



Universidade Eduardo Mondlane

Faculdade de Medicina
Departamento de Saúde da Comunidade

Curso de Mestrado em Saúde Pública

**AVALIAÇÃO DAS ACÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE NAS
ESCOLAS PRIMÁRIAS DO DISTRITO DA MATOLA.**

Pedro Alberto Cossa

Dissertação de Mestrado

Maputo, Julho de 2009



Universidade Eduardo Mondlane

Faculdade de Medicina

Departamento de Saúde da Comunidade

CURSO DE MESTRADO EM SAÚDE PÚBLICA

**AVALIAÇÃO DAS ACÇÕES DE PROMOÇÃO DE SAÚDE ESCOLAR
NAS ESCOLAS PRIMÁRIAS DO DISTRITO DA MATOLA.**

Pedro Alberto Cossa

Supervisor: Dr Osvaldo Matavel
(Sociólogo e Mestre em Saúde Pública)

Dissertação apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane como requisito para a obtenção do grau de Mestre em Saúde Pública, com a orientação em Gestão e Saúde Comunitária. Todos os pontos de vista nela expressos são de única e exclusiva responsabilidade do autor e não reflectem necessariamente o ponto de vista da Universidade Eduardo Mondlane, Faculdade de Medicina e Departamento de Saúde da Comunidade.

Maputo, Julho de 2009

Agradecimentos

O autor expressa o seu reconhecimento a todos os que dum forma ou doutra forma contribuíram para tornar real este trabalho.

Ao Ministério da Educação e Cultura por ter facultado recursos materiais, financeiros e tempo para que pudesse frequentar o Curso de Mestrado em Saúde Pública. Muito obrigado.

A DPS e DPEC de Maputo – província, por terem autorizado a realização do estudo na sua área de jurisdição.

Aos Responsáveis e Profissionais de saúde das unidades sanitárias do Distrito da Matola pela sua colaboração incondicional.

Aos Directores e Professores das escolas primárias do Distrito da Matola pela sua colaboração no desenvolvimento do trabalho.

A Dra Della Mercedes Correia, pelo seu apoio na cedência de bibliografia relevante para a fundamentação teórica do trabalho.

A Marcelina Chai - Chai, colega de mestrado, por ter compartilhado comigo as dificuldades e os êxitos do percurso.

Ao Dr Osvaldo Matavel, o meu especial agradecimento, por ter aceite a supervisão e orientação deste trabalho, com paciência e tolerância e, sobretudo, pelas correcções sugeridas para melhorar o trabalho.

Não deixaria de estender o meu agradecimento ao Núcleo de Gestão do Mestrado em Saúde Pública, por ter prorrogado o tempo de realização do trabalho, compreendendo as dificuldades, que algumas vezes se colocaram neste caminho árduo, atrasando a conclusão do trabalho no tempo previsto.

DECLARAÇÃO DE HONRA

Declaro por minha honra que o presente trabalho é da minha autoria e responsabilidade.

Pedro Alberto Cossa

ÍNDICE

	Capítulo I: Introdução	
1	Introdução	1
1.1	O Problema, os objectivos e as questões da pesquisa	2
1.1.1	O Problema da Pesquisa	2
1.1.2	Objectivos da Pesquisa	2
1.1.3	Objectivo Geral	2
1.1.4	Objectivos Específicos	3
1.1.5	Questões da Pesquisa	3
1.2	Motivação, Relevância da Pesquisa	4
1.2.1	Motivação	4
1.2.2	Relevância da Pesquisa	4
1.3	Os Conceitos Promoção da saúde, Saúde Escolar, Escola Promotora de Saúde	5
1.3.1	Conceito Promoção da saúde	5
1.3.2	Conceito saúde Escolar	5
1.3.3	Conceito Escola Promotora de Saúde	5
1.4	Organização da Dissertação	6
	Capítulo II: Revisão da Literatura	7
2.1	As Mudanças do Paradigma no Conceito de Saúde	7
2.1.1	O Conceito Saúde na Antiguidade	7
2.1.2	O Novo Conceito de Saúde	9
2.2	A Promoção da saúde Como Estratégia de Melhoria da saúde e Qualidade de Vida	10
2.2.1	Breve historial da promoção de saúde escolar	12
2.2.2	Principais Actividades de Saúde Escolar	13
2.2.3	A Saúde Escolar em Moçambique	15
2.2.4	Práticas Actuais de Saúde Escolar e sua Transição para Escola Promotora de Saúde	16
2.3	O Meio Ambiente e Saúde	18
2.3.1	O Conceito de Salubridade Ambiental	18
2.3.2	Saneamento do meio e seu Impacto na Saúde das Crianças	19
2.3.3	Água e saneamento nas escolas em Moçambique	22
2.4	Exemplos de Estratégias de Promoção de Saúde Escolar a nível Internacional	24
2.4.1	<i>Estratégia de Promoção da Saúde da População em Idade Escolar em Moçambique</i>	26
	Capítulo III: Procedimentos Metodológicos	27
3.1	Área de Estudo	27
3.2	Metodologia e Tipo de Estudo	28
3.3	População e Amostra	30
3.4	Critérios de inclusão	30
3.5	Instrumentos de Recolha de Dados	30
3.6	Recolha de Dados	31
3.7	Limitações da Pesquisa	32
3.8	Análise e Processamento dos Dados	32
	Capítulo IV: Apresentação dos Resultados da Pesquisa	33
4.1	Apresentação dos dados Recolhidos no Trabalho de Campo.	33
4.2	Principais Resultados do Estudo.	
4.2.1	Objectivo 1: Verificar as Condições de Salubridade nas Escolas Primárias	34
4.2.1.1	Saneamento do Meio nas Escolas.	34
4.2.1.2	Colecta, Destino e Tratamento do Lixo nas Escolas.	34
4.2.1.3	Depositos do lixo na Escola.	35
4.2.1.4	Disponibilidade de Latrinas ou Sanitários.	35
4.2.1.5	Condições de Higiene e Saúde.	35
4.2.1.6	Disponibilidade de Água Potável.	36
4.2.1.7	Iluminação nas salas de Aula.	37
4.3	Objectivo 2: Percepção dos Profissionais da Educação e da Saúde Sobre a SEA.	37
4.3.1	Percepção dos Profissionais da Educação Responsáveis Pela Saúde Escolar e do Adolescente.	37

ÍNDICE

4.3.1.1	Percepção e Opinião dos Professores.	37
4.3.2	Percepção e Opinião dos profissionais de Saúde sobre a Saúde Escolar e do Adolescente.	41
4.3.2.1	Percepção e Práticas dos Profissionais de Saúde (Enfermeiros, Agentes de Medicina Preventiva).	41
4.4	Objectivo 3: Identificar as Práticas dos Profissionais da Educação e da Saúde na Implementação das Actividades de SEA.	43
4.4.1	Práticas dos Profissionais da Educação.	43
4.4.2	Opinião dos Directores de Escolas Sobre as Práticas de Implementação do PSEA.	46
4.4.3	Práticas dos Profissionais de saúde (Enfermeiros e agentes de Medicina preventiva).	52
4.4.3.1	Opinião dos Responsáveis das Unidades Sanitárias Sobre as Práticas de Implementação do PSEA.	56
4.5	Objectivo 4 : Verificar o grau de conhecimento do PSEA nos Profissionais da Educação e da Saúde.	58
4.5.1	Conhecimento do Guia de Orientação do PSEA e da Estratégia de Implementação.	58
4.5.1.1	Conhecimento da Estratégia de Comunicação sobre o HIV e SIDA na Educação.	
4.5.1.2	Conhecimento do Guia de Orientação e da Estratégia de implementação pelos Professores.	61
4.5.2	Conhecimento do Programa, Estratégia de implementação e Acordo MISAU-MEC pelos Profissionais de Saúde.	61
a)	Dificuldades Apontadas pelos Profissionais de saúde na Realização de Acções de SEA.	61
b)	Auto - avaliação dos profissionais de saúde para intervir em acções de educação e promoção da Saúde na escola.	51
	Capítulo V: Análise e Discussão dos Resultados	63
5.1	Condições de salubridade.	63
5.2	Disponibilidade de água potável.	64
5.3	Opinião dos Profissionais de Educação e da Saúde sobre os Conteúdos de SEA.	65
5.3.1	Profissionais de Educação.	65
5.3.2	Profissionais de Saúde.	66
5.4	Conhecimento do PSEA pelos Profissionais de Educação e da Saúde.	66
5.4.1	Profissionais da Educação.	66
5.4.2	Profissionais da Saúde.	67
5.5	Saúde como Tema Transversal.	67
5.6	Algumas Práticas da Educação e da Saúde no Processo.	67
5.6.1	Nas Escolas alvo do estudo.	67
5.6.2	Na Saúde.	69
	Capítulo VI: Perspectivas do Estudo.	71
	Capítulo VII: Conclusões e Recomendações.	71
7.1	Conclusões	71
a)	Nas Escolas.	71
b)	Na Saúde.	72
7.2	Recomendações.	73
	Referências Bibliográficas.	74
	Anexos	82
	Anexo 1: Roteiro de Observação nas Escolas.	82
	Anexo 2: Guião de Entrevista aos Directores de Escolas.	85
	Anexo 3: Questionário Auto - Preenchido para os Professores Responsáveis pela Saúde e Higiene Escolar.	86
	Anexo 4: Guião de Entrevista aos Responsáveis das Unidades Sanitárias.	88
	Anexo 5 : Questionário Auto- Preenchido para os Profissionais de Saúde das US.	91
	Anexo 6 : Consentimento Informado.	93

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Relação dos Conteúdos de SEA Abordados na Capacitação dos Professores.	39
Tabela 2 – Factores Indicados pelos Professores para Justificar os Assuntos de Saúde na Escola.	39
Tabela 3 – Relação das Dificuldades na Abordagem de Temas de Saúde na Escola.	41
Tabela 4 – Factores Indicados pelos Profissionais de Saúde para Justificar os Assuntos de Saúde na Escola.	43

LISTA DOS GRÁFICOS

Gráfico 1 – Escolas com feccalismo a ceu aberto.	36
Gráfico 2 - Distribuição dos professores segundo o sexo	37
Gráfico 3 – Professores que estudaram conteúdos de saúde Escolar e do Adolescente na Formação inicial.	38
Gráfico 4 - Professores preparados para a observação do estado de saúde das crianças.	40
Gráfico 5 - Profissionais de Saúde que Estudaram Conteúdos de EPS.	42
Gráfico 6 - Prática das Escolas Perante conhecimento ou suspeita de casos de Alunos Infectados pelo HIV ou afectados pelo SIDA.	45
Gráfico 7 - Escolas com Mensagens Educativas Sobre a Saude.	46
Gráfico 8 - Prática de Vacinação de Crianças nas Escolas.	47
Gráfico 9 – Prática em relação a alunos feridos ou doentes.	48
Gráfico 10 – Condições de Segurança nas Escolas.	50
Gráfico 11 - Prática em relação a Actividades Educativas de Promocao de Saúde nas escolas.	52
Gráfico 12 – Existência de Material Educativo, formativo/informativo para EPS.	53
Gráfico 13 - Prática de Promoção de Saúde com os Professores.	54
Gráfico 14 – Prática das Unidades Sanitárias no tratamento de alunos com Problemas de Saúde.	55
Gráfico 15 – Conhecimento do Guia de Orientação para Implementação do PSEA pelos Professores.	58
Gráfico 16 – Conhecimento da Estratégia de Comunicação sobre o HIV e SIDA no Sector da Educação e Cultura.	59

Sumário

O ambiente físico em muitas escolas não é favorável à aprendizagem, carecem de água potável, sistemas adequados de saneamento, incluindo programas ou serviços de saúde, o que tem um impacto negativo na saúde das crianças em idade escolar. O objectivo geral do estudo foi avaliar as condições de segurança, higiene e saúde nas escolas primárias, com a finalidade de ajudar na transformação destas em promotoras de saúde. Realizou-se um estudo descritivo, com uma abordagem qualitativa e quantitativa. Foram elaborados e pré-testados 2 guiões de entrevista semi-estruturada a directores de escola e responsáveis das unidades sanitárias, 1 roteiro de observação e 1 questionário auto-aplicado a professores e a profissionais de saúde, sem pretensão de representatividade estatística, visando completar os dados obtidos nas entrevistas. Ao ser analisada a estratégia de promoção da saúde na escola, observados os espaços físicos das escolas – alvo e, aplicado o inquérito e as entrevistas, ficou provado que, na perspectiva de saúde escolar: (i) a maioria das escolas estudadas não reúnem condições higiénicas e sanitárias favoráveis a promoção da saúde, ocorrendo com frequência o fecalismo a céu aberto; (ii) grande parte dos professores e profissionais de saúde inquiridos não reúnem qualificações apropriadas para a concretização das acções de saúde na escola; (iii) os documentos orientadores nesta área não são conhecidos pelos informantes; (iv) a saúde da população escolar continua a ser vista mais em termos de ausência de doença com ênfase nas acções de carácter preventivo e assistencial. Para a resolução destas deficiências torna-se pertinente que sejam providenciadas: (i) latrinas/sanitários adequados de acordo com as dimensões das escolas, incluindo a sua manutenção regular; (ii) acções de formação e capacitação regular dos professores e profissionais de saúde em temáticas de SEA e metodologias de abordagem; (iii) as condições de abastecimento de água potável nas quantidades suficientes para o consumo e higiene; (iv) a divulgação do programa de SEA e estratégia de implementação; (v) a implantação de medidas educativas e preventivas de saúde que intervenham nos reais determinantes da doença na população escolar acompanhadas por um amplo trabalho de saneamento do meio e promoção da higiene.

Palavras – chave: Promoção da saúde, saúde escolar, escola promotora de saúde, crianças, prevenção da doença.

Acrónimos

ATS	Atendimento Testagem de Saúde
CS	Centro de saúde
DPS	Direcção Provincial de Saúde
DPEC	Direcção Provincial de Educação e Cultura
DSCM	Direcção de Saúde da Cidade de Matola
DIPE	Direcção de programas Especiais
EPS	Educação Para Saúde
GOIPSE	Guia de Orientação Para Implementação do Programa de Saúde Escolar
HIV	Vírus de Imuno Deficiência Humana
ITS	Infecções de Transmissão Sexual
MISAU	Ministério da Saúde
MEC	Ministério da Educação e Cultura
NEE	Necessidades Educativas Especiais
NSE	Necessidades de Saúde Especiais
NCEB	Novo Currículo do Ensino Básico
ONG's	Organizações Não Governamentais
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de saúde
PS	Posto de Saúde
PSEA	Programa de Saúde Escolar e do Adolescente
PES	Promoção e Educação para Saúde
SEA	Saúde Escolar e do Adolescente
SIDA	Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida
SAAJ's	Serviços Amigos do Adolescente e Jovens
SDEJT	Serviços Distritais de Educação Juventude e Tecnologia
US	Unidade Sanitária
UNICEF	Fundo das Nações Unidas Para a Infância
VAT	Vacina anti-tétano

Capítulo I: Introdução

1. Introdução

A Saúde Escolar é uma actividade de extrema importância, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, não só pelo seu papel na promoção da saúde, na prevenção e encaminhamento de problemas de saúde identificados, mas também pela sua contribuição na criação de condições ambientais e de relação na escola, que favorecem a saúde e bem estar das crianças em idade escolar e conseqüentemente o seu sucesso educativo.

