

## **A saúde escolar do final do século XVIII ao programa saúde na escola, do paradigma do higienismo à saúde colectiva**

**Edson Manoel dos Santos e Valéria Trigueiro Santos Adinolfi**

Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia de São Paulo IFSP, São Paulo. Brasil. E-mails: [edson.manoel@aluno.ifsp.edu.br](mailto:edson.manoel@aluno.ifsp.edu.br), [vtrigueiro@ifsp.br](mailto:vtrigueiro@ifsp.br)

**Resumo:** Desde o final do século XVIII a escola é vista como um importante espaço para intervenções na saúde dos estudantes em diversos países do mundo, incluindo o Brasil. Inicialmente com foco higienista e em alguns momentos eugenista, e atualmente mobilizados pelo paradigma da saúde coletiva, passando pelo movimento das Escolas Promotoras de Saúde ao atual Programa Saúde na Escola, o ambiente escolar tem sido um local de atuação de diferentes profissionais de saúde. Embora não haja um único marco temporal, as práticas higienistas e eugenistas, foram sendo substituídas pelas práticas ancoradas nos paradigmas da saúde coletiva, que consideram fatores ambientais e sociais no processo saúde-doença dos indivíduos, em detrimento do olhar exclusivo para a doença e da responsabilização única do indivíduo por suas condições de saúde defendidas nas práticas higienistas. Esta mudança de paradigma também foi observada nas práticas de saúde escolar com a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde e o Programa Saúde na Escola, embora em pleno século XXI algumas campanhas e ações ainda contenham princípios higienistas e até eugenistas em suas concepções.

**Palavras-chave:** serviços de saúde escolar, saúde coletiva, eugenia.

**Title:** School health from the end 18<sup>th</sup> century to the Health School Program: from the paradigm of hygienism to collective health

**Abstract:** Since the end of the 18<sup>th</sup> century, the school has been seen as an important space for student health interventions in several countries around the world, including Brazil. Initially focused on hygienist and sometimes eugenicist, and currently mobilized by the collective health paradigm, passing through the Health Promoting Schools movement to the current Health at School Program, the school environment has been a place for different health professionals to work. Although there is not a single time frame, hygienist and eugenicist practices have been replaced by practices anchored in the collective health paradigms, which consider environmental and social factors in the health-disease process of individuals, to the detriment of looking exclusively at disease and illness. sole responsibility of the individual for their health conditions defended in hygienist practices. This paradigm shift was also observed in school health practices with the Regional Health Promoting Schools Initiative and the Health at School Program, although in the 21<sup>st</sup> century some campaigns and actions still contain hygienist and even eugenicist principles in their conceptions.

**Keywords:** school health services, public health, eugenics.

## **Introdução**

Parcerias entre os setores de Educação e Saúde, especialmente no que diz respeito à implementação de programas de assistência à saúde dos estudantes, são relatadas desde o final do século XVIII. Os estudos que discutem tais políticas e ações têm indicado muitas fragilidades e desafios na implementação de ações intersetoriais, tais como ausência de comprometimento igualitário entre os setores, fragmentação das ações e predomínio de abordagens setorializadas e biomédicas (Marcondes, 1972; Sousa, Esperidião e Medina, 2017; Temporini, 1988).

Exemplo mais recente desta parceria, no ano de 2007 foi lançado o Programa Saúde na Escola (PSE) como uma estratégia para integração e articulação permanente entre as políticas de educação e saúde. Seu propósito é ampliar as ações de saúde dirigidas aos alunos da rede pública de ensino, articulando as redes de saúde e da educação, contribuindo para a formação integral dos estudantes e desenvolvendo ações de prevenção, promoção e assistência à saúde (Decreto nº 6.286/2007 Brasil, 2007).

Porém, antes da criação do PSE em 2007, é necessário compreender como educação e saúde se relacionam desde o final do século XVIII, quando práticas de polícia médica, higienismo e eugenismo se faziam presentes em muitas das ações de saúde escolar no Brasil e no mundo. Neste sentido, o objetivo deste artigo é apresentar um resgate histórico das práticas de saúde escolar, desde o final do século XVIII ancorados em práticas higienistas e eugenistas, ao Programa Saúde na Escola, inspirado nos preceitos da saúde coletiva.

## **O higienismo nas práticas de saúde escolar**

Um dos primeiros registros da entrada da saúde na escola é realizado pelo médico alemão Johann Peter Frank (1745-1821), considerado o "pai da saúde escolar" (Lima, 1985). Entre o final do século XVIII e início do século XIX, Peter Frank elaborou o *System einer Vollstandigen Medicinischen Politizei*, mais conhecido como Sistema Frank, tendo o primeiro volume publicado em 1792. O Sistema Frank, além da saúde escolar, tratava de múltiplos aspectos da higiene pública e individual, saúde, além de questões relacionadas a organização político-social à época (Lima, 1985).

