Enfermeiro. Residente em Gerenciamento de Enfermagem. Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Unioeste, Cascavel/PR.

<sup>2</sup> Pedagoga. Doutora em Educação. Professora Adjunta no Curso de Graduação em Enfermagem e no Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Unioeste, Cascavel/PR.

<sup>3</sup> Enfermeira. Doutora em Educação. Professora Associada no Curso de Graduação em Enfermagem e no Mestrado de Biociências e Saúde da Universidade Estadual do Oeste do Paraná, Unioeste, Cascavel/PR.

the history of school health in the country, it was noticed that in the 1980s until the approval of the School Health Program (PSE), in 2007, there was little production and almost no record of actions aimed at this practice. Objective: To reconstruct the historical trajectory of school health in Brazil, from the 1980s to the establishment of the Health in School Program by Decree 6.286 in 2007. Methodology: Exploratory study of a descriptive nature, with a historical design, with primary sources of official documents from the Ministry Health and Education and secondary sources articles, books, theses and dissertations that address the theme. Results: It was identified that school health in the period studied was organized through specific campaigns: "Eye in the Eye" and "Who listens well, learns better", actions without direct link with the health sector, without continuity and focused on specific audiences. Conclusion: School health, from 1980 to 2007, was carried out through specific campaigns focused on specific health problems and specific groups, a practice that did not allow the broader diagnosis of the health conditions of schoolchildren. After the SUS, there was the possibility of formalizing a more comprehensive school health policy currently organized in the PSE that is based on the principles of intersectoriality, integrality and health promotion.

**DESCRIPTORS:** School health; School Health Program; Health Policy.

## RESUMEN

Introducción: En todo el mundo las primeras preocupaciones por la salud del escolar surgieron en Europa en los siglos XVI y XVII. En Brasil a partir del momento que emergieron otros servicios y políticas sociales. Al retomar la historia de la salud escolar en el país se percibió que entre los años 1980 hasta la aprobación del Programa Salud en la Escuela (PSE), en 2007, hubo poca producción y casi ningún registro de acciones volcadas a esta práctica. Objetivo: Reconstruir la trayectoria histórica de la salud escolar en Brasil, desde los años 1980 hasta la institución del Programa Salud en la Escuela por el Decreto 6.286 en 2007. Metodología: Estudio exploratorio de carácter descriptivo, con delineamiento histórico, teniendo como fuentes primarias documentos oficiales del Ministerio de la Salud y Educación y fuentes secundarias artículos, libros, tesis y disertaciones que aborden la temática. Resultados: Se identificó que la salud escolar en el período estudiado fue organizada por medio de campañas específicas: "Ojo en el ojo" y "Quién oye bien, aprende mejor", acciones sin vínculo directo con el sector de la salud, sin continuidad y focalizadas en públicos específicos. Conclusión: La salud escolar, entre los años 1980 a 2007, fue realizada por medio de campañas específicas, focalizadas en problemas de salud peculiares y grupos determinados, práctica que no oportunizaba el diagnóstico más amplio de las condiciones de salud de los escolares. Después del SUS hubo la posibilidad de oficialización de una política volcada a la salud escolar más amplia actualmente organizada en el PSE que se ampara en los principios de la intersectorialidad, integralidad y promoción de la salud.

**DESCRIPTORES:** Salud escolar; Programa Salud en la Escuela; Política de Salud.

## SAÚDE ESCOLAR: ANTECEDENTES HISTÓRICOS

A organização e o desenvolvimento de ações voltadas à saúde de escolares não é uma novidade. Na história mundial, as primeiras preocupações com essa prática emergiram na Europa, durante os séculos XVI e XVII, principalmente na França, Inglaterra e Alemanha, visto que passavam pela reorganização de práticas e serviços sociais, dentre eles, a saúde e a educação. As transformações ocorridas no campo da saúde

daqueles países no século XVIII, alavancaram o surgimento e o desenvolvimento de práticas assistenciais voltadas aos escolares, as quais se ancoraram em três doutrinas médicas, à saber: Polícia Médica, Sanitarismo e Puericultura<sup>1,2</sup>.

Cada doutrina, com seus pressupostos, influenciou a emergência e decorrentes práticas voltadas à saúde dos escolares. A Polícia Médica, ao defender a ideia de inspeção higiênica dos alunos, professores e funcionários, reforçou práticas de controle social, principalmente com a retirada de alunos doentes do convívio escolar. O Sanitarismo

com a vigilância do espaço escolar colaborou para o desenvolvimento de ações voltadas para os aspectos ambientais. Por sua vez, a Puericultura, com a missão de educar e civilizar, propalou que a escola seria a principal instituição responsável pela difusão de regras de vida adequadas e de comportamentos saudáveis, principalmente para as meninas (futuras mães)<sup>1-3</sup>

Outro fato histórico que colaborou para o surgimento de práticas voltadas à saúde dos escolares foi a transformação do conceito de criança construído na Idade Média. Com o avanço das forças produtivas no capitalismo, a criança passou a ser entendida como um ser em desenvolvimento, que vivencia etapas cognitivas específicas em diferentes momentos da vida, portanto, a criança deveria ser respeitada e assistida em seu peculiar desenvolvimento para no futuro ser um adulto sem problemas<sup>1,2</sup>.