Este trabalho de pesquisa resulta da constatação de que grande parte das escolas em Moçambique necessitam de sistemas adequados de saneamento, incluindo água potável e professores competentes e capacitados para lidarem com as actividades previstas na saúde escolar e do adolescente.

A finalidade última é de ajudar na identificação de estratégias mais adequadas para a promoção da saúde no contexto da Escola.

A Saúde Escolar vai muito para além da educação sanitária, vacinação, parasitoses, etc. Ela integra várias componentes interligadas de entre os quais se destacam: a educação integral para fortalecer a auto-estima e a capacidade das crianças, adolescentes e jovens para adoptar hábitos e estilos de vida saudáveis; a educação em saúde escolar baseada em valores positivos de saúde que favoreça o desenvolvimento de hábitos saudáveis; o fortalecimento de habilidades para a vida; a promoção da saúde do aluno, professor e trabalhadores da escola; a ligação escola - comunidade; os serviços de saúde e nutrição; educação física; recreação, desportos e outras actividades que contribuam para o desenvolvimento humano integral; o apoio social; o meio ambiente escolar saudável e a formação e capacitação de professores e alunos.

Esta abordagem integral e abrangente de saúde escolar permite promover condutas e estilos de vida saudáveis e prevenir comportamentos de risco para a saúde. Sendo assim, é cada vez mais evidente a importância da abordagem multisectorial incluindo o envolvimento dos beneficiários desde a elaboração das acções até à implementação.

1.1. O problema, os objectivos e as questões da pesquisa

1.1.1. O problema da pesquisa

Em Moçambique, a maioria das escolas, sobretudo as primárias, não reúnem condições adequadas para proporcionar um ambiente escolar saudável e favorável a aprendizagem. Experimentam condições sanitárias precárias, com latrinas degradadas, sistemas de esgotos obsoletos e água potável insuficiente para consumo e manutenção da higiene.

Por outro lado, um estudo recente revela que em Moçambique, a saúde das crianças em idade escolar é precária, 60% vivem abaixo da linha de pobreza, 41% com malnutrição crónica, 49% com privação de água e 47% com privação de saneamento. A prevalência de malária é de 60%, as diarreias e infecções respiratórias são frequentes. Com cerca de 99.000 crianças abaixo de 15 anos a viver com HIV/SIDA em 2006, a epidemia está – se a tornar uma causa principal da existência de crianças órfãos⁽⁷⁹⁾.

No mundo, o estado actual de saúde da criança em idade escolar, é marcada por uma elevada morbilidade e mortalidade. Segundo o PNUD ⁽⁶¹⁾, actualmente morrem por ano cerca de 2 milhões de crianças no mundo, devido a doenças relacionadas com a água, falta de higiene e deficientes condições de saneamento.

As doenças como a cárie, a desnutrição, distúrbios visuais, parasitoses e outros problemas de saúde podem influenciar significativamente no rendimento, desempenho, fracasso, repetência e abandono escolares ^{(11),(32)}, factores esses que podem ser melhorados através de um Programa de saúde escolar eficaz, minimizando importantes problemas sociais e de saúde pública.

1.1.2. Objectivos da pesquisa

1.1.3. Objectivo geral

- O objectivo deste trabalho é analisar o grau de implementação do Programa de Saúde Escolar e do Adolescente (PSEA) como estratégia de promoção de saúde nas escolas do Ensino Primário do Distrito da Matola.

1.1.4.Objectivos específicos

- Verificar as condições de salubridade das escolas primárias do Distrito da Matola.
- Descrever as percepções dos profissionais da Educação e da Saúde sobre a saúde escolar e do adolescente;
- Identificar algumas práticas de promoção de saúde escolar implementadas nas escolas e na saúde;
- Verificar o grau de conhecimento do PSEA nos profissionais de educação e de saúde para a implementação das acções de saúde escolar;
- Contribuir para a implementação do PSEA nas escolas com vista a reduzir os problemas de saúde da população em idade escolar.

1.1.5.Questões da pesquisa

Baseado nos objectivos do estudo, o presente trabalho propõe se a responder as seguintes questões de pesquisa:

- Quais são as reais condições de salubridade encontradas nas escolas que contribuem para as boas práticas de promoção de saúde escolar?
- Em que medida as escolas e a saúde realizam as acções de promoção de saúde escolar que tornem o ambiente mais saudável e seguro?
- Que competências os profissionais da saúde e da educação possuem para implementar o programa de saúde escolar e do adolescente?
- Qual é o nível de articulação entre a educação e a saúde segundo o acordo assinado entre as partes?
- Qual é a relação entre as práticas desenvolvidas nas escolas e a estratégia de promoção de saúde escolar e do adolescente?
- Até que ponto a disponibilidade dos serviços de saúde permite aos seus profissionais levar a cabo intervenções específicas previstas na saúde escolar e do adolescente?

1.2. Motivação e relevância da pesquisa

1.2.1. Motivação

O autor do presente trabalho é técnico em serviço no Departamento de Saúde Escolar e HIV/SIDA do Ministério da Educação e Cultura. Tem participado na concepção, execução e supervisão de cursos de capacitação de professores no âmbito da saúde sexual e reprodutiva para jovens e adolescentes e da implementação e expansão nacional do programa pacote básico e habilidades para a vida. Nas reflexões da sua prática profissional foi construindo em si a certeza de que a Escola, constituindo-se como um espaço seguro e saudável, facilita a adopção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente.

Está convicto de que a sua contribuição neste processo, pode fazer das escolas locais de referência para a manutenção de ambientes saudáveis e para a promoção da saúde. Tal certeza implica a necessidade de :(I) melhorar as condições dos sanitários incluindo o abastecimento de água potável em quantidade suficiente para consumo e manutenção da limpeza e higiene; (II) educar, promover a saúde, a formação e a participação cívica dos alunos, num processo de aquisição de competências que sustentem a aprendizagem ao longo da vida e promovam a autonomia com vista a protecção da saúde; (III) formação e actualização contínua dos profissionais da educação e da saúde em saúde escolar e do adolescente, assim como na (IV) abertura de espaço para que outros intervenientes possam participar no processo. Estas convicções o motivaram para elaborar a presente pesquisa que julga ser o início do processo de reflexão para que as escolas usufruam de um ambiente são, seguro e que contem com professores que assumam que a protecção da saúde dos alunos constitui uma das suas nobres missões.

1.2.2. Relevância da pesquisa

Esta pesquisa está orientada para os seguintes aspectos, considerados relevantes na perspectiva do autor: (i) espera que venha a dar subsídios para a criação de ambientes favoráveis à saúde nas escolas moçambicanas; (ii) está convicto que venha a ser de referência para futuros estudos e acções visando o desenvolvimento de práticas

profissionais de professores e outros intervenientes, que contribuam para a protecção da saúde e formação de estilos de vida saudáveis nos alunos; (iii) julga ser pioneiro no país por fazer uma análise com ênfase na criação de condições ambientais e de relação na escola, que favorecem a saúde e bem estar das crianças em idade escolar e consequentemente o seu sucesso educativo e, na actual situação profissional dos professores primários, no âmbito da SEA; (iv) perspectiva que possibilite a revitalização no funcionamento das escolas como centros educacionais e promotores de saúde; (v) está ciente que os resultados do estudo poderão contribuir na retro alimentação do PSEA tendo em vista melhorar o processo de sua implementação .

1.3.Os conceitos promoção da saúde, saúde escolar e escola promotora de saúde

1.3.1. Conceito promoção da saúde

Segundo a carta de Ottawa ⁽⁵⁷⁾, trata se de um processo que permite ás pessoas exercerem o controle sobre os determinantes da saúde. É um processo cujo objecto consiste no fortalecimento das habilidades e capacidades das pessoas, de grupos ou comunidades, de actuarem colectivamente com o objectivo de controlar os determinantes da saúde. Para Nutbeam ⁽⁵²⁾, uma promoção da saúde eficaz será aquela capaz de conduzir a mudanças nos determinantes da saúde. Por isso, o período escolar é fundamental para se trabalhar a saúde na óptica da sua promoção, desenvolvendo acções para a prevenção de doenças e para o fortalecimento dos factores de protecção.

1.3.2. Conceito saúde escolar

A saúde escolar define –se como um conjunto de diversas acções que devem envolver tanto os profissionais da área da saúde como os da educação, com o objectivo de promover, proteger e recuperar a saúde das crianças e de toda a comunidade escolar. Desta forma, trata –se de acções voltadas para a comunidade escolar para a concretização das propostas de promoção da saúde ⁽⁶⁾.

1.3.3. Conceito escola promotora de saúde

É uma escola que envolve profissionais de saúde, de educação, professores, alunos, pais e comunidade no esforço de promover a saúde, é um lugar limpo, seguro, com água

potável, instalações sanitárias adequadas, oferece segurança aos utentes e um ambiente psicológico favorável para aprendizagem. É livre de violência física, verbal e psicológica e é um lugar onde se promove o direito ao desenvolvimento humano são. É um lugar importante para a comunidade onde se realizam diversas actividades em benefício de ambos ⁽⁹⁰⁾.

A escola que conta com um espaço físico seguro e confortável, com água potável e instalações sanitárias adequadas, e com uma atmosfera psicológica positiva para aprendizagem, que fomenta o desenvolvimento humano saudável e as relações humanas construtivas e harmónicas, que promove aptidões e atitudes positivas em relação à saúde é considerada “ Escola Promotora da Saúde”⁵⁹.

1. 4. Organização da dissertação

A dissertação comporta sete capítulos incluindo o dos anexos. No primeiro, são apresentados o problema, os objectivos e as questões da pesquisa; a motivação e a relevância da pesquisa; o âmbito e abrangência das acções de saúde escolar, os conceitos de promoção da saúde, saúde escolar, escola promotora de saúde e metodologia de pesquisa. No segundo capítulo é feita a revisão da literatura em torno dos paradigmas que acompanharam a evolução do conceito “saúde”, incluindo as limitações impostas pelo modelo biomédico na resolução dos problemas de saúde. É feita uma análise dos novos desenvolvimentos de promoção da saúde. Aborda-se o impacto dos determinantes ambientais na saúde das crianças e os pressupostos de educação para a saúde na escola, assim como as estratégias que transformam as escolas em promotoras de saúde. No capítulo três são apresentados os procedimentos metodológicos da pesquisa. O capítulo quatro apresenta os resultados da pesquisa enquanto que o capítulo cinco insere a análise e discussão dos resultados, respectivamente, do inquérito, das entrevistas e das observações realizadas. O capítulo seis apresenta as perspectivas do estudo e, por último o capítulo sete, as conclusões e recomendações do estudo.

Capítulo II: Revisão da Literatura

2.1. As Mudanças de Paradigma no Conceito Saúde

Esta parte, pretende abordar resumidamente os paradigmas teóricos que estão na origem dos diferentes conceitos de saúde, até à ideia actual de saúde na óptica da sua promoção.

A doença tem, ainda hoje uma série de interpretações: mágicas, religiosas, filosóficas e científicas, como reflexo da evolução ao longo da história da humanidade. O conhecimento em saúde acompanhou a evolução da ciência e os principais paradigmas teóricos da produção do conhecimento. No entanto, os avanços tecnológicos e a modernização das práticas médicas, resultaram em grandes benefícios no campo da assistência médica, mas, por outro lado, houve uma inadequada compreensão da saúde que passou a ser vista exclusivamente na sua dimensão biológica, com intervenções limitadas a apenas essa dimensão. Esta percepção, permaneceu durante muito tempo, concebendo-se a saúde como sinónimo de ausência de doença.

2.1.1. O Conceito Saúde na Antiguidade

O défice de conhecimentos técnicos e científicos prevalecente na época primitiva não permitia o estabelecimento de relações de causa e efeito⁽⁷⁰⁾, o que perpetuou no passado, as crenças e representações de saúde e doença, fundamentadas no sobrenatural.

Até ao séc. XIX a explicação das causas das doenças é marcada por teorias empíricas cuja fundamentação científica era escassa⁽⁴⁰⁾, e que não serviram de método eficaz para travar as epidemias que assolaram grande parte da população mundial (pandemia) como é o caso da peste negra.^{(31), (70)} A descoberta da microscopia contribuiu na alteração deste panorama, e confirmou a existência de microorganismos ou germes, sem no entanto, dissipar as dúvidas prevaletentes sobre os modos de transmissão das doenças.

Não obstante a dificuldade existente na época para a confirmação de “agente causador”, a ideia de que as doenças tinham como causas factores ambientais sofreu alteração, passando –se a conceber a saúde como ausência de doença.

Ferraz ⁽¹⁵⁾, refere que “ os avanços tecnológicos e a enorme produção de conhecimentos médicos, nos últimos 100 anos, contribuíram para o paradigma da saúde como ausência de doença. O mesmo autor, acrescenta que as doenças mereciam explicações mecanicistas do tipo efeito de uma causa, com origem biológica e exclusiva do indivíduo. Assim, não era considerada a parte das relações que este tem com o meio ambiente e com a sociedade.” Sendo assim, as intervenções eram exclusivamente limitadas a esta dimensão biológica.

Em 1948, a OMS, amplia o conceito de saúde, passando este, de mera ausência da doença para a noção de bem - estar físico, mental e social. Portanto, ocorreu uma mudança no paradigma da saúde, que de uma visão exclusivamente biológica e curativa, passou a integrar aspectos sociais, ambientais e de vigilância e promoção da saúde. ^{(15),(31),(71)}

Portanto, a promoção da saúde preocupa-se com os aspectos globais da sociedade, não directamente relacionados com a prática médica (estilos de vida, programas baseados na educação, visando mudanças de hábitos, e das intervenções sobre o meio tendo em vista a melhor qualidade de vida).

Focesi, E ⁽¹⁶⁾ fundamenta que “*a discussão do conceito de saúde no actual paradigma**, *pressupõe considerar*, a saúde como estando intimamente ligada à qualidade de vida, tendo a promoção da saúde como uma das estratégias preconizadas para a conquista de qualidade de vida para a população, em particular as crianças em idade escolar.

Por conseguinte, há que considerar que as condições determinantes para o equilíbrio e manutenção do estado de saúde incluem, entre outras, sua herança genética, estado nutricional, estado emocional e de equilíbrio, as fontes de água para o consumo ⁽⁷³⁾, o acesso à educação e recreação, e aos serviços voltados para a promoção e recuperação da saúde , assim como factores externos como o meio ambiente e a realidade sócio-cultural.

* Paradigmas, são tendências de pensamento de uma área de conhecimento predominantes numa dada época.

2.1.2.O Conceito novo de saúde

Apesar da ampliação na visão dos factores causais da doença, a saúde manteve-se sob a égide da medicina preventiva, que pelo seu próprio campo de actuação: identificação, meios de prevenção e estudo da natureza dos riscos, mecanismos de actuação, entre outros; não conseguiu dar resposta efectiva de todo o processo de saúde e doença ^{(31),(41)}.