De acordo com Lima (1985), o olhar do Sistema Frank para a saúde escolar era direcionado ao atendimento e a supervisão em escolas, cuidando desde questões como a prevenção de acidentes e a higiene mental, a elaboração de programas de atletismo à iluminação das salas de aula, o aquecimento do ambiente e a ventilação dos espaços. Peter Frank, também apresentou a figura do "oficial de saúde" que deveria atuar nos colégios orientando alunos e professores quanto à manutenção e promoção da saúde, bem como esclarecer aos adolescentes sobre os excessos sexuais.

O Sistema Frank era inspirado em três doutrinas: 1) a da polícia médica, pela inspetoria das condições de saúde dos envolvidos com o ensino; 2) a do sanitarismo, pela prescrição à respeito da salubridade dos locais de ensino; e 3) a da puericultura, pela difusão de regras de viver para

professores e alunos e a interferência em favor de uma pedagogia mais "fisiológica", isto é, mais adequada aos corpos escolares aos quais se aplicasse.

Na primeira década do século XX, a higiene escolar se institucionalizou em países da América Latina e Europa, além da Austrália, Estados Unidos e Japão (Lima, 1985). Assim, nestes países, a higiene escolar teve a missão de reduzir a pobreza através da educação sobre os hábitos de higiene que, melhorando os corpos pela atividade física, boa alimentação e redução da estafa possibilitaria aos estudantes maior aptidão para o trabalho e para as obrigações da cidadania (Lima, 1985). Este pensamento vai de encontro as ideias de Saviani (2012) sobre a escola que reproduz a sociedade burguesa e capitalista à sua época. Como também, o uso da escola como campo fértil para ideias eugenistas.

No Brasil, a partir de 1850 começa a se observar uma tímida interferência do Estado na saúde escolar, em especial sobre as frequentes epidemias de cólera, febre amarela e varíola na cidade do Rio de Janeiro (Lima, 1985). Em 1886, um Decreto Imperial, determina que comissários passem a visitar as escolas do Império para diagnosticar alunos com doenças transmissíveis (Decreto Imperial nº 9554/1886 Brasil, 1886).

Distantes da realidade, as exigências do Decreto Imperial não se concretizariam, e a higiene escolar, se institucionalizaria no Brasil nos primeiros anos da República, a partir da década de 1910 nas cidade de São Paulo e Rio de Janeiro (Lima, 1985).

No Estado de São Paulo, práticas de higiene escolar podem ser identificadas a partir de 1894 quando é estabelecido o Código Sanitário do Estado, que entre outras questões tratava sobre a construção dos prédios escolares e quantidade máxima de alunos por sala de aula, além de questões como arejamento, iluminação e mobília dos prédios como a orientação da prática física, do descanso escolar e do afastamento de alunos com doenças transmissíveis (Decreto nº 233/1894 São Paulo (Estado), 1894).

Vale lembrar que no Brasil, e possivelmente em muitos outros países do mundo, onde se institucionalizava a saúde escolar, a educação pública do começo do século XX não era para todos, era uma educação, como bem relata Saviani (2012), para os filhos da burguesia, enquanto os filhos da classe operária, não eram crianças, mas sim, pequenos adultos que desde tenra idade já estavam a trabalhar por 12 ou mais horas diárias com seus pais em fábricas e tecelarias, não restando assim, tempo para a escola nos raros locais onde ela existia.

E quando estes tinham acesso às escolas, a individualização da educação realizada pela higiene escolar e pelo movimento escolanovista que surgia (Saviani, 2012), foi se modelando de modo a expressar um nítido caráter de classe, na ideia da educação sob medida, "separando os indivíduos inferiorizados ou retardados para que percebam uma dose de educação conveniente" (Lima, 1985). Segundo Ballester (2017), chegou-se a acreditar que a prática do higienismo, poderia tornar a escola um organismo regenerador da raça e impulsionador do progresso social.

No Estado de São Paulo, a década de 1910 é marcada pela Inspeção Médica Escolar e a inclusão da Higiene no currículo das escolas normais. Surgem os Inspetores da Higiene Escolar que poderiam realizar intervenções nas escolas públicas em questões desde a infraestrutura predial, nas práticas pedagógicas e na saúde dos alunos. A partir de 1920, há ênfase na assistência médico-odontológica, na nutrição e subnutrição, na antropometria, na deficiência intelectual, nas principais psicopatias infantis e o avanço destes serviços ao interior do estado (Lima, 1985).

Para alguns autores, a Inspeção Médica Escolar estava marcada por ideias eugênicas de melhoramento da raça e o culto a perfeita estrutura física como elementos fundamentais para o pleno desenvolvimento da nação. Em 1909, Ferreira já dizia que a Inspeção Médica Escolar “reduzirá a deterioração física, o abastardamento da raça, dando à pátria cidadãos instruídos e sadios”. Basile, em 1920 ainda complementava que o capital de maior valor de um Estado era “criar uma geração perfeita no físico e na moral” (Lima, 1985).