No Brasil, a saúde escolar passou a ser entendida com uma necessidade, a partir do momento em que as condições de saúde, de forma geral, entraram na pauta do poder central. Assim sendo, em 1808, com a criação do Reino Unido (1808-1822), quando a Família Real portuguesa refugiou-se no Brasil, fugindo de Napoleão Bonaparte, o país tornou-se integrante do Reino Unido de Portugal, Brasil e Algarves, acontecimento que provocou várias mudanças na gestão da colônia, inclusive na área social e da saúde<sup>4</sup>.

O então príncipe regente, tomou as primeiras medidas em relação à oferta de serviços públicos sanitários, visto que a emergência de algumas doenças, dentre elas, a febre amarela, necessitavam de medidas urgentes. Com isso, o próprio governo imperial assumiu a responsabilidade dos serviços sanitários da cidade do Rio de Janeiro<sup>3</sup>.

Em 1889 o conselheiro Ferreira Vianna, criou a “inspeção higiênica” dos estabelecimentos públicos e privados de instrução e educação, devendo ser realizado por uma comissão permanente, sob vistas do Inspetor geral. Nesse cenário surgiram as primeiras medidas do “serviço de higiene escolar”, acontecimento histórico considerado o marco inicial da saúde do escolar, através da denominação de higiene escolar,

fundamentada no modelo alemão da Polícia Médica<sup>2,3</sup>.

Outro movimento, também em 1889, emergiu com o médico Moncorvo Filho, tendo como proposta de trabalho a proteção higiênica nas coletividades infantis e salientando a necessidade de inspeção médica nas escolas. A reorganização do serviço sanitário do Estado de São Paulo, proporcionou a criação do serviço de Inspeção Médica Escolar com o projeto de Lei Francisco Sodré<sup>3,5</sup>.

Com a Proclamação da República, em 1889, embalada pela ideia de modernizar o Brasil sob o lema positivista “Ordem e Progresso”, avaliou-se que seria prioridade construir um novo rumo político para o país. A nova ordem social requeria um povo suficientemente saudável e educado para o trabalho, a força propulsora do progresso nacional, dessa forma, o governo traçou os passos iniciais de uma política sanitária e, nesse contexto, a escola passou a ser definitivamente local de interesse para a saúde e sociedade<sup>1,4</sup>. Assim é possível indicar que no final do século XIX, a saúde escolar, entendida como o desenvolvimento de prática de higiene escolar, emergiu no Brasil. Cabe reforçar que o interesse pelo escolar ocorreu em função da necessidade de higienização da instituição que frequentava. As primeiras práticas de assistência ao escolar ancoravam-se no pressuposto de que seriam condições necessárias de aprendizagem, a promoção e a vigilância do saneamento do ambiente escolar e a saúde das crianças<sup>3</sup>.

Em 1910, sob a direção de Arnaldo Vieira de Carvalho (fundador da Faculdade de Medicina de São Paulo), criou-se o curso de higiene escolar, o qual buscou contribuir para a organização de ações de saúde escolar, com vistas a ampliar o atendimento aos escolares, especializar médicos escolares e habilitar enfermeiras escolares. Pode ser considerada a primeira frente de formação de pessoal especializado para atuar no ambiente escolar<sup>3,4</sup>.

No decorrer da década de 1920, dois movimentos na educação imprimiram mudanças sociais e reforçaram a necessidade do desenvolvimento da saúde escolar. O movimento da Escola Nova que propôs a renovação do sistema educacional, no sentido

de se adequar ao contexto emergente naquele momento caracterizado pelo início da industrialização e conseqüente urbanização. Além disso, a Escola Nova visava preparar um novo tipo de trabalhador urbano e industrial; o outro movimento foi o da reforma curricular para formação de professores das séries iniciais, que introduziu conteúdos ligados a saúde com foco na higiene escolar.

A saúde escolar ganhou novas configurações, a partir da década de 1930, quando Getúlio Vargas assumiu o poder central do país. O governo Vargas criou o Ministério da Educação e Saúde Pública e estabeleceu diretrizes estatais para as áreas sociais; a saúde foi uma área emblemática para o seu mandato, pois o governo anunciava o compromisso do Estado com o bem-estar da população, a qual não era assistida até aquele momento<sup>4</sup>.