Desta forma, o modelo acima exposto, não atendia portanto, às reais necessidades da população, dando depois de muitas reflexões e discussões, um novo conceito de saúde.

Por outro lado, importa sublinhar que esta insatisfação, determinou uma série de movimentos de contestação e crítica, que permitiu em todo século XX a produção de novos paradigmas na área da saúde, entre os quais a **Medicina Preventiva** ⁽¹⁾, a **Saúde Comunitária** ⁽¹²⁾, o **Movimento pela Promoção da Saúde** ⁽⁶⁵⁾, a **iniciativa Escolas Promotoras de Saúde, lançada pela OMS, em 1995.**

Marc Lalonde ⁽³⁵⁾, no seu documento “*A new perspective on the health of Canadian* (Maio, 1974)”, questiona a responsabilidade exclusiva da medicina na resolução dos problemas de saúde e a falta de atenção dada ao meio ambiente, aos estilos de vida e à biologia humana como sendo as principais causas de doença e morte da população. (p32). O Relatório marca o início do movimento moderno de Promoção da saúde, propondo programas de educação e adopção de acções intersectoriais fora do sistema de cuidados de saúde, como é o caso da Saúde escolar.

Em 1978, ocorreu em Alma -Ata (ex- URSS), a “ Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde”, na qual “ a saúde foi definida como um direito humano fundamental, e que o alcance do mais alto nível de saúde é a principal meta social, cuja a realização requer o envolvimento de outros sectores económicos e sociais como as escolas, além do sector da saúde”. ⁽⁵⁶⁾

A Declaração de Alma - Ata, é um documento muito significativo para a Saúde Pública, recomenda a adopção de um conjunto de medidas, entre outras, no campo da educação

para saúde, prevenção de doenças e agravos, saneamento básico e prioridade para a atenção à saúde do grupo materno –infantil.

O Governo Moçambicano, é signatário deste documento, tendo adoptado para a área dos Cuidados de Saúde Primários os seguintes componentes:(i) Vacinação contra as doenças infecciosas mais importantes;(ii) Promoção do saneamento do meio;(iii) Prevenção e controlo das principais doenças endémicas;(iv) Abastecimento de água potável, nas quantidades necessárias e com garantia de qualidade;(v) Promoção de boas condições nutricionais e garantia da qualidade dos alimentos;(vi) Distribuição de medicamentos essenciais;(vii) Educação sobre os problemas de saúde mais frequentes e suas formas de prevenção e controlo;(viii) Diagnóstico clínico e tratamento das infecções mais comuns.

2.2. A Promoção da Saúde Escolar como Estratégia de Melhoria da Saúde e Qualidade de Vida.

A importância de que se reveste a promoção da saúde é justificada por inúmeras conferências internacionais realizadas sobre a matéria.

Em 1986, realiza-se em Ottawa, no Canadá, a I Conferência Internacional sobre a Promoção da Saúde que culminou com a elaboração da Carta de Ottawa, a qual insere as principais linhas de acção ou estratégias para os programas ou intervenções no âmbito da promoção da saúde. Nesta Conferência, reconheceu-se que a promoção da saúde deveria ser o novo paradigma a ser adoptado, como uma das alternativas para a resolução dos problemas crescentes de saúde⁽³¹⁾, incluindo os que afectam as crianças em idade escolar.

Segundo Ferraz⁽¹⁵⁾, a promoção da saúde efectiva-se por meio de acções intersectoriais e não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para atingir o bem-estar.

Outro evento que merece destaque neste trabalho, é a III Conferência Internacional sobre a promoção da saúde, realizada em 1991, em Sundsvall, Suécia e que teve como tema de discussão “*Ambientes Favoráveis a Saúde*”. Foi a primeira Conferência a focar “ a

interdependência entre ambiente e saúde, sublinhando que ambos são inseparáveis. Portanto, atingir estas duas metas deveria, ser objectivo central ao se estabelecer prioridades para o desenvolvimento e, deveriam preceder a gestão diária das políticas governamentais” ⁽¹⁹⁾ (p33).

A participação comunitária foi considerada factor principal no processo de promoção da saúde tendo em vista a manutenção dos ambientes favoráveis, donde se depreende a importância do envolvimento dos alunos e toda a comunidade escolar em assuntos de promoção da saúde.

Harada, J ⁽²⁶⁾, refere que apesar dos avanços ocorridos no último século serem inegáveis e importantes no que respeita à assistência e à recuperação da saúde, o que se tem discutido, principalmente nas últimas décadas, é que se faz necessária a implementação de outras estratégias para se conquistar uma melhor condição de saúde e de qualidade de vida, visando não somente a recuperação e protecção, mas principalmente a promoção da saúde (p5).

A promoção da saúde é um conceito mais amplo que a simples prevenção da doença. Ela visa garantir que a população seja mais saudável, protegida e tenha uma boa qualidade de vida, o que implica a conjugação de vários factores incluindo a educação.

Segundo o MISAU ⁽⁴⁶⁾, a promoção da saúde representa uma estratégia mediática entre as pessoas e o meio ambiente interligando a escola, o pessoal de saúde e a comunidade sobre o que fazer para o bem da sua saúde (p31).

*No Contexto da saúde, o termo “ambiente favorável” refere-se aos aspectos físico e social do meio que nos rodeia. Este termo tem a ver com os espaços nos quais as pessoas vivem: a comunidade, suas casas, seu trabalho e lazer.

Estima-se que essa forma de ver a Saúde, na óptica da “ Promoção de saúde” possa representar avanços mais efectivos na organização da atenção integral à saúde da população, em particular a população em idade escolar, porque a promoção da saúde prevê a instrumentalização técnica da comunidade e o estímulo ao exercício do seu poder, priorizando a participação comunitária e a construção colectiva das acções e programas de saúde.

2.2.1. Breve historial sobre a Promoção da Saúde Escolar

A saúde escolar, foi dominada ao longo dos tempos, por duas épocas distintas. Os higienistas viam na pobreza a culpa pelos problemas de saúde. Já na perspectiva da medicina escolar, os problemas de saúde das crianças eram atribuídas a factores de natureza orgânica e biológica.

A gestão dos programas de saúde escolar, era considerada da responsabilidade exclusiva do sector de saúde, e as escolas como “receptoras passivas” das intervenções, quase sempre esporádicas (jornadas de vacinação, campanhas de saúde, palestras ou conferências sobre doenças específicas, entre outras) e realizadas por agentes externos à comunidade educativa. ⁽⁴²⁾,⁽⁶⁰⁾ O que limitava a possibilidade de se reflectir sobre as verdadeiras necessidades e expectativas da comunidade escolar a qual por sua vez permanecia passiva, dificultando por vezes o desempenho das actividades.

A promoção da saúde na escola emerge como uma estratégia para a superação de antigos modelos de saúde escolar ⁽⁸²⁾ - centrados na inspecção sanitária e no ensino de regras de higiene, e para o estabelecimento de um compromisso activo com a saúde e qualidade de vida das gerações presentes e futuras.

A educação no contexto escolar, pretende, além da transmissão das matérias das diferentes áreas do conhecimento, a aprendizagem de valores positivos que reflectem a experiência e a vivência prática dos alunos, “ *o que reforça a importância de introduzir a escola como promotora da saúde na infância e na adolescência*” ⁽³¹⁾.

2.2.2. Actividades de Saúde escolar

A Saúde Escolar em Moçambique tem entre outras tarefas⁽⁴⁶⁾ : 1) vigiar e monitorar as condições de segurança, higiene e saneamento do meio escolar, incluindo pátios, cantinas, sanitários, água de consumo, equipamentos desportivos, dando especial atenção a eventual necessidade de adequação dos edifícios e equipamentos às crianças com NSE; 2) garantir a existência de latrinas ou sanitários e água potável na escola; 3) facilitar a preservação ou ajudar a criar um ambiente escolar e extra –escolar que dê a criança e ao adolescente a segurança e o apoio de que necessita para crescer de forma harmoniosa e equilibrada.

Segundo Focesi⁽¹⁷⁾ & Ferriani⁽²⁰⁾, a Educação para Saúde na Escola, seria o processo pelo qual se pretende colaborar para a formação no escolar de uma consciência crítica, que resulte na aquisição e desenvolvimento de práticas para a promoção, manutenção e recuperação da própria saúde e na da comunidade de que faz parte.

A OPAS⁽⁵⁹⁾, afirma que:

“os programas de saúde escolar, que se consolidaram ao longo do século XX, baseados no ensino de medidas higiénicas e de comportamentos saudáveis padronizados, e justificados, nas décadas mais recentes, por conhecimentos apoiados nas ciências biológicas, se encontram perante a perspectiva da mudança e da superação das suas estratégias”.

Para Focesi⁽²⁸⁾ e FIOCRUZ⁽¹⁸⁾ a “educação para saúde, como parte da promoção da saúde deve capacitar as comunidades, incluindo a escola para uma reflexão permanente, sobre a qualidade de vida que lhe é oferecida, as causas dos problemas de saúde e suas possíveis soluções; os recursos, normas e leis existentes para a protecção da saúde e sobre as medidas de prevenção da doença, para um maior acesso às informações em saúde”.

Os programas de Educação para Saúde visam “capacitar os alunos, para o controle sobre os determinantes da saúde *, sobre o comportamento em saúde, e sobre as condições sociais que afectam o seu próprio estado de saúde e o estado de saúde dos outros” (78).

O desenvolvimento de acções de saúde na escola implica numa maior actuação na educação para saúde e na reorientação da formação e educação dos profissionais da área de saúde, incluindo pesquisas em saúde, para que estes, possam incorporar a nova visão da promoção da saúde na sua vida profissional.

A educação para saúde não se limita a transmitir informações de uma matéria específica, mas procura desenvolver conhecimentos, hábitos e habilidades que contribuem para a adopção de um modo de vida mais saudável.⁽³¹⁾

A educação para saúde (EPS) adopta técnicas que ultrapassam os limites dos espaços escolares, com vista a uma educação com enfoque integral, priorizando discussões em grupo, estudos de casos, projectos de trabalho comunitário. Estas actividades motivam os alunos e suas famílias a integrarem com relativa facilidade práticas saudáveis e obter o apoio da comunidade.

Actualmente o tratamento da EPS de forma transversal é um dos modelos mais defendidos para implementar as matérias relacionadas com a Saúde na escola. A abordagem transversal da EPS tem lugar quando todas ou grande parte das áreas de conhecimento contribuem, ainda que em diferentes medidas, para o desenvolvimento de conteúdos relacionados com a Saúde.

Conforme Precioso⁽⁶⁶⁾, a transversalidade garante maior profundidade na abordagem dos temas (pois, estes são tratados por professores especializados naquele domínio), maior continuidade e contacto com maior número de referências para o aluno (professores de várias disciplinas).

*O termo determinantes da saúde refere-se aos factores que beneficiam a saúde e que quando estão ausentes provocam doenças ou prejudicam a qualidade de vida.

Contudo, a via mais adequada para promover a saúde e a educação para a saúde é através da “ construção” ⁽⁶⁶⁾ de Escolas Promotoras de Saúde, que adiante serão referenciadas.

A implementação da EPS na escola é especialmente defendida pelos seguintes motivos: (i) em primeiro lugar, pelo facto de todas as crianças de um país passarem pelo sistema de ensino. Dificilmente algum programa de EPS implementado noutra local, atinge tanta gente, como os programas de EPS aplicados na escola ^{(54),(67),(75)}; (ii) em segundo lugar, porque alguns estudos mostram claramente que o nosso comportamento (o nosso modo de vida) no plano sanitário (e não só) se situam na infância e adolescência ^{(66),(75)}; (iii) em terceiro lugar, porque ao fazer EPS na escola estamos a atingir indivíduos em fase de formação física, mental e social que ainda não tiveram, muitas vezes, oportunidade de adquirir hábitos insanos e que são muito mais receptivos à aprendizagem de hábitos e assimilação de conhecimentos ⁽⁷⁵⁾; (iv) em quarto lugar, conta com a colaboração de profissionais valiosos que sabem educar ⁽⁶⁷⁾.

Sendo assim, conclui-se que a Educação para a Saúde na escola tem por finalidade incutir nos alunos atitudes, conhecimentos e hábitos positivos de saúde que favoreçam o seu crescimento, desenvolvimento, bem-estar e a prevenção de doenças evitáveis na sua idade.

2.2.3 Documentos Orientadores de Saúde Escolar em Moçambique.

A Saúde escolar em Moçambique visa melhorar o estado de saúde e de nutrição dos alunos, podendo alterar as razões mais comuns do absentismo, fraco desempenho e desistência escolar. Outro objectivo não menos importante é promover infra-estruturas escolares e saneamento adequado (água potável, sanitários e salas de aulas) assim como a educação para saúde.

Como documentos normativos da saúde escolar destaca-se o Acordo MISAU-MEC; Estratégia de Saúde Escolar; o Guião de implementação da Estratégia; o Manual de educação para a saúde; o manual das doenças mais comuns na idade escolar; o manual dos primeiros socorros e instrumentos de recolha de dados.

As acções do pacote Básico de serviços de saúde escolar incluem: (i) a educação para saúde com a finalidade de promover boas práticas saudáveis, o desenvolvimento psico-social e a prevenção de acidentes na criança em idade escolar, bem como a participação da comunidade escolar como mensageiro de boas práticas de hábitos de saúde à família e comunidade; (ii) a vacinação Anti-Tetânica nas idades de ingresso na escola e nas meninas em idade fértil; (iii) a melhoria das condições de saneamento do meio para reduzir a contaminação de doenças por falta de higiene individual e a melhoria das condições dos sanitários, aterros sanitários, sistema de remoção e tratamento do lixo e dejectos humanos, incluindo o abastecimento de água potável.

2.2.4. As Práticas Actuais de Saúde Escolar e sua Transição Para Escola Promotora de Saúde.

As Escolas são consideradas espaços sociais adequados para a promoção da saúde das crianças e dos adolescentes pela sua potencial influência sobre a saúde, auto-estima, comportamentos e habilidades para a vida.

Por muitos anos, Programas de Saúde nas Escolas têm sido implementados com base em modelos tradicionais de EPS, centrados em estratégias prescritivas e coercivas na transmissão de informações, através da inclusão de temas de saúde no currículo escolar e orientações para o controle de comportamentos de risco ^{(28), (43)}. Porém, essas práticas têm demonstrado efeitos mínimos e de curto prazo, por não provocarem mudanças efectivas nos comportamentos ligados à saúde e qualidade de vida ^{(37), (53)}.

A escola promotora da saúde promove a mudança do paradigma tradicional para enfoques integrais de saúde escolar. As práticas de saúde escolar mais frequentes em Moçambique se fundamentam no paradigma tradicional de saúde escolar, que consiste em intervenções do sector da Saúde no âmbito escolar. Dentro deste enfoque, predomina a lógica biomédica, centrada na assistência e na prevenção da doença, em contraposição à Escola Promotora da Saúde que se baseia no conceito de promoção da saúde.