As ideias eugênicas por trás da Inspeção Médica Escolar já eram apresentadas por Souza em 1907, nos Anais do Sexto Congresso Brasileiro de Medicina e Cirurgia ao citar que “o progresso de um país está inteiramente subordinado à unificação do seu povo, e está subordinada à uma boa educação pública [...]. Não basta, portanto, instruir um povo: é necessário ainda aumentar e melhorar a raça” (Lima, 1985). Esta preocupação com o melhoramento da raça, já era cultuada em diversos países europeus ditos “civilizados e cultos”, tornando se também uma preocupação do Brasil.

As ideias apresentadas por Ferreira, Basile e Souza retratando as primeiras décadas dos anos 1900 vão deixando claro a responsabilização individual que o Estado transferia para o cidadão por suas condições de saúde, sem considerar o contexto social à época de pouco ou nenhum acesso aos serviços de saúde, bem como saneamento básico e condições dignas de moradia e trabalho.

Segundo Lima (1985), em meio as ideias eugênicas de melhoramento da raça e da identificação do “tipo físico paulista” na década de 1920, surge à profissão Professor de Higiene e as Educadoras Sanitárias em 1925. Também são realizadas alterações nos currículos das escolas normais como a presença de temas de anatomia e fisiologia humana, causas gerais de doenças, agentes infecciosos animais e vegetais, noções sobre imunidade, doenças infectocontagiosas sob o ponto de vista higiênico, higiene individual, higiene domiciliar, infantil e escolar (Lima, 1985; Luz, Rodrigues e Conterno, 2018). Estar presente nos materiais de formação dos professores e nos materiais didáticos dos alunos, foi a maneira do higienismo se concretizar dentro da sala de aula (Ballester, 2017).

Foucault (1998), acreditava que do século XVII ao início do século XX, o investimento no corpo pelo poder deveria ser denso, rígido, constante e meticuloso, o que resultou em terríveis regimes disciplinares que se concentraram em hospitais, casernas, oficinas, cidades, edifícios, nas famílias e inclusive, nas escolas. Para Batista (2016), saia de cena um corpo suplicado e ficava em evidência cada vez mais um corpo adestrado.

A importância da saúde escolar nos anos 1920 se dava pelo olhar que o Estado tinha pela saúde individual das crianças enquanto base da estabilidade e segurança da nação, neste sentido a escola ganhava mais um dever, pois além de ensinar seus alunos, devia ser um agente terapêutico e curar suas doenças. Os professores primários eram orientados pelas enfermeiras visitadoras, educadoras sanitárias e médicos (Lima, 1985).

Na década de 1930, decretos do Governo do Estado de São Paulo sobre higiene escolar, apresentam um olhar para a formação da consciência sanitária e do convencimento destas práticas pelos estudantes, o olhar para o desenvolvimento físico e psíquico, com vistas à formação de mão-obra e também, a criação de escolas e colônias de férias para os deficientes intelectuais (Lima, 1985). Assim, a educação fica longe de ser um instrumento de superação da marginalidade e converte-se em fator de marginalização (Saviani, 2012). Observa também a formação de “corpos dóceis”, obedientes e bonzinhos, que não contestam e apenas se deixam instruir, sendo formado e reformado, apto a trabalhar na sociedade industrial-capitalista (Foucault, 1998), formando os futuros trabalhadores para agir de maneira mecanicista, num processo gradativo, que é sustentado pelas instituições que fazem uso do poder disciplinador, no caso, as escolas (Brighente e Mesquida, 2011). Uma violência simbólica praticada dentro do ambiente escolar pelos agentes do Estado.

O caminho trilhado até então pela saúde escolar, bem como o I Congresso Nacional de Saúde Escolar, realizado em 1942, reforça que a finalidade da saúde escolar à época “persistia sendo o fortalecimento da moral, o aperfeiçoamento da raça, a formação de cidadãos produtivos e úteis à pátria e a nação. Eugenia continuava sendo uma palavra-chave, como antes” (Lima, 1985).

Desde o Império, a saúde escolar reaparece no âmbito nacional com a Constituição de 1967, na qual cabia a escola transmitir conhecimentos atualizados e úteis aos alunos e a comunidade (Marcondes, 1972). Em seguida a Lei de Diretrizes e Bases de 1971 traz a obrigatoriedade da inclusão da Educação Moral e Cívica, Educação Física, Educação Artística e Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus” (Lei Federal nº 5.692/1971 Brasil, 1971).

Na década de 1980, o Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, cria o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), com o objetivo de promover a saúde dos estudantes do ensino fundamental, com ações de médicos clínicos, oftalmologistas e dentistas de caráter educativo, preventivo e curativo, em escolas públicas de municípios com mais de 40 mil habitantes. De acordo com Menezes (2001) e Luz et al. (2018), o PNSE é criado com a justificativa de que os problemas de saúde dos alunos interferem no processo de ensino-aprendizagem. Ou seja, acreditava-se que a resolução de tais problemas clínicos, fossem suficientes para a melhoria do ensino.