As práticas no campo da saúde, a partir de 1930, enfatizaram os atendimentos médicos individualizados em detrimento das práticas sanitárias coletivas; como consequência houve o aumento de hospitais particulares e equipamentos. De 1930 à 1960 questionava-se a assistência prestada ao escolar nos centros de saúde, gerando um descaso com o atendimento desse público, faixa etária que não era considerada, pelo poder público, como prioridade naquele momento<sup>3</sup>.

Contudo, essa concepção de cuidado em saúde, processo saúde-doença, organização da assistência à saúde sofreu sérias críticas a partir da década de 1970 com o Movimento da Reforma Sanitária, o qual foi basilar para a construção teórico-prática do Sistema Único de Saúde (SUS).

Ao retomar a história da organização da Saúde Escolar no Brasil percebeu-se que há um período específico entre os anos de 1980 até a aprovação do Programa Saúde na Escola, instituído pelo Decreto nº 6.286 em 2007, com pouca produção teórica e quase nenhum registro de atividades ou ações voltadas a assistência a saúde dos escolares. Nesse sentido, o objetivo geral do estudo foi reconstruir a trajetória histórica descrevendo a organização das ações de saúde escolar implementadas na década de 1980, até a aprovação do Programa de Saúde na Escola (PSE).

## MATERIAL E MÉTODO

Estudo exploratório de caráter descritivo, com delineamento histórico, o qual busca reconstruir cenários ao identificar uma situação e expor características de um fenômeno<sup>6</sup>.

Os estudos exploratórios descritivos combinados visam descrever determinado fenômeno, sendo as descrições quantitativas ou qualitativas, permitindo ao pesquisador obter maior proximidade com o tema e em decorrência torná-lo mais explícito, bem como construir hipóteses<sup>7,8</sup>.

Por outro lado pesquisas históricas investigam acontecimentos, eventos ou instituições que marcaram determinados contextos, em épocas distintas e que deixaram marcas ao longo do tempo na organização social<sup>6</sup>.

Para realizar o estudo foram tomados como fontes dados documentais, primários e secundários, referentes as ações de saúde escolar desenvolvidas no Brasil desde a década de 1980 até a implantação do Programa Saúde na Escola, instituído em 2007. As Fontes primárias foram compostas por documentos divulgados pelo Ministério da Educação e da Saúde, tais como decretos, deliberações, resoluções e portarias que, de forma explícita ou implícita trataram sobre a organização de ações voltadas à saúde escolar.

Como fontes secundárias foram consultados artigos, livros, teses e dissertações que abordavam a trajetória histórica da saúde escolar e a trajetória histórica da assistência à saúde da criança no Brasil.

O procedimento metodológico para o desenvolvimento da pesquisa documental seguiu as seguintes etapas: a) identificação dos documentos oficiais que tratam sobre a organização, estruturação e ações de saúde escolar; b) leitura e sistematização do material com o objetivo de reconstruir a trajetória histórica das propostas de assistência à saúde do escolar no Brasil; c) análise e problematização do material norteada pelo objetivo do trabalho a fim de compor o texto final do estudo.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Para reconstruir a trajetória histórica das ações de saúde escolar implementadas na década de 1980, até a organização atual do Programa de Saúde na Escola (PSE), torna-se necessário uma retrospectiva histórica, considerando o modo como as ações de saúde e educação estiveram articulado às políticas desses setores.

Os determinantes históricos vinculados à organização de ações no campo da saúde na década de 1980 relacionam-se com o período em que o Brasil teve sua política centrada nas mãos dos militares (1964-1985), os quais implantaram a centralização do Estado e planos econômicos de governo que trouxeram instabilidade à sociedade, um exemplo disso foi a retração do Produto Interno Bruto e o crescimento da inflação, que chegou a atingir nível de 200% ao ano, situação que inevitavelmente refletiu na qualidade de vida da população, além dos impactos sociais<sup>9-11</sup>.

Em meados da década de 1970 surgiu no Brasil Movimento da Reforma Sanitária, que lutou contra as desigualdades sociais e a mercantilização da saúde, e com isso almejou a redemocratização e o direito universal a saúde. A Reforma Sanitária teve seu fortalecimento após o surgimento do Centro Brasileiro de Estudos da Saúde (Cebes) em 1976 e da então Associação Brasileira de Pós-graduação em Saúde Coletiva (Abrasco), no ano de 1979, que mais tarde alterou seu nome; contou ainda com a participação popular, sindical e de outros movimentos sociais<sup>9-11</sup>.

No ano de 1985 encerrou-se o regime militar e, devido a morte de Tancredo Neves, que fora eleito em eleições indiretas pelo Congresso Nacional assumiu a presidência da República o então vice Presidente José Sarney, em 15 de março de 1985. No ano seguinte, se consolidou a proposta de uma nova constituição que defendesse a democracia no país, almejando a justiça e a igualdade social<sup>9-11</sup>.