A fraca evidência do impacto positivo e a longo - termo de programas de “cariz vertical” ⁽³⁸⁾ levou ao desenvolvimento de uma nova abordagem de promoção da saúde baseada na

escola - a Escola Promotora da Saúde – que “*traz uma nova visão nesta área*”⁽³¹⁾, pois, considera que o desenvolvimento harmonioso da criança em idade escolar depende em grande parte das condições ambientais, da alimentação e nutrição adequadas, das oportunidades de aprendizagem de habilidades, da construção de conhecimentos e do acesso à recreação e às condições de segurança que lhes são oferecidas.

A estratégia de “Escola Promotora da Saúde”, emergiu durante os anos 80, com o apoio da Organização Mundial da Saúde, como parte das mudanças conceituais e metodológicas que incorporam o conceito de promoção da saúde na saúde pública, estendendo – o ao ambiente escolar.

Esta estratégia pretende ser um mecanismo de integração de vários elementos, incluindo o currículo, o ambiente escolar, parceria com a comunidade e as políticas escolares de suporte à saúde que, combinados, poderiam favorecer o maior êxito na obtenção de resultados educacionais e de saúde. ⁽³⁹⁾, ⁽⁴³⁾, ⁽⁸³⁾

A iniciativa de “Escola Promotora da Saúde”, veio superar o modelo pelo qual as escolas foram consideradas receptoras passivas das acções de saúde, dando-lhes agora um papel activo no que respeita à criação de oportunidades que favoreçam as iniciativas de educação para a saúde.

De acordo com Pelicioni ⁽⁶⁴⁾, “uma escola promotora da saúde não é apenas um sistema eficiente para produzir educação, mas também preocupa-se com a saúde de todos os seus membros: professores, alunos e outros funcionários não docentes, incluindo todos os que se relacionam com a escola e com a qualidade do meio em que vivem” (p.3).

Sendo assim, as escolas deveriam abrir espaço para a participação e colaboração de todos os intervenientes: alunos, professores, funcionários, pessoal da saúde, pais e líderes comunitários, assim como ONGs e sector privado, “*visando melhorar a qualidade de vida da comunidade escolar com estímulo a acções locais, e a construção de um meio ambiente saudável*”⁽⁷²⁾.

2.3. O Meio Ambiente e Saúde.

O ambiente é o espaço que rodeia e influencia o homem e outros seres vivos ao longo da sua existência. Isto inclui o ambiente biofísico (energia, alimentos, ar, solo, água, habitat) e o ambiente psicossocial (condições sociais, económicas, políticas e culturais).

Uma definição similar é dada por Marcondes ⁽⁴⁹⁾ que considera meio ou ambiente ao conjunto de condições que cercam os seres vivos. Segundo o autor, os seres vivos são influenciados por vários factores, denominados condições ambientais, tais como: luz, água, temperatura, entre outros.

Uma segunda definição elaborada por Reigota ⁽⁶⁹⁾ afirma que meio ambiente é " *um lugar determinado ou percebido onde estão relações dinâmicas e em constante interação os aspectos naturais e sociais*". Para o autor, meio ambiente envolve pessoas, natureza, tecnologia, política e sociedade que se interagem, perspectivando mudanças sem que estas venham a lesar qualquer um dos componentes deste conjunto(p.52).

Por outras palavras, o termo "meio ambiente" refere-se ao conjunto das condições físicas, químicas, biológicas, sociais, culturais e económicas com as quais os seres humanos interagem.

2.3.1. Conceito de Salubridade Ambiental.

Um dos maiores problemas da falta de salubridade, é a falta de serviços e infra-estruturas sanitárias. Conforme se afirma adiante, o saneamento é um dos factores de promoção de um ambiente salubre, que favorece condições de sobrevivência, quando devidamente implantado e adequado às características locais.

De acordo com Ferreira ⁽²²⁾, o conceito de salubridade possui um significado amplo. Tem-se: 1. Qualidade de salubre; 2. Conjunto das condições propícias `a saúde pública. Assim sendo, tendo em conta este " conjunto de condições ", entendidas como condições materiais e sociais, conclui-se que as mesmas são necessárias para se alcançar o estado

salubre de um ambiente, ou seja, o estado propício a saúde de uma população, neste trabalho entendido como população em idade escolar.

Almeida ⁽²⁾, define a salubridade como sendo: a "qualidade ambiental capaz de prevenir a ocorrência de doenças veiculadas pelo meio ambiente e de promover o aperfeiçoamento das condições mesológicas favoráveis à saúde da população".

Foucault ⁽²³⁾ baseando-se nas etapas de formação da medicina social apresenta também um conceito de salubridade:

Para este autor, Salubridade não significa saúde, é sim o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, que permitem a melhor saúde possível. Salubridade é a base material e social capaz de assegurar a melhor saúde possível dos indivíduos. E é relativamente a ela que aparece a noção de higiene pública, técnica de controle e de modificações dos elementos materiais do meio que são susceptíveis de favorecer ou, ao contrário, prejudicar a saúde (p94).

Foucault ⁽²³⁾, além das características físicas e materiais, incorpora no conceito de salubridade, a variável social. Assim, a salubridade ambiental torna-se um produto das condições materiais e sociais que caracterizam o estado do meio no qual as pessoas vivem e que interferem na saúde da população. Junto a esta variável social, Alva ⁽³⁾ sugere a inclusão da variável cultural como necessária a um estudo sobre o ambiente.

2.3.2 Saneamento do Meio e sua Influência na Saúde das Crianças.

Na definição clássica o saneamento é o "conjunto de medidas que visam a preservação ou a modificação das condições do meio ambiente, com a finalidade de prevenir doenças e promover a saúde"⁽⁵⁰⁾. Um outro autor, define saneamento como o conjunto de ações e medidas que visam a melhoria da salubridade ambiental, com a finalidade de prevenir doenças e promover a saúde⁽⁵¹⁾.

Menezes ⁽⁵⁰⁾ estabelece uma distinção entre "saneamento básico", que seria uma restrição do conceito para designar as ações dirigidas ao controle dos patogênicos e seus vectores,

e “saneamento ambiental” que teria um sentido mais amplo, para alcançar a administração do equilíbrio ecológico, relacionando-se, também com os aspectos culturais, económicos e administrativos e medidas de uso e ocupação do solo.

No geral, o saneamento básico é uma acção percebida, fundamentalmente, como medida de saúde pública, que compreende abastecimento de água potável, colecta e disposição adequada dos esgotos e do lixo, drenagem de águas pluviais, controle de vectores transmissores de doenças e actividades relevantes para a promoção da qualidade de vida.

Silva in OMS (*sd*) define saneamento do meio como controlo de todos os factores do meio físico do homem que exercem ou podem exercer um efeito negativo sobre o seu bem-estar físico, mental e social.

Assim sendo, o saneamento tem como finalidade a promoção da saúde do homem, no seu mais amplo sentido, ou seja, contribuir para o ideal de “ pleno bem-estar físico, mental e social”. Portanto, as actividades de saneamento são parte integrante da salubridade, pois tem a ver com o estado das coisas, do meio e seus elementos constitutivos, bem como das habitações, escolas, locais de concentração de pessoas em geral.

A relação entre a qualidade do ambiente e a saúde das crianças é referenciada em vários trabalhos ^{(8),(27),(84)} sendo que as principais ameaças à saúde das crianças resultam de deficientes condições de vida básicas, tais como água insalubre ^{(79), (85)} , as construções inadequadas, o saneamento básico impróprio ⁽⁷⁾, e os alimentos inseguros, entre outros.

As actividades relacionadas com a promoção da higiene e saneamento, concorrem para a redução das elevadas taxas de absentismo, causadas por doenças comuns preveníveis como a diarreia. Por exemplo, estima-se em cerca de 400 milhões de crianças em idade escolar, que anualmente são infectadas por parasitas intestinais, especialmente lombrigas, prejudicando as suas habilidades de aprendizagem ⁽⁶⁸⁾. Um estudo recente conduzido pelo MISAU, corrobora com esta indicação ao constatar elevadas taxas de prevalência de parasitoses na população em idade escolar em Moçambique.

Existem uma série de razões que justificam a necessidade de promoção da higiene e saneamento nas escolas ⁽³⁶⁾. Dentre estas razões, destacamos as seguintes: (i) O saneamento é um direito humano básico: a Convenção dos Direitos da Criança ⁽¹⁰⁾, afirma que as crianças têm direito de um ambiente seguro para o reforço da aprendizagem, saúde e seu desenvolvimento; (ii) As escolas constituem uma excelente oportunidade para criar mudanças de conduta que duram toda a vida, além disso, a infância é também o melhor momento para a aprendizagem das crianças acerca das condutas de higiene e, aquilo que as crianças aprendem na Escola Primária é provável que apliquem para o resto da sua vida; (iii) as crianças como agentes da mudança, o que aprendem na escola pode ser transferido para as suas casas, comunidades e para outras crianças que não puderam frequentar a escola por várias razões.

Contudo, as promessas dos programas de Saúde Escolar e saneamento nem sempre são cumpridas⁽³⁶⁾. Em muitos países em desenvolvimento, incluindo Moçambique, as escolas são insalubres para as crianças e frequentemente são caracterizadas por uma série de carências tais como: sanitários e lavatórios das mãos quebrados e sujos, e abastecimento de água insalubre ou não potável; Crianças com hábitos deficientes de higiene e falta da prática de lavagem das mãos após o uso do sanitário.

Vários autores ^{(87), (88), (89)}, estabelecem como requisitos mínimos e essenciais para a criação e manutenção do ambiente escolar saudável, entre outros: a provisão de água potável, a existência de sanitários suficientes (latrinas e casas de banho funcionais), meios para colecta e disposição do lixo, o controlo efectivo de insectos e roedores, bem como o arejamento e luminosidade adequados das salas de aula .

Rukunga, G et al⁽⁶⁸⁾, afirmam que quando menos de 40 crianças compartilham uma latrina ou vaso sanitário, a acessibilidade é considerada razoável, de entre 40 a 100 crianças usando uma latrina é classificada como má, sendo perigosa, se mais de 100 alunos compartilhar uma única latrina.

Acrescenta -se que, em 2005, cerca de 70% das escolas Moçambicanas não possuíam água nem sistemas de saneamento, Além disso, a maioria das escolas também não possuem programas ou serviços de saúde.⁽⁷⁹⁾

Estudos revelam que as infecções helmínticas, particularmente por lombrigas têm influência na frequência escolar ⁽⁷⁶⁾ e afectam negativamente as habilidades cognitivas das crianças ^{(13), (77)}, prejudicando deste modo a sua aprendizagem.

Assim sendo, o tratamento de parasitoses pode ter algum impacto imediato de curto prazo. Porém, um programa poderá mostrar um efeito sustentável quando combinado com o treinamento dos professores e gestores educacionais, educação para saúde na sala de aula e provisão da água potável e uso correcto dos sanitários, incluindo a sua manutenção e limpeza.

A qualidade de saneamento constitui um factor indispensável para a qualidade de educação ⁽⁹¹⁾. Na busca permanente de um ambiente saudável, torna-se necessário que a escola assegure saneamento básico, água de qualidade e ambiente de suporte à actividade física e à mobilidade segura, e reduzir a exposição das crianças aos riscos físicos e biológicos ⁽⁸⁶⁾.

Sendo assim, as escolas oferecem uma grande oportunidade para o combate da doença e melhoram o estado de saúde dos escolares e da comunidade. A escola tem um importante papel na capacitação das crianças em habilidades para a vida no uso da água e educação em saneamento, ajudando -as a tomar decisões informadas e prevenir situações e condutas de risco assim como na mudança de hábitos de higiene.

2.3.3 Água e o Saneamento nas Escolas em Moçambique.

Assume-se que a chave para os problemas de saúde ambiental das crianças passa pela educação sobre os cuidados de higiene e outras medidas de protecção.

Práticas de higiene tais como lavagem das mãos demonstraram resultados impressionantes na redução de doenças relacionadas com a água ou com a falta de

higiene ⁽⁹⁾, ⁽⁸¹⁾. Além disso, experiências também indicam que, na ausência de boas condutas de higiene, a melhoria dos sanitários e o abastecimento da água potável, poderá ter um efeito mínimo sobre a saúde.

Por outro lado, a informação apenas não é suficiente para a mudança de conduta, e que esforços para melhorar a higiene unicamente através da educação em saúde podem ter pouco efeito na ausência de outras condições de suporte.

Por conseguinte, onde a água é escassa e os sanitários insuficientes e cuja a manutenção e limpeza são deficientes ⁽²⁴⁾, é improvável que a educação mude as práticas de higiene.

Em muitos países, incluindo Moçambique, existe uma alta prevalência de doenças relacionadas com a água e deficiente saneamento, o que coloca a urgência de melhorar as práticas de higiene para a eliminação das rotas de transmissão destas doenças.

Melhorar as práticas de higiene * no caso das escolas em Moçambique, significa não considerar apenas a inserção desta matéria no currículo escolar, como acontece, mas também a possibilidade de reforço com mensagens educativas fora da sala de aula, incluindo pequenos projectos sobre a água e saneamento, envolvendo os alunos e a comunidade.

Sendo assim, o processo de melhoria da saúde nas escolas pode liderar a melhoria de saúde nas famílias, e eventualmente melhorar a saúde nas comunidades ⁽⁸⁰⁾.

* O termo higiene, no sentido mais comum, significa: limpeza, asseio. Num sentido mais amplo, compreende todos os hábitos e condutas que auxiliam a prevenir doenças, manter a saúde e o bem – estar dos indivíduos.

2.4. Estratégias de Promoção da Saúde Escolar.

As Escolas Promotoras de Saúde são actualmente recomendadas pela OMS, por serem “escolas que constantemente reforçam a sua capacidade de representar um ambiente saudável para se viver, aprender e trabalhar” (43),(63).

Ela melhora a condição de saúde de toda a comunidade escolar, envolve os sectores da Saúde e Educação, além da comunidade, em esforços para fazer da escola um lugar saudável, oferece oportunidades para a manutenção da saúde e implementa políticas e práticas que dão suporte à auto - estima e tomada de decisões saudáveis.

Assim sendo, as Escolas Promotoras da Saúde reúnem as seguintes características principais:^{(31), (43), (60), (63), (74)}

1- A planificação, desenvolvimento e valorização no currículo formal de programas de prevenção, educação e promoção da saúde: incentivando a auto-estima, a observação sistematizada do aluno pelos professores, a preservação do património, o cuidado e a manutenção do meio ambiente dentro e fora da escola;

2- Implementam políticas que: (i)apoiam a dignidade e o bem estar individual e colectivo;(ii)oferecem múltiplas oportunidades de crescimento e desenvolvimento para crianças e adolescentes.

3- Implementam estratégias que fomentam e apoiam a aprendizagem e a saúde: (i)Permitindo a participação articulada dos sectores da Saúde e Educação, da família e da comunidade;(ii)oferecendo educação para saúde de forma integral e treinamento em habilidades para a vida;(iii) reforçando os factores de protecção e diminuindo os factores de risco;(iv) permitindo o acesso aos serviços de saúde, nutrição e actividade física.