Reformulado em 1995, o PNSE se adequou para atender aos municípios beneficiados pelo Programa Comunidade Solidária como estratégia de combate a extrema pobreza, por intermédio dos projetos: Projeto Cesta Saúde do Escolar, que visava dotar a escola de produtos de higiene pessoal e de primeiros socorros, para alunos dos anos iniciais do ensino

fundamental; e o Projeto de Assistência Integral à Saúde do Escolar destinado aos estudantes do primeiro ano do ensino fundamental, que residiam em bolsões de pobreza das capitais estaduais (Decreto nº 1.366/1995 Brasil, 1995; Luzet et al., 2018; Menezes, 2001).

Em 1998, o Ministério da Educação (MEC) em parceria com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia lança a campanha "Olho no Olho" com a finalidade de identificar dificuldades visuais em alunos do 1º ano do ensino fundamental. Em 1998 e 1999 foram atendidos mais de 3,7 milhões de alunos e distribuídos mais de 250 mil óculos aos estudantes atendidos (Russ, Temporini e Kara-José, 2004).

No mesmo período, em parceria com a Sociedade Brasileira de Otologia, a Fundação Otorrinolaringologia e as Sociedades Brasileiras de Otorrinolaringologia e Fonoaudiologia, o MEC e o Ministério da Saúde lançam a campanha "Quem Ouve Bem, Aprende Melhor", com o objetivo de identificar a presença de deficiência auditiva em alunos do 1º ano do ensino fundamental em escolas públicas de municípios com mais de 50 mil habitantes (Portaria Interministerial nº 1.487/1999 Brasil, 1999).

Nas duas campanhas "Olho no Olho" e "Quem Ouve Bem, Aprende Melhor" contavam em sua primeira fase com uma capacitação aos professores por profissionais de saúde para que preparassem os alunos antes dos atendimentos clínicos. Em ambos os casos as campanhas foram restritas e focalizadas em um único público, alunos do primeiro ano do ensino fundamental, e ainda assim, não era para todos, pois, os municípios com menos de 50 mil habitantes não foram contemplados em nenhuma das duas campanhas, desrespeitando o princípio da universalidade do Sistema Único de Saúde (SUS).

Culpabilizar uma situação de saúde pelo baixo rendimento escolar, repetência ou evasão, não é novidade apresentada nas campanhas do final dos anos 1990, mas algo que se remete a higiene escolar desde o final do século XVIII, que foca sua atuação nas condições clínicas individuais e responsabiliza exclusivamente o aluno por suas condições de saúde.

As práticas de saúde escolar ancoradas no paradigma da saúde coletiva

Não há consenso na literatura de quando as práticas de saúde migram do paradigma do higienismo para a saúde coletiva, para alguns autores, práticas higienistas são observadas até os dias atuais, porém, um dos marcos desta mudança conceitual é a Carta de Ottawa, resultante da 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde realizada em 1986 na cidade de Ottawa – Canadá.

A Carta de Ottawa, busca ampliar o olhar para a promoção à saúde, ao invés do foco exclusivo na doença. A promoção a saúde deve considerar fatores como a paz, moradia, alimentação, renda, ecossistema estável, recursos sustentáveis, justiça social, equidade e educação. A política de promoção da saúde requer a identificação e a remoção de obstáculos para a adoção de políticas públicas saudáveis nos setores que não estão diretamente ligados à saúde, mas que são fundamentais para a manutenção da saúde da população, buscando uma abordagem socioecológica da saúde (Ministério da Saúde Brasil, 2002).

As práticas de saúde escolar do final do século XX e início do século XXI, podem ser destacadas pela criação da Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde na América Latina e Caribe pela OPAS (Organização Pan-Americana de Saúde) e pelo Programa Saúde na Escola.

A proposta de um movimento de Escolas Promotoras de Saúde (EPS) nasce em 1995 com a pretensão de envolver serviços de saúde, educação e a comunidade. Ao se comprometer com essa iniciativa, escolas, comunidades e os serviços locais de saúde, atestam a capacidade para desenvolver conhecimentos, atitudes e práticas de promoção da saúde e prevenir fatores e condições de risco nas novas gerações. Nesta iniciativa, os serviços de saúde são capazes de identificar e responder às necessidades de saúde dos alunos e em contrapartida, espera-se que a promoção da saúde escolar reduza a evasão e os níveis de repetência, considerados, fatores de risco para a saúde e o desenvolvimento humano (OPAS, 2003).

Para a OPAS (1998), EPS são escolas que têm um edifício seguro e confortável, com água potável, instalações sanitárias adequadas e um ambiente psicológico positivo para a aprendizagem, que promovam o desenvolvimento humano saudável e relações sociais construtivas e harmoniosas, e que fomentem atitudes positivas para a saúde. Uma parte significativa do papel dessas escolas é transmitir conhecimentos e habilidades que promovam o autocuidado e ajudem a evitar comportamentos de risco. Suas atividades visam formar jovens com espírito crítico, capazes de refletir sobre os valores, a situação social e os modos de vida que favorecem a saúde e o desenvolvimento humano.

A promoção da saúde escolar, de acordo com o conceito das EPS definido pela OPAS (1998), ocorre com base em três componentes, a saber: 1) educação para a saúde com enfoque integral; 2) criação de entornos saudáveis e; 3) provisão de serviços de saúde.