Dentre os diversos movimentos e mobilizações no país, ocorreu, no ano de 1986, a 8ª Conferência Nacional de Saúde, que reuniu em torno de cinco mil representantes da sociedade civil, com intuito de alcançar as

principais demandas da Reforma Sanitária. Toda a discussão da conferência resultou na aprovação de um novo modelo para a organização da saúde, sendo respaldado no ano de 1988 com a promulgação da nova Constituição Brasileira, o qual passou a ser denominado de Sistema Único de Saúde (SUS)<sup>9-11</sup>.

Promulgada a Constituição Federal de 1988, nela ficaram estabelecidos os princípios do SUS: universalidade no acesso, integralidade da assistência e equidade na distribuição dos serviços, expressos em seus artigos 196 ao 200. Para o alcance dos princípios foram aprovadas também as diretrizes do SUS, que são: descentralização, regionalização, hierarquização e a participação popular<sup>11</sup>.

Outra legislação determinante na reorganização das ações de saúde, no que tange a criação e regulamentação do SUS foi a aprovação da Lei nº 8.080, de 19 de setembro de 1990, dispendo sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde e organização e funcionamento dos serviços prestadores de assistência à saúde<sup>12</sup>.

No campo da organização da saúde escolar no Brasil, no início da década de 1980 foi criado o Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE), por meio da Resolução do MEC de número 24, do mês de outubro, ano de 1984, com o objetivo de promover a saúde dos estudantes do extinto primeiro grau da rede pública de ensino, por meio de ações conjuntas com profissionais da área da saúde geral, oftalmologistas e odontólogos. As ações desenvolvidas tinham caráter educativo, preventivo e curativo<sup>13</sup>.

O atendimento abrangia escolas das redes de ensino estadual e municipal, em municípios com mais de 40 mil habitantes, de acordo com a contagem populacional do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE). A justificativa para criação do PNSE em âmbito federal residia na tese de que problemas de saúde interferiam no processo de ensino-aprendizagem<sup>13</sup>.

A ideia de que as dificuldades de aprendizagem escolar estariam ligadas a questões de ordem biológica ou a problemas de saúde dos indivíduos encontrou eco em correntes pedagógicas que, a partir do século

passado, ganharam força no campo educacional.<sup>14</sup> Assim sendo, tornou-se natural encaminhar crianças com baixo rendimento escolar para serviços de saúde, com uma avaliação de que as causas eram de ordem biológica, desde desnutrição até distúrbios neurológicos. É possível perceber que a escola, por diferentes razões, passou a adotar uma análise de cunho medicalizante dos problemas relacionados ao processo ensino-aprendizagem<sup>15</sup>.

Cabe destacar que o PNSE era um programa oficial exclusivo do Ministério da Educação, sendo que os municípios selecionados para a implementação do programa firmavam convênio com o então Fundo de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Os critérios e procedimentos de execução do PNSE foram estabelecidos por meio de resoluções as quais formalizavam parcerias entre FNDE e as prefeituras<sup>16</sup>.

Nos anos de 1984 a 1986, as ações do PNSE tiveram um caráter descentralizado, sendo que ocorreu a transferência de recursos financeiros, por meio das Secretarias de Estado da educação e da saúde<sup>16</sup>. Cabe destacar que no ano de 1988, ficou estabelecido no artigo 208, inciso VII da Constituição Federal, que seria dever do Estado garantir a assistência à saúde do estudante, por meio de programas suplementares de saúde do escolar. Esse acontecimento reforçou a necessidade de organização de ações oficiais voltadas para a assistência de sujeitos em idade escolar, contudo, a Constituição Federal sugeriu programas suplementares de saúde escolar, ou seja pontuais e fragmentados e não uma política nacional específica para o objeto em questão.

Em 1993 e 1994, o PNSE firmou convênio com 1140 municípios e executou todas as áreas do programa: saúde geral, odontologia e oftalmologia, além de realizar cursos de capacitação e aquisição de materiais para execução das atividades. Cada município selecionado recebia um valor de R\$ 60,00 por aluno/ano para garantir o pagamento das consultas oftalmológicas, a aquisição e distribuição de óculos, mais R\$ 60,00 para a consulta médica (avaliação clínica) esse valor foi enviado aos municípios pactuados até 2005<sup>17</sup>.

Contudo, no ano de 1995 iniciou-se uma reformulação do PNSE que readequou os objetivos do programam para atender aos municípios selecionados pelo Programa Comunidade Solidária, esse aprovado por meio de Decreto presidencial nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995, e que se responsabilizou pelo combate à fome e a pobreza. Para readequar o PNSE considerou-se o Projeto Cesta Saúde do Escolar (PCSE), que teve por objetivo suprir a escola de produtos de higiene pessoal, de kits de primeiros socorros para alunos de 1ª a 4ª série. No mesmo ano, devido a reformulação do PNSE foi criado o Projeto de Assistência Integral a Saúde do escolar (Paise), que teve como foco ações voltadas a alunos da 1ª série do ensino fundamental que residiam nos bolsões de pobreza das Capitais<sup>17</sup>.