4- Envolvem todos os membros da escola e da comunidade:(i)na tomada de decisões;(ii)na execução das intervenções.

5- Têm um plano de trabalho para:(i)melhorar o ambiente físico e psicossocial, mantendo-o seguro e confortável;(ii)criar ambientes livres de fumo, drogas, abusos e qualquer forma de violência; (iii)garantir o acesso a água potável, condições higiênicas e sanitárias e de iluminação adequadas; (iv)possibilitar escolhas por alimentos saudáveis; (v) criar um ambiente escolar saudável; (vi) promover actividades que se estendam para fora da escola.

6- Implementam acções que conduzem a melhoria da saúde dos seus membros e trabalham com os líderes da comunidade para assegurar:(i) acesso a nutrição;(ii) actividade física;(iii) condições de limpeza e higiene;(iv) serviços de saúde e respectivos serviços de referência.

7- Incentivam a formação e actualização relevantes a professores e alunos, e oferecem material educativo.

8- Têm comissão local de educação e saúde, na qual participam activamente:(i) associações de pais; (ii) organizações não governamentais e;(iii) organizações comunitárias.

Portanto, a Escola Promotora da Saúde, tem como finalidades⁽⁶³⁾: (i) melhorar a saúde de toda a comunidade escolar; (ii) prevenir doenças; (iii) manter um ambiente ecologicamente sustentável; (iv) promover a auto – estima; (v) reduzir gastos em saúde e, (vi) monitorar e avaliar a eficácia das suas acções.

As actividades da escola promotora da saúde devem estar orientadas para o desenvolvimento de conhecimentos e habilidades que capacitem os alunos na prevenção de doenças e agravos à saúde, prevenir comportamentos de risco, assim como prepará-los para cuidar da sua própria saúde.

Para Pelicioni *et al*⁽⁶³⁾ a informação é fundamental, mas deve levar as pessoas a adoptarem estilos de vida saudáveis e a modificar condutas prejudiciais à saúde.(p6) Por isso, é essencial capacitar as pessoas, preparando-as para as diversas fases da existência, por forma a que possam viver com qualidade, e conseqüentemente ter saúde.

Acções de saúde dentro da escola com este enfoque facilitam a integração com a comunidade circunvizinha a fim de colocar em prática estratégias comuns. Desta forma, a escola e a comunidade, partilham esforços com uma única finalidade: melhorar a qualidade de vida e a saúde de todos.

Vários estudos ^{(59),(60)} mostram que as escolas reforçam as relações entre os alunos e professores quando oferecem um ambiente físico e emocional favorável, tornando-se ferramentas poderosas no processo de ensino –aprendizagem, ao superar as condições adversas.

2.4.1 Estratégia de Promoção da Saúde da População em Idade Escolar Em Moçambique.

O Programa de Saúde Escolar e do Adolescente tem como grupo alvo a população dos 6-24 anos e foi concebido para cobrir todo o país.

De acordo com esta Estratégia, o sucesso do programa ⁽⁴⁵⁾ depende de um compromisso entre todos os intervenientes, um compromisso Nacional a todos os níveis, uma capacidade institucional e uma ligação coerente entre o nível central, provincial, os distritos e as escolas através de informação, apoio, coordenação e formação.

A estratégia de Moçambique inspira-se nas estratégias recomendadas pela OMS, sendo de destacar: i) a adopção de políticas de saúde escolar com recursos e compromissos visando o melhoramento da saúde e da educação; ii) a criação de um ambiente escolar física e psicologicamente favorável a saúde e com modificações para o melhoramento desse ambiente, iii) o incentivo ao envolvimento comunitário no processo de promoção da saúde escolar e ligações entre a escola e outras instituições; incluindo ONG,s iv) o desenvolvimento de habilidades para a vida por via de curricula, formação e capacitação dos professores e alunos incluindo a aprendizagem sobre assuntos de saúde, v) a reorientação dos serviços de saúde para facilitar o seu acesso nas escolas e realizar intervenções específicas previstas no sistema de saúde interno das escolas.

Comparando com as estratégias da OMS, a de Moçambique, embora tenha integrado muitos dos aspectos previstos nas estratégias gerais e internacionais, constata-se que subsistem desafios no que concerne a sua implementação prática. A título de exemplo, as escolas avaliadas carecem de comissões de saúde escolar; nota-se uma clara ausência de muitos intervenientes no processo.

Por outro lado, o projecto piloto "Escola Promotora de Saúde ou Escola Saudável" ⁽⁴⁶⁾ cuja meta é aumentar o número de escolas que pelas suas características possam ser exemplo de escola promotora de saúde, ainda enfrenta dificuldades para a sua materialização.

Capítulo III: Procedimentos Metodológicos.

3.1. Área de Estudo

O Distrito da Matola, situa-se a sul da Província de Maputo, no sul de Moçambique, tendo como limites: a Norte - Marracuene, a Sul - Boane, a Este - Maputo - Cidade e a Oeste - Moamba e Boane. O Distrito tem uma população estimada em 675,422 habitantes, segundo os dados preliminares do censo geral da população de 2007. Tem uma superfície de 375 Km², com a densidade populacional de 1703 habitantes por Km², distribuídos em 43 bairros. Sendo O Posto Administrativo da Matola Sede, o mais populoso, seguido da Machava e por último o Infulene.

A rede sanitária do distrito comporta 16 unidades sanitárias, entre Centros de Saúde (CS) e Postos de Saúde (PS). Alguns bairros periféricos da Cidade da Matola, não possuem unidades sanitárias, funcionando como alternativas brigadas móveis de saúde. Sendo a rede pública de ensino primário constituída por 73 Escolas

Um dos grandes constrangimentos que a população enfrenta é a fraca cobertura no abastecimento de água potável, o que contribui no comportamento epidemiológico de algumas doenças de notificação obrigatória tais como diarreia, desenteria e malária, que nos últimos anos mostram uma tendência bastante preocupante devido ao elevado

número de casos registados. Segundo a DSDM, em 2007, foram reportados 11.198 casos de diarreia, 2365 de desenteria e 42.211 de malária.

3.2. Metodologia e Tipo de Estudo.

Os métodos propostos para esta pesquisa foram a observação, a aplicação de questionários auto-preenchidos, a realização de entrevista semi – estruturada a figuras chave e a análise documental.

Classificamos este estudo como descritivo, uma vez que, o desenho descritivo pode servir para observar, registar, analisar, descrever e correlacionar factos ou fenómenos (variáveis) sem fazer **associação** entre **exposição** e efeito⁽¹⁴⁾. É uma pesquisa de carácter qualitativo, pois permite a imersão do pesquisador no contexto e a perspectiva interpretativa na condução da pesquisa.⁽⁴⁾⁽³³⁾ Porém, tem carácter quantitativo, uma vez que somou dados numéricos obtidos da análise qualitativa. Assim, as duas abordagens (qualitativa e quantitativa), se completam, tendo em conta que vários autores defendem a ideia de combinar métodos quantitativos e qualitativos com intuito de proporcionar uma base contextual mais rica para interpretação e validação dos resultados⁽³³⁾.

Os procedimentos qualitativos têm sido utilizados quando o objectivo do pesquisador é verificar como as pessoas avaliam uma experiência, ideia ou evento; como definem um problema e quais as opiniões, sentimentos e significados encontram –se associados a determinados fenómenos⁽³⁰⁾.

As categorias utilizadas foram:

- Formação e capacitação em saúde escolar e do adolescente e promoção da saúde – duração e frequência;
- Promoção do saneamento, limpeza e higiene na escola;
- Envolvimento dos diferentes intervenientes, incluindo a comunidade ;
- Parcerias existentes entre as escolas, unidades sanitárias e outros intervenientes;
- Coordenação intersectorial na implementação das actividades;
- Programas ou projectos de saúde em curso nas escolas;

- Criação de caixas de primeiros socorros, postos de saúde e cantos de aconselhamento nas escolas;
- Conhecimento e disponibilidade dos documentos orientadores: o programa, a estratégia de implementação, as fichas de recolha de dados e o acordo MISAU – MEC na área de saúde escolar e do adolescente.

Propusemo-nos a observar todos os espaços físicos do ambiente escolar com o objectivo de verificar alguns requisitos que pudessem denotar o nível de higiene, segurança, ocorrências e comportamentos relacionados à saúde, junto da comunidade escolar.

Os questionários auto – preenchidos permitiram-nos conhecer as práticas, percepções e opiniões dos profissionais da saúde e dos professores em relação a saúde escolar; as oportunidades oferecidas para que possam adquirir conhecimento apropriado, atitudes e competências para proteger e promover a saúde no ambiente escolar e, identificar as dificuldades e as carências sentidas nas suas práticas de educação e promoção da saúde.

Tratando –se de questionários auto – preenchidos, a frequência (n) de respostas poderá variar em algumas tabelas.

Realizamos entrevista semi – estruturada com figuras chave, nomeadamente directores de escolas e Chefes das unidades sanitárias, tendo como objectivo aprofundar o conhecimento das diferentes visões sobre saúde na comunidade escolar e esclarecer eventuais dúvidas ou problemas detectados, a partir da análise das observações e questionários.

O estudo está baseado nos preceitos éticos que estabelecem normas e directrizes para a realização da pesquisa com seres humanos, tendo em conta referências básicas da bioética que asseguram direitos e deveres, no que diz respeito aos pesquisados e ao pesquisador.

Aos informantes foram garantidos sigilo e anonimato, bem como a liberdade de desistir em qualquer momento do trabalho.

3.3. População e Amostra.

A adopção de estilos de vida saudáveis, requer que as acções de educação para a saúde sejam iniciadas precocemente por forma a evitar o desenvolvimento de comportamentos e atitudes que mais tarde será difícil de mudar. Por isso, optamos pelas Escolas Primárias do 1º e 2º grau, onde supomos que a criança se familiarize pela 1ª vez na escola com as acções de prevenção da doença, adopção de estilos de vida saudáveis, promoção e educação para saúde.

O estudo cobriu todas as unidades de análise num universo de setenta e três Escolas Primárias e dezasseis Unidades Sanitárias (US) que prestam cuidados de saúde primários.

A população do estudo é constituída pelos directores das escolas abrangidas e professores/as responsáveis pela saúde e higiene na escola, incluindo todos os responsáveis, enfermeiros/as, estomatologistas, técnicos de medicina e agentes de medicina preventiva, que exercem a sua actividade nas 16 unidades sanitárias dos três Postos Administrativos da Matola. O total da população corresponde a 146 profissionais da educação, sendo 73 directores de escola e 73 professores, e 108 profissionais de saúde, dos quais 16 são chefes das unidades sanitárias.

A amostra inclui todos os participantes do estudo que responderam voluntariamente ao questionário e a entrevista, tendo se adoptado o método de amostragem por conveniência, onde se escolhem as unidades de estudo que estiverem disponíveis na altura em que se colhe a informação.

3.4. Critérios de Inclusão.

- Ser profissional de saúde com formação técnica, exercendo funções nas unidades sanitárias abrangidas pelo estudo;
- Ser director, professor/ra responsável pela saúde e higiene na Escola.

3.5. Instrumentos de Recolha de Dados.

Os dados foram recolhidos através da utilização de um questionário de auto – preenchimento e de um roteiro de observação. Optamos pela aplicação de questionários a toda população (professores e profissionais de saúde), por se tratar da forma mais fácil e

mais rápida de obter informação, numa área geográfica tão dispersa como a do Distrito da Matola. Além disso, estamos perante uma população homogénea e, alfabetizada, duas condições necessárias para utilizar os questionários. Este instrumento é aquele que nos permite obter informação descritiva e objectiva que responda aos objectivos traçados.⁽²⁹⁾
(44)

Após uma primeira formulação do questionário, roteiro de observação e guião de entrevista semi-estruturada, estes foram aplicados a título experimental, a uma população com características semelhantes à da população do estudo. Este estudo piloto abrangeu um grupo de 5 profissionais de saúde do Centro de Saúde da Fasol, um director de escola e 5 professores.

Como resultado do estudo piloto, houve a necessidade de se proceder a pequenas alterações aos instrumentos iniciais. Submetido novamente a outros professores e profissionais de saúde, não recebeu críticas ou sugestões, sendo considerado o instrumento definitivo da pesquisa.

Optou-se por uma maioria de questões fechadas para evitar as não respostas, que são muito frequentes nas questões abertas e ainda pela vantagem de facilitar a introdução dos dados⁽²⁵⁾.

Conjugamos a informação descritiva obtida através dos questionários e roteiro de observação com a informação aprofundada, mais explicativa e interpretativa das entrevistas semi – estruturadas a figuras chave (Directores de escola e Chefes das unidades sanitárias), complementando aquela.

3.6. Recolha de Dados.

A colecta de dados contou com o auxílio dos directores das unidades de ensino e Chefes das Unidades Sanitárias, solicitados em encontro preparatório de sensibilização sobre a importância da pesquisa. Anexou-se carta introdutória a cada instrumento, informando sobre os objectivos da pesquisa e solicitando o preenchimento individual, do consentimento informado e do questionário. Foram garantidos o sigilo e o anonimato das informações. Coube ao director de cada unidade de ensino ou Chefe da Unidade sanitária,

já sensibilizados, a responsabilidade pela distribuição e recolha dos questionários preenchidos, garantindo, assim, a ausência de perda dos questionários.

Foram necessárias três a quatro deslocações às US para reaver os questionários num período de aproximadamente dois meses, entre Julho a Setembro de 2007.

A colecta de dados secundários foi realizada através da análise de documentação de diversos tipos como relatórios, brochuras, programa de SEA e sua estratégia de implementação.

3.7. Limitações do Estudo.

A fraca divulgação do Programa de SEA e do Protocolo assinado entre o MiSau e o MEC para a implementação da estratégia de SEA, por um lado, e por outro, o factor trabalho em turnos por parte dos profissionais de saúde das US's, aliado a sua elevada carga de trabalho foram factores que dificultaram de alguma forma a aderência destes profissionais no estudo. Esta situação obrigou a constantes deslocações às US's para a recolha dos questionários. Além disso, a participação no estudo era voluntária, não previa nenhuma compensação, constituindo por isso um factor limitante na aderência.

A falta de bibliografia relevante a nível interno para o tema da pesquisa, obrigou a que o autor recorresse a compra de algumas referências no exterior levando a um período de espera de cerca de nove meses, com implicações na observância do período da conclusão e defesa do presente trabalho.

3.8. Análise e Processamento de Dados.

Os dados primários (questionários, entrevistas e roteiro de observação) foram processados através do programa informático SPSS versão 11.

Capítulo IV: Apresentação dos Resultados da Pesquisa.

4.1. Apresentação dos Dados Recolhidos no Trabalho de Campo.

As informações recolhidas dos professores, profissionais de saúde, directores de escola e responsáveis das unidades sanitárias, são apresentadas, neste relatório, agrupadas de acordo com os objectivos do estudo a que correspondem, e por cada uma das categorias dos entrevistados e em volta dos itens utilizados para conduzir as entrevistas, seguindo – se o mesmo procedimento em relação às informações recolhidas nas escolas através do roteiro de observação. uma parte dos dados do roteiro de observação, é descrita e não aparece em tabelas ou gráficos, como acontece com os dados do inquérito e das entrevistas realizadas.