Estes conceitos visam promover estilos de vida saudáveis para toda a comunidade escolar, desenvolvendo ambientes saudáveis e contribuindo para a promoção da saúde. As EPS oferecem oportunidades e exigem compromissos para alcançar um ambiente físico e um ambiente social positivo e seguro.

De acordo com a OPAS ([s.d.]), apesar das experiências positivas e bem-sucedidas observadas em diversos países do continente, ainda existem grandes dificuldades nos programas de saúde escolar nos vários países da região. Os problemas e dificuldades encontrados, por um lado, são motivo de preocupação e, por outro, são uma oportunidade para melhorar a saúde das crianças, jovens e de toda a comunidade educacional.

Assim, a OPAS ([s.d.]) identifica como áreas prioritárias para promover a saúde no ambiente escolar: 1) a integração da educação em saúde no currículo escolar com uma abordagem abrangente e baseada em uma metodologia participativa; 2) melhorar os serviços de saúde e alimentação e; 3) criar ambientes físicos e sociais saudáveis. Para a OPAS ([s.d.]), "as escolas têm mais potencial do que qualquer outra instituição pública da sociedade para ajudar jovens e adultos a viver vidas mais saudáveis".

No Brasil, que também é membro da Iniciativa Regional de Escolas Promotoras de Saúde na América Latina e Caribe, diversas ações foram

realizadas em todas as regiões do país valorizando o conceito de promoção da saúde e deixando definitivamente para trás as práticas de saúde escolar com bases em paradigmas higienistas dos séculos XIX e XX. Além da promoção à saúde, as práticas realizadas contavam com o envolvimento da comunidade escolar e seu entorno na valorização e fomento de ambientes saudáveis. As parcerias realizadas entre os serviços de educação e saúde, mudaram a postura passiva das escolas e o desenvolvimento das ações com os alunos buscavam a sua formação crítica e o estímulo a autonomia (Ministério da Saúde Brasil, 2006).

A partir de 2007, as práticas de saúde escolar no Brasil passam a ser realizadas no âmbito do Programa Saúde na Escola. O PSE, foi criado em conjunto pelos Ministérios da Saúde e Educação com a finalidade de contribuir com a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde de acordo com os princípios e diretrizes do SUS ((Decreto nº 6.286/2007 Brasil, 2007). Os ideais de promoção à saúde, autonomia e formação crítica dos alunos, envolvimento da comunidade e a intersectorialidade entre os serviços de educação e saúde das EPS também estão entre as metas e objetivos do PSE.

Entre os objetivos do PSE, podemos destacar: 1) Promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação; 2) Contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos e; 3) Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo ((Decreto nº 6.286/2007 Brasil, 2007).

Atualmente o PSE é organizado em 12 ações prioritárias, a saber:

- “I) Ações de combate ao mosquito *Aedes aegypti*;
- II) Promoção das práticas corporais, da atividade física e do lazer nas escolas;
- III) Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas;
- IV) Promoção da cultura de paz, cidadania e direitos humanos;
- V) Prevenção das violências e dos acidentes;
- VI) Identificação de educandos com possíveis sinais de agravos de doenças em eliminação;
- VII) Promoção e avaliação de saúde bucal e aplicação tópica de flúor;
- VIII) Verificação e atualização da situação vacinal;
- IX) Promoção da alimentação saudável e prevenção da obesidade infantil;
- X) Promoção da saúde auditiva e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração;
- XI) Direito sexual e reprodutivo e prevenção de DST/AIDS; e



XII) Promoção da saúde ocular e identificação de educandos com possíveis sinais de alteração (Portaria Interministerial nº 1.055/2017 Brasil, 2017)”.

Para o Ciclo 2019/2020, o PSE está presente em 5.289 municípios, o que equivale a 94,95% das cidades brasileiras. Estão pactuados com o programa 91.659 escolas, 57.001 equipes de saúde e 22.425.160 estudantes (Ministério da Saúde Brasil, 2020).

### **Mas quando ocorre a mudança do paradigma do higienismo para a saúde coletiva no contexto da saúde escolar?**

Desde 1792, com a publicação do Sistema Frank ao PSE em 2007, o ambiente escolar tem se consolidado como local propício para a realização de práticas de saúde, tenha sido pela ação da então polícia médica, pelo higienismo, pela intenção de fortalecer o eugenismo e reproduzir os interesses da sociedade burguesa e capitalista. A ação das educadoras sanitárias e as diversas campanhas pontuais e fragmentadas, as ações das EPS, ao advento do PSE estruturado com base nos princípios e diretrizes do SUS, a saúde escolar está repleta de marcos históricos fundamentais para sua compreensão. Alguns destes marcos, estão sistematizados no Anexo 1.



Figura 1.- O modelo de determinação social de Dahlgren e Whitehead. Fonte: Dahlgren e Whitehead (1991).