As ações educativas tinham por finalidade formar cidadãos com bons hábitos alimentares e de higiene visando prevenir doenças. As ações visavam a realização de exames, que possibilitavam um diagnóstico completo da saúde do aluno, aferição de sinais vitais, acompanhamento pondo-estatural, micro hematócrito, parasitológico de fezes, oftalmológico, odontológico, auditivo e de saúde mental.

O Paise foi desenvolvido de 1995 a 1998. A partir de 1999, o Ministério da Educação determinou que as ações estivessem voltadas para a saúde visual e auditiva, pois segundo sua avaliação, os problemas visuais e auditivos estavam diretamente associadas com os problemas de aprendizagem ou, no limite, com o rendimento insatisfatório dos escolares. Com isso o PNSE passou a ser executado através das campanhas nacionais de reabilitação visual “Olho no Olho” e de reabilitação auditiva “Quem Ouve Bem, Aprende Melhor”.

## **CAMPANHA NACIONAL DE REABILITAÇÃO VISUAL “OLHO NO OLHO”**

A campanha nacional “Olho no Olho” ocorreu pela primeira vez no ano de 1998 tendo por público alvo os alunos que estavam matriculados na 1ª série do ensino fundamental e teve por finalidade a identificação de

deficiências visuais. Suas ações estavam pautadas na distribuição de material didático e pedagógico, como por exemplo, a escala de Snellen<sup>18</sup>.

Essa campanha foi uma iniciativa do Conselho Brasileiro de Oftalmologia (CBO), em parceria com o Ministério da Educação que apoiava com recursos do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE), sendo que cerca de 4000 médicos oftalmologistas visitaram 8000 escolas públicas e realizaram o exame de acuidade visual em 1,5 milhão de crianças da 1ª série do ensino fundamental<sup>19</sup>.

O documento oficial da CBO, que apresentou a campanha, edição de 2000, afirmou que cerca de 85% do contato do homem com o mundo se dá através da visão, e que os problemas relacionados com olhos acarretam dificuldades no aprendizado e na socialização. Acreditava-se ainda que os altos índices de repetência e evasão escolar nessa série inicial tinham como justificativa os problemas visuais<sup>20</sup>.

A campanha de 1998 beneficiou um milhão e 500 mil alunos, em 1999 atendeu dois milhões e 280 mil escolares, em 432 municípios, fornecendo cerca de 256,4 mil óculos e investindo um valor de R\$ 10.799.432,80<sup>20</sup>.

A edição do ano 2000, da campanha “Olho no Olho” trouxe em seu detalhamento a informação de que aproximadamente 20% das crianças em idade escolar apresentavam algum tipo de problema visual entre eles: erros de refração, conjuntivite, estrabismo, ambliopia, seqüela de acidente ocular e malformação congênita<sup>20</sup>.

As justificativas para a realização da campanha “olho no olho”, edição 2000 ampararam-se na ideia de que a visão teria grande importância na educação e na socialização da criança; na infância existe alta incidência de problemas oculares, a prevenção e a cura precoce são necessárias e que se as medidas preventivas não fossem tomadas existiriam grande problemas para a educação e para a visão da criança<sup>20</sup>.

Dentre as ações programáticas da campanha, no ano de 2000 destacou-se o treinamento de professores por oftalmologistas, com o intuito de prepará-los para realizarem as medidas de acuidade visual

nos alunos; triagem visual de alunos, por meio de teste de acuidade visual, reteste nos casos que apresentavam alguma alteração, em alunos matriculados na 1ª série do Ensino Fundamental das escolas públicas; encaminhamento a consulta oftalmológica dos escolares que apresentassem dificuldade visual; e doação pelo FNDE dos óculos prescritos<sup>20</sup>.

A organização da Campanha “Olho no Olho” permitiu a problematização de alguns pontos, pois mesmo sendo desenvolvida após a constituição legal do SUS, as ações eram focalizadas, restritas e fragmentadas, ou seja, a assistência ao escolar era destinada para séries específicas, no caso da campanha, para a 1ª série do ensino fundamental; as ações de saúde restringiam-se ao “problema de saúde”, foco da campanha e a campanha não representava uma política abrangente e com continuidade.

## **CAMPANHA QUEM OUVE BEM, APRENDE MELHOR!**

A campanha “Quem ouve bem, aprende Melhor!” foi desenvolvida nos mesmos moldes da campanha “Olho no olho”, ou seja, foi uma iniciativa do Ministério da Educação em parceria com organizações profissionais da saúde, especificamente com a Sociedade Brasileira de Otologia, a Fundação Otorrinolaringologia e as Sociedades Brasileiras de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia<sup>21</sup>.