4.2. Principais Resultados da Pesquisa.

O estudo não pretendeu obter resultados estatisticamente significativos, mas sim resultados que representassem a realidade das escolas primárias do Município da Matola, nos seus múltiplos aspectos ligados a saúde na escola. Assim, resultou na selecção de 73 professores responsáveis pela saúde e higiene escolar, e igual número de directores de escola, interessados em participar no estudo.

O envolvimento de todos os professores responsáveis pela saúde e higiene na escola foi surpreendente, facto que leva a supor que tenham percebido a importância das suas informações e participação na perspectiva de realização de acções programáticas de educação e promoção da saúde na escola. Relativamente aos profissionais de saúde das US não se pode fazer a mesma apreciação na aderência ao estudo, porquanto, dos 146 profissionais de saúde, apenas 92 restituíram os questionários preenchidos, o que representa uma perda de cerca de 54 participantes.

Dos 162 profissionais da saúde exercendo funções técnicas nas 16 unidades sanitárias do Município da Matola, 92 profissionais (56,8%) mostraram-se interessados em participar voluntariamente no estudo, acontecendo o mesmo em relação aos 16 responsáveis destas unidades sanitárias.

A aderência dos profissionais de saúde no estudo não correspondeu à expectativa, o que explica –se pelo facto de serem profissionais muito ocupados e em número reduzido nas unidades sanitárias, por um lado , por outro, pela falta de motivação, por se tratar de uma actividade de um programa no qual não estão previstos estímulos ou incentivos, conforme se poderá depreender adiante, pelos depoimentos destes profissionais.

A apresentação dos resultados espelha os quatro objectivos específicos definidos inicialmente, para o presente estudo:

4.2.1 Objectivo 1: Verificar as Condições de Salubridade nas Escolas Primárias do Município da Matola.

4.2.1.1.Saneamento do meio nas Escolas

4.2.1.2.Colecta, destino e tratamento do lixo nas escolas

No diz respeito ao tratamento do lixo, observou se que a maioria das escolas (**58,9%**) optam por queimá-lo no próprio recinto escolar, **21,9%** das escolas têm o lixo depositado a céu aberto e não existe aterro sanitário, constituindo uma fonte para a reprodução de ratos e insectos voadores como baratas e moscas. noutras escolas (**19,2%**), o lixo é enterrado.

Embora as escolas tenham como lixo o papel, há no entanto, casos em que este está misturado com frascos plásticos e outros resíduos sólidos, que ao ser incinerados, podem libertar gases nocivos à saúde humana.

A acumulação do lixo a céu aberto constitui um grande risco à saúde das crianças, considerando que em muitas escolas avaliadas, proliferam pequenos mercados informais que vendem uma série de alimentos desprotegidos e a mercê das moscas e poeiras, fora o problema de fecalismo a céu aberto. No total das escolas observadas em matéria de saneamento do meio, **45,2%** das escolas tinham salas de aula limpas; **63,4%** das escolas tinham o pátio limpo.

4.2.1.3. Depósitos de lixo

No que respeita aos recipientes de colecta do lixo, apenas 27 escolas (36,9%) apresentaram recipientes de recolha do lixo em número suficiente, o que explica a existência de papéis espalhados tanto nas salas assim como no pátio escolar.

4.2.1.4. Disponibilidade de latrinas ou sanitários

Em relação à disponibilidade de latrina ou sanitários verificou-se que **93,2%** (68) têm latrinas em funcionamento; **45,2%** das escolas (33) tinham as casas de banho/latrinas e salas de aula limpas. A limpeza dos sanitários e das latrinas com desinfectante apropriado, é efectuado em 55 escolas (**75,3%**), alegando-se nas restantes, a falta de dinheiro para a compra dos produtos de limpeza dos sanitários. Em seis (6) escolas, os sanitários encontravam-se encerrados por deficiente funcionamento do sistema de esgoto ou por falta de água, obrigando os alunos a satisfazer suas necessidades no pátio escolar.

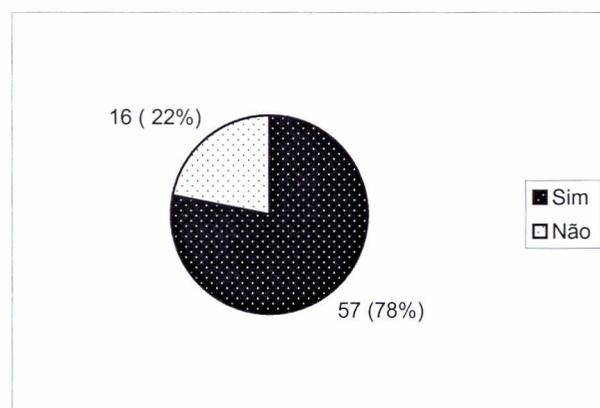
4.2.1.5. Condições de Higiene e saúde .

Das 73 escolas primárias observadas, **30,2%** situam-se na zona peri-urbana e **69,8%** na zona urbana do Município da Matola.

No que respeita à higiene e saúde do edifício constatou-se a existência de lavatórios para as mãos e água nos sanitários em 27 escolas (**36,9%**); outras 14 escolas (**19,2%**), embora possuam latrinas, estas não têm tampas de protecção para impedir o acesso das moscas e outros insectos e roedores como os ratos. Entretanto, verificou-se que 11 escolas têm sanitários em avançado estado de degradação, constituindo, igualmente, um risco para os utentes.

Facto quase comum em várias escolas em estudo foi a ocorrência de fecalismo a céu aberto, factor importante na análise das condições de higiene nas escolas e importam mostrar o seu impacto na promoção de saúde escolar.

Gráfico 1: Escolas com fecalismo a céu aberto.



A observação ao ambiente escolar revelou que as condições de higiene e de saneamento são deficientes na maior parte das escolas abrangidas pelo estudo. **78,0%** das escolas enfrentam o problema de fecalismo a céu aberto e urina espalhada no chão à volta dos sanitários ou das latrinas, constituindo um risco à saúde da comunidade escolar e circunvizinha.

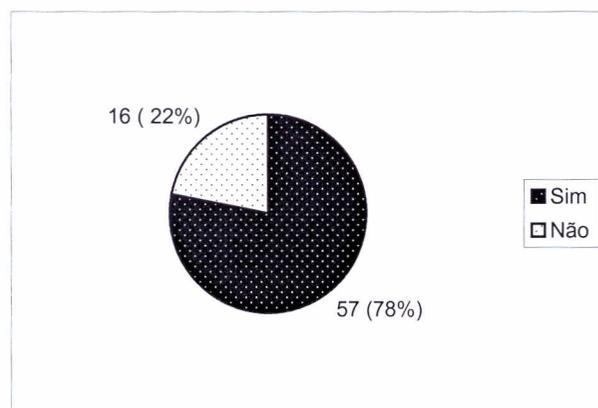
Esta situação é motivada por várias razões: a primeira, o facto de o número das latrinas ou sanitários ser insuficiente em relação ao efectivo dos alunos, uma vez que durante o intervalo, normalmente, a tendência das crianças é deslocar-se aos sanitários ao mesmo tempo.

Por outro lado, constatou-se no terreno que seis escolas tinham os sanitários encerrados por deficiente funcionamento do sistema de esgoto e por falta de água e outras várias escolas que simplesmente as crianças fazem-no devido ao hábito e costume na sua família. Todos estes cenários justificam o fecalismo a céu aberto nestas escolas.

4.2.1.6. Disponibilidade de água potável

As condições de água e saneamento do meio, nomeadamente a disponibilidade de água potável, não só para o consumo como também para a manutenção da limpeza e higiene pessoal das crianças constituíram igualmente o foco das observações do ambiente escolar.

Gráfico 1: Escolas com feccalismo a céu aberto.



A observação ao ambiente escolar revelou que as condições de higiene e de saneamento são deficientes na maior parte das escolas abrangidas pelo estudo. **78,0%** das escolas enfrentam o problema de feccalismo a céu aberto e urina espalhada no chão à volta dos sanitários ou das latrinas, constituindo um risco à saúde da comunidade escolar e circunvizinha.

Esta situação é motivada por várias razões: a primeira, o facto de o número das latrinas ou sanitários ser insuficiente em relação ao efectivo dos alunos, uma vez que durante o intervalo, normalmente, a tendência das crianças é deslocar-se aos sanitários ao mesmo tempo.

Por outro lado, constatou-se no terreno que seis escolas tinham os sanitários encerrados por deficiente funcionamento do sistema de esgoto e por falta de água e outras várias escolas que simplesmente as crianças fazem-no devido ao hábito e costume na sua família. Todos estes cenários justificam o feccalismo a céu aberto nestas escolas.

4.2.1.6. Disponibilidade de água potável

As condições de água e saneamento do meio, nomeadamente a disponibilidade de água potável, não só para o consumo como também para a manutenção da limpeza e higiene pessoal das crianças constituíram igualmente o foco das observações do ambiente escolar.

A maioria das escolas (72,6%), principalmente as que têm como fonte de abastecimento de água a rede pública e privada, não dispõe de água durante todo o dia lectivo, dado que se interrompe o fornecimento muito antes do meio dia, aliado ao facto de não possuírem reservatórios, o que afecta de certo modo a manutenção da higiene e limpeza dos sanitários.

No caso da rede privada, foram reportados situações em que as escolas, não raras vezes, ficam sem água por demora no pagamento. As restantes 20 escolas têm como fonte de abastecimento de água um furo.

4.2.1.7. Iluminação nas salas de aula.

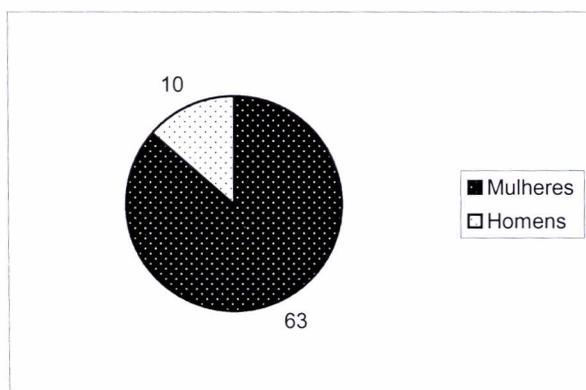
Um elemento importante da saúde visual das crianças foi a boa iluminação das salas que durante o inquérito verificou –se que as salas de aula estavam bem iluminadas em 40 escolas (54,8%), contrariamente ao que observamos nas restantes escolas que funcionam na base da luz natural, o que reduz a visibilidade, sobretudo nos dias nublados e no período terminal das aulas.

4.3. Objectivo 2: Percepção dos Profissionais da Educação e da Saúde sobre a Saúde Escolar e do Adolescente.

4.3.1: Percepção dos Profissionais da Educação Responsáveis pela Saúde Escolar e do Adolescente.

4.3.1.1. Percepção e Opinião dos professores.

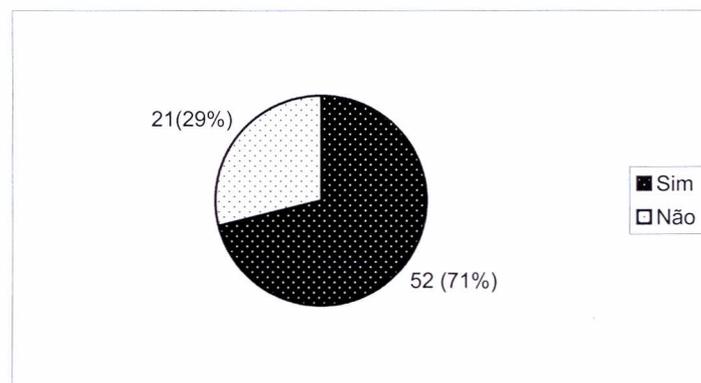
Gráfico 2- Distribuição dos professores responsáveis segundo o sexo.



O número total destes professores foi de 73, apenas 10 eram do sexo masculino, facto que não surpreende, uma vez que o ensino primário, no passado recente foi tido como “ uma profissão predominantemente feminina”.

a) Conteúdo de Saúde Escolar durante a formação.

Gráfico 3: Número de Professores (responsáveis pela SE) que estudaram conteúdos de SEA durante a formação inicial.



Em relação a abordagem do tema “ Saúde Escolar” na sua formação para docência (gráfico 3) 71,2% dos informantes confirmam ter estudado conteúdos sobre saúde escolar, outros vinte e um (29%) responderam não terem recebido nenhum tipo de informação sobre saúde escolar. Dos que estudaram, 27 (37,0%) acharam satisfatório o estudo e vinte e cinco não o consideraram satisfatório. Estes últimos, justificaram as suas respostas, argumentando que as informações foram dadas de maneira superficial e o tempo de estudo não foi suficiente.

b) Oportunidades de formação em serviço.

Em relação a formação em exercício, **51,4%** dos professores (37) responderam terem sido capacitados ou actualizados em matéria de saúde escolar. Destes, apenas 19 (**33,9%**) fizeram a transferência da informação de capacitação a outros professores. Os restantes não o fizeram alegando que os seus colegas nunca aceitaram participar nas sessões de divulgação das matérias de capacitação, percebendo – se que para estes, os assuntos de saúde escolar são apenas da alçada dos professores que respondem pela saúde e higiene escolar, não existindo por isso, uma acção uniforme por parte dos professores.

Tabela 1: Relação dos conteúdos de Saúde Escolar abordados nas capacitações, segundo os professores.

Explicações recebidas nas capacitações em Saúde Escolar e do Adolescente.	Professores	
	f	%
Educação Para a saúde	06	8,20
Detecção precoce de doenças.	05	6,84
Prevenção das ITS/HIV/SIDA	39	53,42
Sexualidade e SSR	15	20,5
Técnicas de observação em saúde.	03	4,20
Problemas de saúde a serem observados.	05	6,84
Total	73	100,0

SSR- Saúde sexual e reprodutiva

Constatou-se que durante a capacitação os temas mais tratados são: 1) *Prevenção das ITS|HIV|SIDA* confirmado por **53,42%** dos respondentes (vide a tabela 1). 2) *saúde sexual e reprodutiva*, de acordo com (**20,5%**) correspondentes a 15 professores; 3) *educação para saúde* com (**8,20%**) que corresponde a 6 professores; 4) *detecção precoce das doenças*” e o “*problemas de saúde a serem observados*”, ambos com 5 professores, correspondente a (**6,84%**). As “*técnicas de observação de saúde*”, foi o conteúdo menos citado pelos professores.

c) Importância de tratar os temas de promoção e educação para a saúde com os alunos.

Tabela 2: Factores indicados como importantes para justificar o tema “Saúde” na escola.