Matumoto, Mishima e Pinto (2001) , diz que o termo saúde coletiva surge no final da década de 1970 em um momento de “reordenamento de um conjunto de práticas relacionadas à questão da saúde, diante da necessidade de outros saberes, além dos da medicina, para a compreensão do processo saúde-doença e da convivência cotidiana entre diferentes profissionais”. Para Nunes (2017), o paradigma da saúde coletiva se institucionalizou no final dos anos 1970 com a criação de cursos de mestrado e doutorado em saúde pública e medicina social e com a criação da Associação Brasileira de Saúde Coletiva em 1979.

Conforme Pentecost, Chun e Silva (2005), nos anos 1920 e 1930, o sistema de saúde do Brasil e em especial as práticas de saúde escolar eram

baseadas no modelo higienista e eugenista inspirados na polícia médica alemã. Nos anos 1960 e 1970 o paradigma de saúde brasileiro vai se transformando para a saúde coletiva, mas registra que “resquícios da abordagem higienista encontram-se presentes até hoje nas ações educativas em saúde e nas campanhas sanitárias”. Para as autoras, as ações educativas em saúde, de base higienista no Brasil, são marcadas por perspectivas preconceituosas, hierárquicas, individualistas e autoritárias, de foco cognitivista e comportamental.

Para Góis Júnior e Lovisolo (2003), o movimento higienista no Brasil segue até os anos 1930/1940, mas acredita também que no que se refere ao culto ao corpo perfeito realizado a partir dos apelos da prática física e da estética, permanecem atuais em conjunto com os ideais eugenistas. Bezerra e Sorpreso (2016), marcam que o higienismo vai até a década de 1930 e 1950 e que as ideias de saúde coletiva surgem a partir dos anos 1970.

No contexto escolar, as mudanças de paradigmas podem ser observadas nas ações e programas inspirados nos pressupostos das EPS ou nas ações do PSE que considerem o contexto social, os saberes de outros profissionais além dos profissionais de saúde, que envolvam o entorno escolar e resulte em aprendizado que gere uma mudança significativa no cuidado a saúde dos estudantes e da comunidade. Mas, é necessário ficar atento, pois a depender da forma como as práticas de saúde escolar forem realizadas, mesmo identificadas enquanto PSE ou EPS, podem estar reproduzindo os ideais higienistas e eugenistas do começo do século XIX.

### **Conclusões**

As práticas higienistas e eugenistas presentes na educação dos séculos XIX e XX, se fundamentavam num processo de pedagogização da saúde e medicalização da educação que não escondia sua face conivente com um processo de exclusão social (Penteado, Chun e Silva, 2005). As práticas de saúde coletiva defendidas pela Carta de Ottawa, as EPS e o PSE, buscam na contramão do higienismo e eugenismo, a integração coletiva, o olhar para o território e a comunidade. Um cuidado com a saúde que ultrapassa as barreiras da responsabilização única do indivíduo por sua saúde.

Práticas como a antropometria continuam vigentes desde a Inspeção Médica Escolar até o PSE. O paradigma do higienismo ou da saúde coletiva presente na prática da antropometria, deverá nortear esta ação por parte do profissional de saúde acompanhada por um profissional de educação, para que a referida medida não seja apenas mais um dado, mas que seja um índice para o real monitoramento do desenvolvimento da criança e não para a categorização em padrões de beleza estabelecidos pela sociedade moderna. O mesmo ocorre com as demais práticas educativas realizadas no escopo de ações do PSE, para que sejam desenvolvidas em conjunto por profissionais de educação e saúde, que sejam coerentes com a realidade e as necessidades locais, que gerem autonomia e aprendizado nos estudantes e na comunidade para o cuidado com sua saúde.

Alguns autores, defendem ainda que os ideais higienistas e eugenistas do século XIX permanecem presentes em nossa sociedade e nas práticas de saúde escolar até hoje, apenas ganharam uma nova roupagem, como o culto a prática física e o cuidado individual com a saúde como a principal,

ou única, estratégia de cuidado, desconsiderando práticas de responsabilidade compartilhada e governamental defendidas pelos pressupostos da saúde coletiva. Tais práticas, como a oferta de saneamento básico, lazer, escolas e ensino de qualidade e comunidades como espaços saudáveis de convivência, trabalho, moradia, justiça e equidade, como aspectos que interferem no cuidado com a saúde e que devem estar presentes nas práticas de saúde realizadas no âmbito da saúde escolar.

### **Referências bibliográficas**

Ballester, R. (2017). Saúde e Educação no contexto escolar. Em L. M. Bertucci, A. Mota, e L. B. Schraiber (Eds.), *Saúde e Educação: um encontro plural* (pp. 219–226). Rio de Janeiro: Fiocruz.