A campanha foi lançada em outubro de 1999, por meio da Portaria Interministerial MEC/MS nº 1.487/99 e teve por objetivo central detectar a perda auditiva em crianças do ensino fundamental das escolas públicas do Brasil e tratar suas doenças<sup>22</sup>. A campanha “Quem ouve bem, aprende melhor!” emergiu defendendo a necessidade de educar e conscientizar os profissionais da saúde e da educação sobre a importância da audição e os seus reflexos no processo de ensino-aprendizagem. O público alvo dessa ação foram os alunos matriculados nas séries iniciais do ensino fundamental público. Novamente reforçou-se que o fracasso escolar seria combatido com a melhor assistência auditiva e visual<sup>23</sup>.

A campanha foi composta por duas fases. Na primeira, no ano de 1999, atingiu 424 municípios com mais de 50 mil habitantes. “O processo de atendimento nas 10.535 escolas começou a partir de novembro, estendendo-se pelo ano de 2000. Foram gastos R\$ 4.699.767,00 com a cobertura de 780.321 alunos matriculados na primeira série”<sup>22:1</sup>.

No ano de 2001 foram distribuídos 38 mil kits, contendo duas fitas de vídeo (uma orientava a campanha e a outra ensinava a aplicar o teste auditivo). Essa fase destinava-se aos professores, os quais, aplicaram os vídeos-testes de pré-triagem auditiva e preencheram um formulário das crianças que apresentaram algum distúrbio auditivo<sup>23</sup>.

Na segunda etapa da campanha, os estudantes que apresentaram algum distúrbio, eram então avaliados por médicos otorrinolaringologistas. Com o diagnóstico de qualquer patologia auditiva, os mesmos eram encaminhados para consultas ambulatoriais frequentes, tratamento cirúrgico e adaptação de próteses, conforme cada caso<sup>23</sup>.

Após firmar convênio em 2000, o Ministério da Educação decidiu repetir a campanha, mas dessa vez com alunos da 2ª série do ensino fundamental. A justificativa para tal escolha era de que os alunos que estavam matriculados na 1ª série no ano de 2000 iriam estar cursando a 2ª série no ano de 2001 e, portanto, essa decisão iria beneficiar os que acabaram ficando sem atendimento<sup>23</sup>.

Em 2000, a campanha “Quem ouve bem, aprende melhor!” atingiu 10.532 escolas, de 429 municípios de todo o país. “Na primeira fase do programa, 780.450 alunos da segunda série do ensino fundamental passaram pelo vídeo-teste e 265 mil alunos foram triados para a segunda fase. Destes, 117 mil receberam atendimento médico”<sup>23:2</sup>. Dos alunos atendidos, 30% sofriam de pequenos problemas de audição, causado pelo excesso de cera no ouvido ou pela introdução de corpos estranhos, um por cento sofria de surdez severa, acima de 70db<sup>23</sup>.

## A SAÚDE ESCOLAR NO ÂMBITO DO PSE

Após a implantação do SUS foram aprovadas e implementadas diversas políticas e programas que atendessem populações específicas e nortegassem o trabalho de diferentes setores envolvidos. Dentre esses programas destaca-se o Programa Saúde na Escola, que se tornou um programa nacional visando organizar ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de escolares, especificamente, dos estudantes da rede pública da educação básica.

O PSE tem como base os princípios e diretrizes do SUS e preza pelo desenvolvimento de suas ações pautando-se na intersetorialidade, integralidade e promoção da saúde. Conforme o artigo 4º do Decreto que instituiu o programa “As ações em saúde previstas no âmbito do PSE considerarão a atenção, promoção, prevenção e assistência” [...] “e em conformidade com os princípios e diretrizes do SUS”<sup>24:2</sup>.

Dentre os princípios norteadores do SUS, a integralidade ganha destaque, ao passo que suas ações devem contemplar a atenção, promoção, prevenção e assistência à saúde dos escolares. A intersetorialidade é pressuposto organizador, ao estabelecer que, para a realização das ações propostas deve envolver as escolas da rede pública de educação, em articulação com o setor da saúde<sup>12</sup>.

A articulação intersetorial das redes públicas de saúde, de educação e de demais redes sociais se dá por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) (Federal, Estadual e Municipal), que são responsáveis pela “[...] gestão do incentivo financeiro e material, pelo apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, pelo planejamento, monitoramento e avaliação do Programa”<sup>25:76</sup>.

O princípio da integralidade pressupõe que os serviços de saúde sejam ofertados desde a prevenção até a promoção e recuperação. Ou seja possibilitar que o indivíduo tenha assistência, via ações de promoção, para evitar a emergência de problemas e seja atendido, em todas as suas necessidades, quando o problema já estiver instalado. Conforme o decreto do PSE é possível identificar esse princípio no artigo 1º, que afirma que o programa tem a “[...] finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de

educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”<sup>24:2</sup>.