Factores importantes	Professores	
	f	%
Mostrar a importância da saúde e dos cuidados.	28	38,35
Prevenir e conhecer as doenças.	20	27,39
Conhecer noções de higiene e alimentação.	12	16,43
Preparar e capacitar os alunos.	05	6,84
Fortalecer a cidadania, qualidade de vida e auto – estima	08	10,95
Total	73	100,0

Das cinco categorias fornecidas no inquérito, a maioria dos professores, 28 (**38,35%**), optou pela “ importância da saúde e dos cuidados” e “ prevenir e conhecer as doenças “ com 20 professores (**27,39%**), seguindo –se “ conhecer noções de higiene e alimentação” com 12 professores (**16,43%**).

Os resultados da tabela 2, sugerem que a maioria dos professores posicionou –se de forma genérica em relação a importância do tema “saúde” na escola. Apenas 8 professores (**10,95%**) percebem a saúde como uma questão ligada a cidadania, qualidade de vida e formação de auto – estima, elementos chave nas acções de promoção da saúde. Outra resposta pouco específica, também citada pelos professores, é a questão de preparar e capacitar os alunos, com **6,84%** de respostas.

d) Preparação dos professores para fazer observações do estado de saúde das crianças na escola

Gráfico 4: professores preparados em observação do estado de saúde criança.



Em relação a preparação dos professores para realizar a observação do estado de saúde da criança e, abordar o tema transversal “ saúde” dentro do ambiente escolar, 38 (**54,0%**) responderam que se sentiam preparados e trinta e três (**46,5%**) consideram - se não preparados para o desenvolvimento dos conteúdos de saúde na escola e muito menos para observar o estado de saúde das crianças. Apenas dois professores, não revelaram a sua opinião em relação a sua preparação ou não para trabalhar com o tema saúde na escola. Quanto a qualidade de preparação, onze professores (**34,4%**), revelaram estarem bem preparados e vinte (**57,1%**) mostraram certa insegurança afirmando estarem “ mais ou menos preparados”.

e) Dificuldades para se trabalhar o tema “ Saúde” dentro do ambiente escolar, segundo os Professores.

Tabela 3: Relação das dificuldades para se trabalhar o tema “ Saúde” dentro do ambiente escolar.

Dificuldades	Professores	
	f	%
Falta material didáctico.	25	34,40
Falta de capacitação.	20	27,39
Falta apoio do ambiente familiar.	15	20,50
Recursos humanos insuficientes.	05	6,84
Outras.	08	10,95
Total	73	100,0

Outro questionamento (vide tabela 3) focalizou as dificuldades sentidas pelos professores ao trabalhar os temas de saúde no ambiente escolar. Vinte e cinco professores (34,4%), indicaram a “ falta de material didáctico” como a principal dificuldade. A falta de capacitação específica sobre o tema foi a segunda dificuldade mais sentida com 27,4% de respostas. Quinze professores (20,5%) afirmaram haver “ falta de apoio do ambiente familiar” e justificam a sua opção, alegando que muitas vezes as crianças aparecem na escola sujas e até com doenças da pele , como tinhas, constituindo risco de contaminação para o resto das crianças. Cinco professores (6,8%), consideram que os recursos humanos são insuficientes para atender as questões de SEA, pois a maioria, lecciona dois turnos, originando uma sobrecarga de actividades. Na categoria “outros”, oito professores (10,9%), apontam a falta de motivação e tempo, pelo facto de não se beneficiarem de nenhum subsídio ou compensação monetária, uma vez que teriam de realizar as acções de saúde escolar fora do seu horário normal de trabalho.

4.3.2. Percepção e Opinião dos Profissionais da Saúde sobre a Saúde Escolar e do Adolescente.

4.3.2.1. Percepção e Práticas dos Profissionais (enfermeiros e agentes da medicina preventiva)

a) Conhecimento sobre o programa de Saúde Escolar

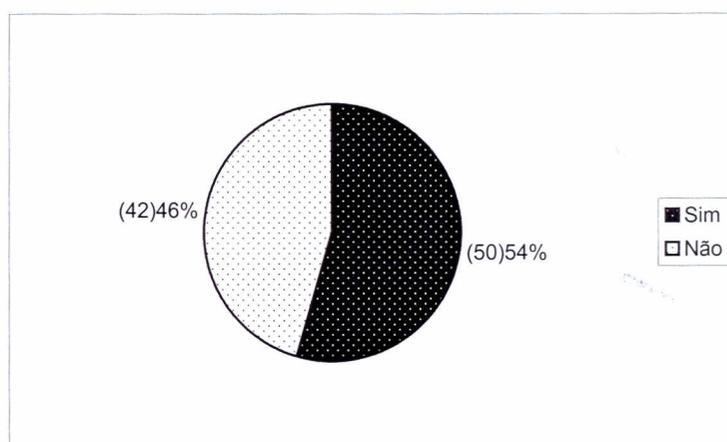
Verificou –se que mais de metade dos inquiridos, ou 54 profissionais (58,7%) de saúde tomaram conhecimento da existência do Programa a partir da US, razão pela qual 46 profissionais (50,5%) conhecem o PSEA. Constatou-se que 50 profissionais inquiridos

(54,3%) participaram em acções de Vacinação anti-tétano e realizaram algumas palestras nas escolas sobre educação sanitária, acções que ocorrem uma única vez ao ano.

Quase todos os profissionais inquiridos, 87 (96,7%) consideram necessário o seu envolvimento nas acções de saúde escolar, argumentando que são profissionais qualificados para o efeito, o que confere maior confiança e credibilidade aos beneficiários.

b) Durante a formação se estudaram o tema de Educação para a Saúde

Gráfico 5: Profissionais de saúde que estudaram conteúdos de EPS na formação inicial.



O gráfico 5 destaca que 50 profissionais de saúde (54,0%) estudaram conteúdos de educação e promoção da saúde durante a sua formação.

Dos que estudaram, 32,6% dos inquiridos (30) afirmou que o estudo foi satisfatório e 19 (20,7%) consideram o estudo como não satisfatório, alegando uma série de argumentos como reduzido tempo de estudo, falta de materiais de consulta e tratamento superficial dos assuntos.

Verificou-se que 42 profissionais inquiridos (46,0%), não receberam nenhum tipo de informação sobre educação e promoção da saúde, durante a sua formação inicial.

c) Formação em serviço

Em relação às oportunidades de capacitação ou formação em exercício, apenas 8 profissionais (8,7%), num universo de 92, afirmaram ter sido capacitados em temáticas de saúde escolar e do adolescente.

d) Importância de trabalhar os temas de saúde com os alunos

Tabela 4: Factores indicados pelos profissionais das US como importantes para justificar o tema “Saúde” na Escola,.

Factores importantes	Profissionais de saúde	
	f	%
Mostrar a importância da saúde e dos cuidados.	22	23,91
Prevenir e conhecer as doenças.	40	43,47
Conhecer noções de higiene e alimentação.	08	8,69
Preparar e capacitar os alunos.	07	7,63
Reforço da cidadania, qualidade de vida e auto – estima.	15	16,30
Outros.	-	-
Total	92	100,0

Em relação à opinião dos profissionais de saúde sobre os factores que justificam a importância de abordar o tema “saúde” com os alunos na escola (vide tabela 4), a maioria respondeu de forma pouco específica, destacando “ prevenir e conhecer as doenças”, com 43,47% de respostas, seguido da categoria “ Importância da saúde e dos cuidados”, com 23,91% .Em menor percentagem que as duas primeiras categorias (16,30%), embora de grande importância, surge o “ respeito à cidadania, qualidade de vida e auto-estima”. As categorias “ Conhecer noções de higiene e alimentação”, com 8,69%, e “ Preparar e capacitar os alunos “, com 7,63% de respostas, foram as menos citadas.

4.4.Objectivo 3: Identificar as Práticas dos Profissionais da Educação e da Saúde no processo de implementação das actividades de Saúde Escolar e do Adolescente

4.4.1.Práticas dos profissionais da Educação

a) Sugestão dos professores sobre a abordagem de temas de saúde na escola.

Em relação a metodologia de abordagem do tema saúde no ambiente escolar, o maior número de respostas, com 44 professores (60,3%) aponta as Ciências naturais como área

disciplinar, estritamente ligada aos conteúdos de saúde. Somente 8 professores (10,95%) reconheceram a saúde como um tema eminentemente transversal, que deve ser abordado, sempre que possível, por todos os professores e em todas as disciplinas.

Outros 9 professores (12,32%) foram de opinião que a saúde deveria ser uma actividade de complemento curricular. Entretanto, 10 professores (13,69%) são a favor da criação de uma disciplina específica que se ocupasse dos assuntos de saúde na escola.

Das práticas realizadas nas escolas, 2 professores (3,74%) sugeriram a promoção de palestras como sendo uma das formas de abordar os conteúdos de saúde na escola.

De referir que as experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e descrição das características das doenças, bem como um elenco de hábitos de higiene, como acontece nas Ciências naturais, não é suficiente para que os alunos desenvolvam atitudes e hábitos de vida saudável.

b) Prática de disseminação de informação em ITS/HIV/SIDA nas escolas

No que respeita à pergunta se achavam necessário que a escola procedesse à divulgação de informação sobre o HIV/SIDA a todos os membros da comunidade escolar, incluindo aos pais ou encarregados de educação, a maioria dos professores respondeu afirmativamente, sendo 19 (26,0%) a favor desta acção para os professores; 27 (37,0%) a favor para os alunos; 15 (21,0%) a favor para o pessoal não docente e ainda 12 (16,0%) a favor para os pais e encarregados de educação.

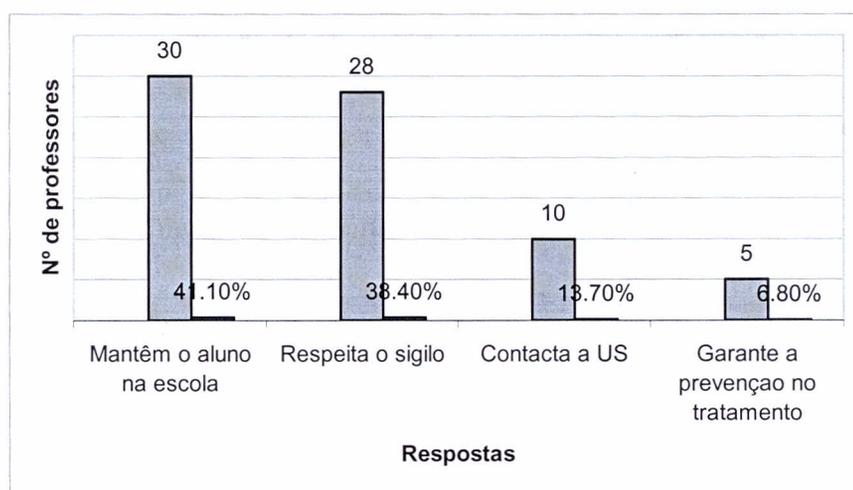
De um modo geral, a maioria dos professores inquiridos, apesar da variação percentual que se nota nas suas respostas relativamente aos diferentes grupos -alvo, percebe-se que eles compreendem a importância de uma abrangência das acções de prevenção do HIV/SIDA no ambiente escolar, no sentido de que estas acções para terem maior impacto possam atingir não só a comunidade escolar, como também outros actores com ela relacionada, tais como os pais e encarregados de educação.

c) Técnicas de disseminação de informação sobre a saúde.

As actividades educativas de promoção da saúde na escola e com o envolvimento dos alunos realizam – se em forma de palestras de acordo com **67,1%** dos directores entrevistados, enquanto que outros 11 directores (**15,1%**), indicaram o teatro, sendo os debates praticamente inexistentes, ocorrendo esporadicamente em apenas 3 escolas (**4,1%**).

d) Tratamento dos casos de HIV/SIDA

Gráfico 6: Prática das Escolas perante alunos afectados ou infectados pelo HIV/SIDA.

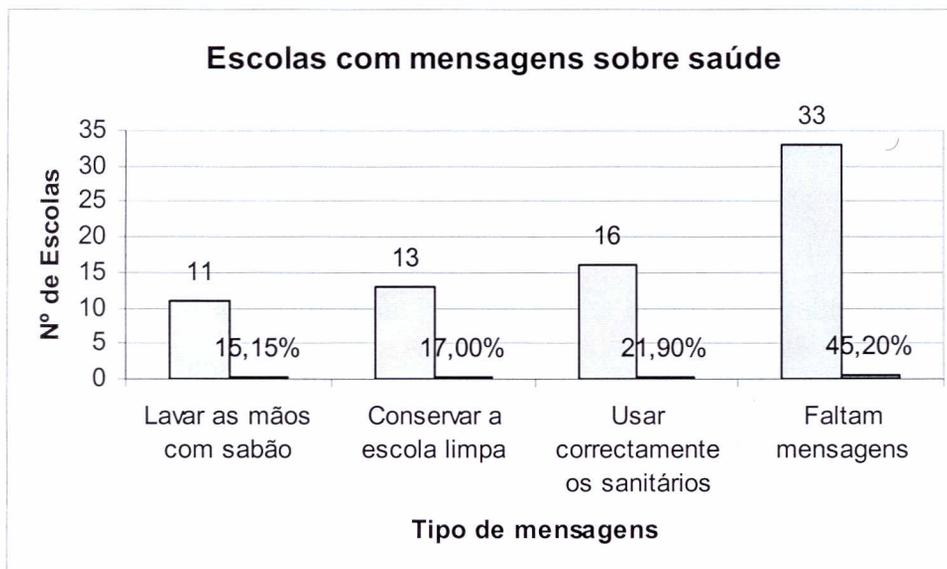


No que diz respeito à pergunta relativa ao procedimento da escola perante conhecimento ou suspeita de existência de alunos infectados ou afectados pelo HIV/SIDA, a maioria dos inquiridos, 30 professores (**41,1%**) afirmou que a escola mantém o aluno integrado; 28 professores (**38,4%**) referem que a escola respeita o sigilo da situação; 10 (**13,7%**) dizem que contactam a unidade sanitária para efeitos de acompanhamento da criança em causa; outros 5 afirmaram que teriam em conta a prevenção da contaminação aos restantes membros da comunidade escolar no caso de cuidados de primeiros socorros.

Os resultados do gráfico, permitem afirmar que as práticas dos professores quanto a questão colocada, são favoráveis, tanto no que respeita ao combate da estigmatização de pessoas vivendo com o HIV/SIDA como em relação a cuidados no sentido de evitar a propagação desta pandemia.

4.4.2. Opinião dos Directores de Escolas sobre práticas de implementação do programa de saúde escolar e do adolescente

Gráfico 7: Escolas com mensagens educativas sobre a saúde.



Quanto à difusão de mensagens educativas com vista à prevenção das doenças, em particular aquelas transmitidas por deficiente higiene e saneamento do meio, do total de directores entrevistados, **45,2%** disse que a escola não divulga este tipo de mensagens. Porém, confirmou-se a existência destas mensagens, nas restantes escolas, sobretudo as relacionadas com a utilização correcta dos sanitários (**21,9%**); através de fixação de cartazes apelando para o efeito e, a lavagem das mãos com sabão após o uso dos sanitários (**15,1%**) assim como o apelo à conservação e limpeza da escola, correspondendo a **17,0%** das respostas dos directores.