Batista, F. (2016). Os corpos de Foucault: utópico, disciplinado e para além. *Olhares plurais*, 1(14), 153–166. Recuperado de <https://revista.seune.edu.br/index.php/op/article/view/173/181>

Bezerra, I. M. P. e Sorpreso, I. C. E. (2016). Conceitos de saúde e movimentos de promoção da saúde em busca da reorientação de práticas. *Journal of Human Growth and Development*, 26(1), 11–16. <http://dx.doi.org/10.7322/jhgd.113709>

Brighente, M. F., e Mesquida, P. (2011). Michel Foucault: os corpos dóceis e disciplinados nas instituições escolares. *Anais do X Congresso Nacional de Educação - Educere*. Curitiba: Pontifícia Universidade Católica do Paraná. Recuperado de [https://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4342\\_2638.pdf](https://educere.bruc.com.br/CD2011/pdf/4342_2638.pdf)

Dahlgran, G., e Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health Stocolm*. Institute for Future Studies. Recuperado de <https://www.iffs.se/media/1326/20080109110739filmz8uvqv2wqfshmr6cut.pdf>

Decreto nº 233, de 02 de fevereiro de 1894 São Paulo (Estado). (1894). Estabelece o código sanitário. Recuperado de <https://www.al.sp.gov.br/norma/137356>

Decreto nº 1.366, de 12 de janeiro de 1995 Brasil. (1995). Dispõe sobre o Programa Comunidade Solidária e dá outras providências. Recuperado de: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/decreto/1995/D1366.htm#:~:text=D ECRETO%20N%C2%BA%201.366%2C%20DE%2012%20DE%20JANEIRO%20DE%201995.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Programa%20Comunidade,e%20o%20disposto%20no%20art.](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/decreto/1995/D1366.htm#:~:text=D ECRETO%20N%C2%BA%201.366%2C%20DE%2012%20DE%20JANEIRO%20DE%201995.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20o%20Programa%20Comunidade,e%20o%20disposto%20no%20art.)

Decreto nº 6.286/2007 Brasil. (2007). Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. 6 dez. 2007. Recuperado de: [http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com\\_docman&view=download&alias=8606-saudenaescola-decreto6286-pdf-1&category\\_slug=agosto-2011-pdf&Itemid=30192](http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_docman&view=download&alias=8606-saudenaescola-decreto6286-pdf-1&category_slug=agosto-2011-pdf&Itemid=30192) .

Decreto Imperial nº 9.554, de 3 fevereiro de 1886 Brasil. (1886). Reorganiza o serviço sanitário do império. Recuperado de <https://www2.camara.leg.br/legin/fed/decret/1824-1899/decreto-9554-3-fevereiro-1886-543197-publicacaooriginal-53270-pe.html> .

Foucault, M. (1998). *Microfísica do poder* (13ª Ed.) Rio de Janeiro: Edições Graal.

Góis Júnior, E., e Lovisolo, H. R. (2003). Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. *Revista Brasileira de Ciências do Esporte*, 25(1) 41–54. Recuperado de <http://revista.cbce.org.br/index.php/RBCE/article/view/172>

Lei federal nº 5.692, de 11 de agosto de 1971 Brasil. (1971). Fixa Diretrizes e Bases para o ensino de 1º e 2 graus, e da outras providências. Recuperado de: [https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop\\_mostrarintegra;jsessionid=F8342BB4536FBA13C8A2FC6081001C83.proposicoesWebExterno2?codteor=713997&filename=LegislacaoCitada+-PL+6416/2009](https://www.camara.leg.br/proposicoesWeb/prop_mostrarintegra;jsessionid=F8342BB4536FBA13C8A2FC6081001C83.proposicoesWebExterno2?codteor=713997&filename=LegislacaoCitada+-PL+6416/2009).

Lima, G. Z. (1985). *Saúde escolar e educação*. São Paulo: Cortez.

Luz, M., Rodrigues, R., e Conterno, S. (2018). Ações de saúde escolar no Brasil de 1980 à instituição do Programa Saúde na Escola. *Revista Varia Scientia - Ciências da Saúde*, 4(2) 176–186. Recuperado de <http://e-revista.unioeste.br/index.php/variasaude/article/view/19823/13698>

Marcondes, R. S. (1972). Educação em saúde na escola. *Revista de Saúde Pública*, 6(1) 89–96. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101972000100010>

Matumoto, S., Mishima, S. M., e Pinto, I. C. (2001). Saúde coletiva: um desafio para a enfermagem. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(1) 233–241. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2001000100025>

Menezes, E. T. *PNSE* (Programa Nacional de Saúde do Escolar). *Dicionário interativo da educação brasileira*. Recuperado de: <https://www.educabrasil.com.br/pnse-programa-nacional-de-saude-do-escolar/>

Ministério da Saúde Brasil. (2002). *As cartas da promoção da saúde*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde Brasil. (2006). *Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil*. Brasília: Ministério da Saúde.

Ministério da Saúde Brasil. (2020). Nota técnica nº 17/2020-CGPROFI/DEPROS/SAPS/MS. Divulgação dos resultados do monitoramento das ações do Programa Saúde na Escola do primeiro ano do ciclo 2019/2020. Ministério da Saúde. Recuperado de: [http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17\\_Monitoramento\\_PSE\\_2019.pdf](http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/academia/NT17_Monitoramento_PSE_2019.pdf) .

Nunes, E. D. (2017). Saúde coletiva: uma história recente de um passado remoto. Em G. W. Campos (Eds.), *Tratado de saúde coletiva* (pp. 17-38). (2ª Ed.) São Paulo: Hucitec.