Por meio da articulação das ações, bem como o fortalecimento entre as redes públicas de saúde e educação, o PSE tem como objetivos a promoção da saúde e a prevenção de agravos, almejando que seus resultados alcancem os estudantes e suas famílias. Através das ações intersetoriais visa atuar nas vulnerabilidades presentes no campo da saúde, que podem interferir negativamente no desenvolvimento escolar<sup>25</sup>. Cabe destacar que o Programa está limitado ao atendimento de escolares que frequentam instituições públicas de ensino, portanto, o Programa não é universal, pois não atende todos os sujeitos que estão em idade escolar.

O Programa é composto por três componentes sendo que, no primeiro, chamado de componente I propõe-se a avaliar a saúde dos escolares, garantindo o atendimento em uma Unidade Básica de Saúde, caso necessário; o segundo componente objetiva a promoção da saúde e prevenção de agravos, tendo como finalidade assegurar aos educandos a oportunidade de acesso a informações sobre a sua saúde e a ações que possibilitem a promoção da saúde buscando, assim, a qualidade de vida, o terceiro e último componente propõe a formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que participam do PSE<sup>25</sup>.

A saúde e a educação são esferas de serviços organizados para formação de grupos ou populações multiplicadoras de conhecimentos, primordiais nas sociedades modernas. Deste modo, faz-se necessária a implementação de políticas específicas, que visem ações interdisciplinares entre profissionais da saúde e da educação, no ambiente escolar, possibilitando o empoderamento dos escolares, tornando-os atuantes nas ações de saúde dentro da escola.

O PSE é um programa oficial relativamente novo e o processo de avaliação para verificar se o mesmo está sendo viabilizado na realidade nacional de acordo com os princípios legais é incipiente. Os dados apresentados, acerca das ações voltadas a saúde do escolar desenvolvidas entre os anos de 1980 a 2004, reforçam a premissa de que o PSE teve por antecedentes históricos imediatos

práticas assistenciais à saúde de escolares desenvolvidas no Brasil, contudo, experiências baseadas em ações ainda sem vínculo direto com o setor da saúde; sem continuidade, portanto fragmentadas e focalizadas em públicos específicos, organizadas por uma lógica restrita de acesso.

## CONCLUSÃO

Ao longo da história da humanidade, a infância teve diferentes interpretações passando a ser incorporada como uma fase de fragilidade e que merece atenção específica a partir do século XVIII. A emergência de práticas de saúde escolar é uma evidência de que a criança e o adolescente ganharam atenção por possuírem características e necessidades peculiares das demais fases do desenvolvimento e cujo cuidado resguardaria a formação da força de trabalho quando ela se colocou como elemento de desenvolvimento econômico, a partir da emergência da produção industrial.

O surgimento da saúde escolar resultou da articulação de doutrinas médicas, sendo a Puericultura, a Polícia Médica e o Sanitarismo, as bases teóricas para a organização das primeiras práticas de saúde escolar no mundo, especificamente na Europa, na passagem do feudalismo para o mercantilismo na era capitalista.

As ações de saúde escolar no Brasil implementadas entre os anos de 1980 e 2007 ocorreram por meio de campanhas com abordagem específicas, de problemas também específicos. As campanhas “olho no olho”, “quem ouve bem aprende melhor” foram destinadas ao público escolar, campanhas que eram restritas e não beneficiavam a todos os alunos, portanto feriam os princípios e diretrizes do SUS. Não se partia de um diagnóstico da população local, dessa forma, não tinham um território definido e não eram regionalizadas por desconsiderar o perfil populacional. Do ponto de vista assistencial, mesmo diagnosticando e tratando as crianças que apresentavam problemas de visão ou audição, não era universal, devido à restrição do atendimento aos alunos da escola pública e de municípios maiores.

O PSE que vigora atualmente no país é resultado de construções teóricas cuja história é permeada por diversos autores e movimentos que buscaram a valorização do escolar. O programa visa a intersectorialidade entre os Ministérios de Educação e Saúde e ampara-se nos princípios do SUS, contudo, a universalização é ferida ao passo em que apenas alunos de escola pública serão atendidos.

Avalia-se que a estrutura atual está melhor desenhada e espera-se que o bom desenvolvimento das ações gerem frutos para a saúde do escolar, ao passo que não corrobore com a ideia de explicar o fracasso escolar por meio dos problemas de saúde e esquecendo do contexto biopsicossocial.