Organización Panamericana de la Salud e Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPAS) [s.d]. *Escuelas promotoras de la salud: modelo y guía para la acción*. Washington: OPAS.

Organización Panamericana de la Salud e Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPAS) (2003). *Escuelas promotoras de la*

*salud: fortalecimiento de la iniciativa regional: estrategias y líneas de acción 2003-2012.* Washington: OPAS.

Organización Panamericana de la Salud e Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud (OPAS) (1998). *Escuelas promotoras de la salud: entornos saludables y mejor salud para las generaciones futuras.* Washington: OPAS.

Penteado, R. Z., Chun, R. Y. S. e Silva, R. C. (2005). Do higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal. *Distúrbios da Comunicação*, 17(1) 9-17. Recuperado de <https://revistas.pucsp.br/index.php/dic/article/view/11677/8404>

Portaria Interministerial nº 1.055, de 25 de abril de 2017 Brasil, Ministério da Educação e Ministério da Saúde. (2017). Redefine as regras e os critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola – PSE por estados, Distrito Federal e municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Recuperado de: [http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055\\_26\\_04\\_2017.html](http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html).

Portaria Interministerial nº 1.487, de 15 de outubro de 1999 Brasil. (1999). Recuperado de: <https://forl.org.br/AcaoSocial/Visualizar/2>.

Russ, H. H. A., Temporini, E. R. e Kara-José, N. (2004). Impacto da campanha Olho no Olho em escolas de ensino fundamental: percepção do pessoal de ensino. *Arquivos Brasileiros de Oftalmologia*, 67, 311-321. <https://doi.org/10.1590/S0004-27492004000200023>

Saviani, D. (2012). *Escola e democracia* (42ª Ed.) Campinas: Autores Associados.

Sousa, M. C., Esperidião, M. A., e Medina, M. G. (2017). A intersetorialidade no Programa Saúde na Escola: avaliação do processo político-gerencial e das práticas de trabalho. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(6) 1781-1790. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017226.24262016>

Temporini, E. R. (1988). Percepção de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo sobre seu preparo em saúde do escolar. *Revista de Saúde Pública*, 22(5) 411-421. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101988000500006>

Anexo 1. – Marcos históricos da saúde escolar e o respectivo paradigma de saúde predominante.

Ano/ período	Evento histórico	Paradigma de saúde predominante
1792	O médico alemão Peter Frank publica o <i>System einer Vollstandigen Medicinischen Politizei</i> , um amplo e complexo tratado sobre saúde.	Higienismo (Bezerra e Sorpreso, 2016; Góis Júnior e Lovisololo, 2003; Penteado, Chun e Silva, 2005)
1850	Frequentes epidemias de cólera, febre amarela e varíola na cidade do Rio de Janeiro levam o Império a olhar para as escolas como possível foco de contaminação.	
1890	A cidade de São Paulo inicia a Inspeção Médica Escolar.	
1894	É estabelecido o Código Sanitário do Estado de São Paulo.	
1910	Na cidade do Rio de Janeiro, é criado o Serviço de Inspeção Médica Escolar.	
1911	O Serviço Sanitário do Estado de São Paulo cria o Serviço de Inspeção Médica Escolar.	
1913	Serviços de Saúde Escolar são criados em Pernambuco, Bahia e Minas Gerais.	
1918	Serviços de Saúde Escolar são criados no Paraná e Santa Catarina.	
Década de 1920	Surge a profissão Professor de Higiene no Estado de São Paulo.	
	Alteração nos currículos das Escolas Normais para inclusão dos temas de saúde e higiene.	
1920	O Estado de São Paulo inclui a assistência médico-odontológica, nutrição, antropometria, deficiência intelectual e principais psicopatias infantis na Inspeção Médica Escolar que avança ao interior do Estado.	Higienismo (Bezerra e Sorpreso, 2016; Góis Júnior e Lovisololo, 2003)
1925	Surge a Profissão das Educadoras Sanitárias no Estado de São Paulo.	
1942	É realizado no Estado de São Paulo o I Congresso Nacional de Saúde Escolar.	
1967	Constituição Federal da República apresenta a responsabilidade da escola frente a saúde dos estudantes.	Saúde Coletiva (Penteado, Chun e Silva, 2005)
1974	Conselho Federal de Educação publica o parecer n.º 2.246 reforçando o caráter obrigatório dos Programas de Saúde nos currículos do 1º e 2º graus.	
Década de 1980	O Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação, cria o Programa Nacional de Saúde Escolar.	Saúde Coletiva (Bezerra e Sorpreso, 2016; Matumoto, Mishima e Pinto, 2001; Nunes, 2017; Penteado, Chun e Silva, 2005)
1988	Constituição Federal da República, artigo 208 - Inciso VII, "atendimento ao educando, em todas as etapas da	

	educação básica, por meio de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde”.	
1995	A OPAS cria a Iniciativa Regional Rede de Escolas Promotoras de Saúde	
2007	É criado o Programa Saúde na Escola pelo Decreto Presidencial n.º 6.286 de 05 de dezembro de 2007.	