## REFERÊNCIAS

1. Ferriani MGC. A inserção do Enfermeiro na Saúde Escolar: análise crítica de uma experiência. São Paulo: USP; 1991.
2. Lima GZ. Saúde Escolar e Educação. São Paulo: Cortez; 1985.
3. Ferriani MGC.; Gomes, R. Saúde Escolar: contradições e desafios, Goiânia: AB; 1997.
4. Bertolli Filho CB. História da Saúde pública no Brasil. São Paulo: Ática; 1999.
5. Figueiredo TAM, Machado VLT. M, Abreu MMS. A saúde na escola: um Breve resgate histórico. Revista Ciência & Saúde Coletiva. 2010 Mar; 15(2): 397-402. [online] [acesso em 2017 Jul 23]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v15n2/12.2%20t ulio.pdf>.
6. Triviños ANS. Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa em educação. 1a ed. 22 reimpr. São Paulo: Atlas; 2013.
7. Marconi MA, Lakatos EV. Técnicas de pesquisa: planejamento e execução de pesquisas, amostras e técnicas de pesquisa, elaboração, análise e interpretação de dados. 7a ed. 8 reimpr. São Paulo: Atlas; 2015.
8. Gil AC. Como elaborar projetos de pesquisa. 4a ed. São Paulo: Atlas; 2002.
9. Sousa MF. A Reforma Sanitária Brasileira e o Sistema Único de Saúde. Tempus, Actas de Saúde Colet. 2014; 8(1): 11-16. [online] [acesso em 2017 Jul 3]. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1448/1291>.
10. Paiva CHA, Teixeira LA. Reforma sanitária e a criação do Sistema Único de Saúde: notas sobre contextos e autores. História, Ciências, Saúde – Manguinhos. 2014; 21(1): 15-35. [online] [acesso em 2017 Jul 4]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/hcsm/v21n1/0104-5970-hcsm-21-1-00015.pdf>.
11. Souto LRF, Oliveira MHB. Movimento da Reforma Sanitária Brasileira: um projeto civilizatório de globalização alternativa e construção de um pensamento pós-abissal. Saúde debate. 2016; 40(108): 204-218. [online] [acesso em 2017 Jul 3]. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/sdeb/v40n108/0103-1104-sdeb-40-108-00204.pdf>.
12. Brasil. Lei n. 8.080/90. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. Brasília: Diário Oficial da União; 1990. [online] [acesso em 2017 Jul 7]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm).
13. Brasil. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Programa Nacional de Saúde do Escolar: Funcionamento e histórico. Brasília; 2005. [online] [acesso em 2005 Set 13]. Disponível em: <http://www.fnnde.gov.br/programas/pnse.htm>.
14. Patto MHS. A produção do Fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia. 4a ed. revisada e aumentada. São Paulo: Intermeios; 2015.

15. Moysés MA, Collares CAL. Controle e medicalização da infância. *Desidades*. 2013; 1(1): 11-21. [online] [acesso em 2016 maio 20]. Disponível em: <http://desidades.ufrj.br/wp-content/uploads/2013/12/DESidades-1-port.pdf>.
16. Menezes ET, Santos TH. PNSE - Programa Nacional de Saúde do Escolar: Verbete. *Dicionário Interativo da Educação Brasileira*, Educabrazil. São Paulo: Midiamix; 2001. [online] [acesso em 2017 Jul 10]. Disponível em: <http://www.educabrazil.com.br/pnse-programa-nacional-de-saude-do-escolar/>.
17. Brasil. Decreto Presidencial nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995. Dispõe sobre o Programa Comunidade Solidária e dá outras providências. Brasília; 1995. [online] [acesso em 2017 Jul 10]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1995/D1366.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1366.htm).
18. Brasil. Programa Nacional Saúde do Escolar. Campanha Nacional de Reabilitação visual: “OLHO NO OLHO”. Brasília; 1999.
19. CBO. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Apresentação: Campanha Nacional de Reabilitação visual: “OLHO NO OLHO” edição; 2000.
20. CBO. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Manual: Campanha Nacional de Reabilitação visual: “OLHO NO OLHO” edição 2000. São Paulo; 2000.
21. Brasil. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Campanha “Quem ouve bem, aprende melhor!”. Brasília; 1999.
22. Brasil. Ministério da Educação. Campanha “Quem ouve bem, aprende melhor!”: Informações para a imprensa. Brasília; 2001.
23. Brasil. Ministério da Saúde. Campanha “Quem ouve bem aprende melhor!”: Programas. Brasília; 2000.
24. Brasil. Decreto Presidencial nº. 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola – PSE, e dá outras providências. Brasília; 2007. [online] [acesso em 2017 Jun 20]. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm).
25. Brasil. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. Caderno do Gestor do PSE. Brasília; 2015. [online] [acesso em 2017 Jun 20]. Disponível em: [http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno\\_gestor\\_pse.pdf](http://bvsmis.saude.gov.br/bvs/publicacoes/caderno_gestor_pse.pdf)

Recebido em: 30.06.2018  
Aprovado em: 24.09.2018