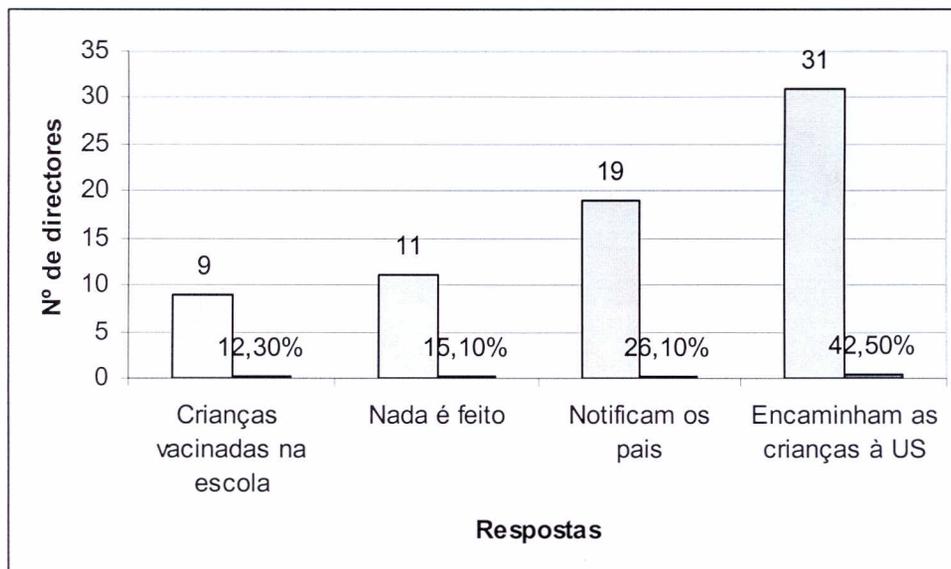
É importante salientar que a divulgação destas mensagens constitui um complemento às regras de higiene transmitidas na sala de aula e é também uma forma de contribuir na redução da transmissão de doenças como a cólera, as parasitoses, e as doenças da pele tais como a tinha e a sarna.

Como se pode observar pelos resultados, cerca de metade das escolas – alvo do estudo não incentivam as crianças, na prática das mais elementares regras de higiene e auto – cuidado com a sua saúde e da comunidade escolar.

a) Prática em relação a Kits de Primeiros socorros

No concernente a outras condições de saúde para os alunos, observou –se a existência de Kits de primeiros socorros em 32 escolas (**42,5%**), estando ausentes em 42 escolas. Questionados os directores sobre a sua falta na escola, afirmaram que tal se deve ao corte da rubrica no fundo de ADE, que antes era usada na aquisição de alguns medicamentos para os Kits. Estes dados, confirmam aqueles encontrados na Direcção de Saúde, Mulher e Acção Social da Matola que referem a falta destes kits, sobretudo nas escolas mais distantes do Município.

Gráfico 8: Prática de vacinação de crianças nas escolas.

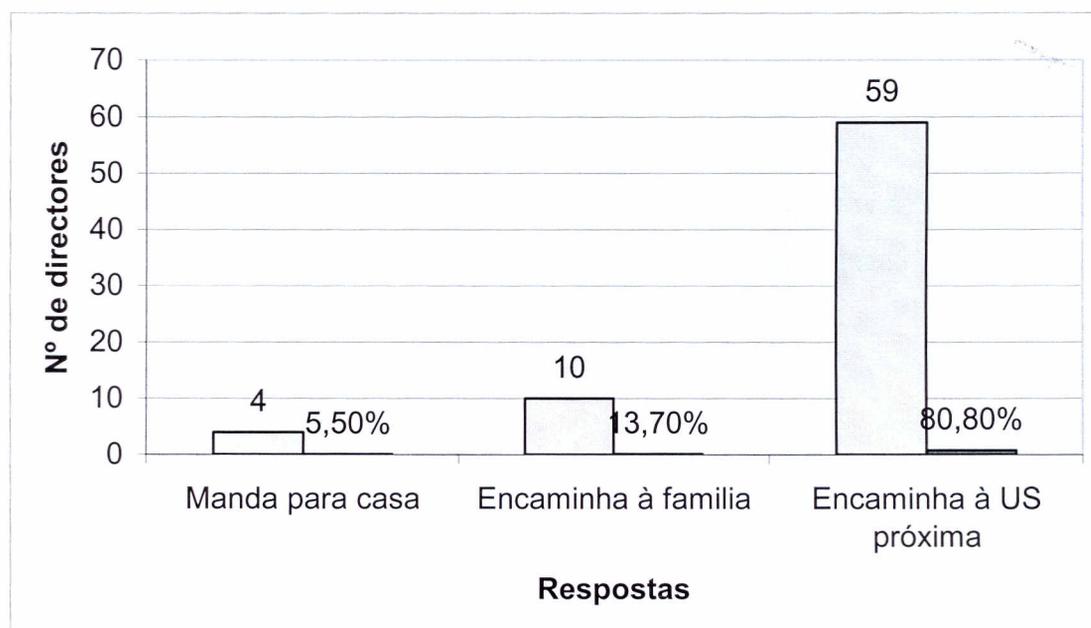


No que respeita a prática de vacinação constatou-se que em **93,2%** de escolas (68) os alunos tinham sido vacinados contra o tétano.

Quanto ao procedimento da escola em caso de défice de vacinação nas crianças, que por vários motivos não tenham estado presentes no dia da vacinação (gráfico), os resultados revelam que a maioria (**42,5%**) encaminha a criança para ser vacinada na unidade sanitária; enquanto que **26,1 %** de escolas notifica os pais para acompanhar a criança à US e **12,3%** opta por vacinar a criança na própria escola em coordenação com a US. No entanto, em **15,1%** de escolas nada se faz para actualizar a vacinação das crianças que faltaram.

Embora não se tenha efectuado um levantamento da taxa de cobertura da vacinação nas escolas, é de esperar que esta não atinge as metas estabelecidas, pelas razões acima apontadas, para além da deficiente coordenação entre as escolas e as unidades sanitárias.

Gráfico 9: Prática das escolas em caso de alunos feridos ou doentes segundo os directores.



Os dados o gráfico 9 mostram que **80,8%** de escolas encaminha as crianças às Unidades Sanitárias em caso de doença ou ferimento mediante a apresentação de uma guia. No entanto, escolas existem que seguem outro procedimento, encaminhando os alunos doentes ou feridos à sua família ou para casa (vide gráfico).

b) Capacitação dos professores em saúde escolar

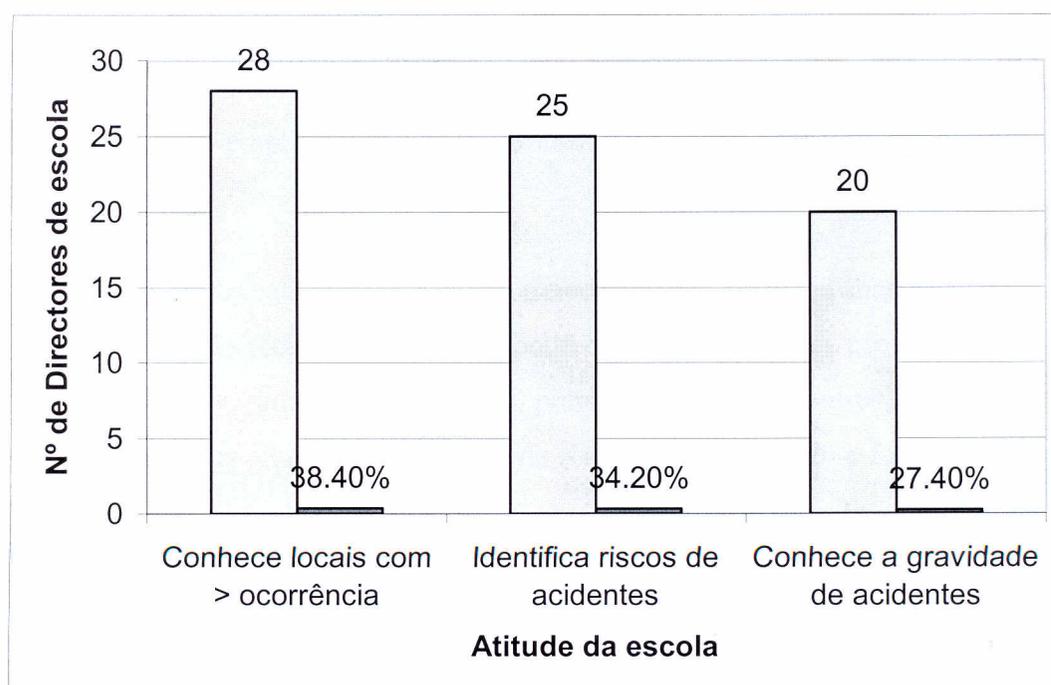
As queixas apresentadas pelos professores sobre a falta de capacitação regular em saúde escolar, como sendo uma das dificuldades, foram também referidas pelos directores de escola. De um total de 73 directores, apenas 8 directores (10,9%) referiram –se às acções de capacitação de professores em HIV/SIDA. Nota –se pelos resultados que os professores e directores de escola, não se tem beneficiado de oportunidades de formação, actualização e aperfeiçoamento sobre as mais variadas questões relativas à saúde e suas implicações no quotidiano dos alunos e suas famílias

c) Material de apoio para a educação e promoção de saúde

A falta destes materiais, foi notório nas escolas – alvo do estudo. Nos poucos casos em que a escola tem um cartaz, este é fixado na casa de banho dos professores e não na dos alunos. Esta situação verificou –se, por exemplo, em relação a um cartaz de prevenção da cólera, que chama atenção para a importância de lavar as mãos depois de usar o sanitário, mas que se encontrava na sala dos professores e no gabinete do director.

Quanto a disponibilidade de material formativo e informativo nas escolas, dirigido para a promoção e educação para saúde (PES), notou-se a sua total ausência salvo revistas de informação, educação e comunicação para saúde, abordando aspectos de prevenção sobre o HIV/SIDA. Somente 9 escolas (12,3%), apresentaram algum material para diversas áreas de PES, embora em muita pouca quantidade.

Gráfico 10: Condições de segurança na escola.



No que respeita à percepção das condições de risco de acidentes na escola, **38,4%** de directores disse que conhece locais de maior ocorrência de acidentes, **34,2%** referiram que identificam os riscos de acidentes dentro e fora do ambiente escolar enquanto que **27,4%** afirmaram que procuram melhorar as condições de segurança na escola a partir do conhecimento da gravidade dos acidentes.

Todos os entrevistados concordaram no sentido de que a escola trabalhe para melhorar as condições de segurança e prevenção de acidentes. No entanto, foi notória a falta de recursos para fazer face às condições de risco de acidentes na escola, quer pelo facto do terreno ser muito acidentado, ou pelo facto do muro ser tão baixo permitindo que as crianças subam, e daí a queda e ferimento. Além disso, notou-se também, que o pátio de algumas escolas não oferece condições para a recreação, por ser tão pequeno ou devido a certos obstáculos, como buracos no pavimento das salas de aula e campo de jogos.

Não menos importante é a questão de moldar a conduta dos alunos na escola. Ensinar por exemplo como manusear materiais que possam provocar danos, como o lápis que pode perfurar os olhos, no intervalo, o risco de quedas e outros presentes no ambiente escolar, a consequência dos empurrões na saída, e em relação aos riscos de travessia na via pública.

A escola, além de trabalhar os temas de prevenção nas diversas matérias, de forma transversal, utilizando recursos didáticos, pode convidar diferentes profissionais, como enfermeiros, médicos, químicos, bombeiros, polícia de trânsito e outros, como forma de cativar o interesse dos alunos na prevenção de riscos a saúde, dentro e fora dos ambiente escolar.

e) Vedação

Observou –se também em relação à segurança do edifício e recinto escolar, a existência de muro ou vedação com dimensões adequadas em 41 escolas (**56,2%**), assim como a protecção de entradas e saídas em 31 escolas (**42,5%**). Foram também criadas facilidades para a mobilidade de pessoas com necessidades especiais de saúde (NSE), através da colocação de rampas em apenas 13 escolas (**17,8%**).

No que diz respeito à segurança do meio ambiente, **67,1%** das escolas apresentam - se protegidas contra ventos e contra o sol e outras **20,5%** possuem áreas verdes e protecção contra a erosão dos solos.

Foi constatado que 36 escolas (**49,3%**), apresentam o muro em mau estado de conservação; 16 escolas (**21,9%**) com o pavimento esburacado e 29 escolas com campos de jogos em mau estado de conservação e esburacados, constituindo um potencial risco para a ocorrência de acidentes.

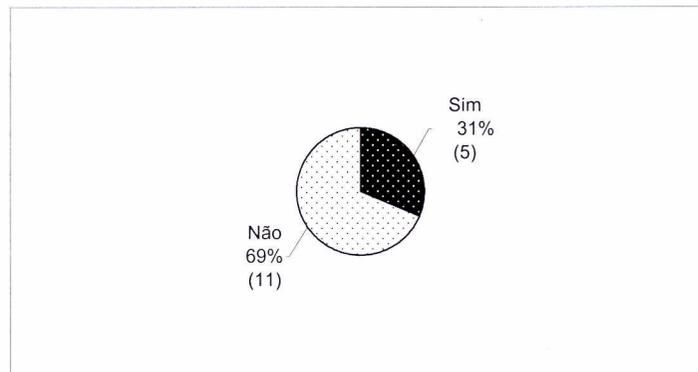
f) Localização geográfica

No que respeita a prevenção de acidentes, observou-se que três (3) escolas optaram pela colocação de lombas na via pública em coordenação com o município, ou orientar as crianças na travessia da mesma. No entanto, muitas escolas permanecem sob risco de acidentes, porque esforços junto do município para a sinalização da via ou colocação de

lombas fracassaram. Este cenário, resultou, por exemplo, na morte por atropelamento de dois alunos no ano lectivo de 2008.

4.4.3. Práticas dos profissionais da Saúde (Enfermeiros, agentes de medicina preventiva)

Gráfico 11: Prática em relação a actividades educativas de promoção de saúde.



A maioria dos responsáveis das unidades sanitárias (**69,0%**) confirmaram a falta de programação e realização de actividades educativas de Promoção da Saúde na escola e os restantes (**31,2%**), confirmaram a existência destas actividades, sob a forma de palestras versando os mais variados temas de saúde.

Conforme os dados do gráfico, as actividades educativas de promoção da saúde na escola são realizadas por apenas 5 unidades sanitárias (**31,2%**), observando uma periodicidade anual. As restantes 11 unidades sanitárias (**68,8%**), nunca desenvolveram nenhuma actividade de educação sanitária nas escolas, apontando-se como razões de fundo o reduzido número de profissionais de saúde, dificultando a repartição de tempo entre as tarefas de atenção à saúde da população, na Unidade sanitária, e o trabalho educativo nas escolas.

Outra razão constatada, é o desconhecimento do Programa de Saúde Escolar e do Adolescente, por algumas Unidades Sanitárias, facto que levou alguns responsáveis destas unidades a questionar se se tratava de um novo programa a introduzir nas unidades sanitárias.

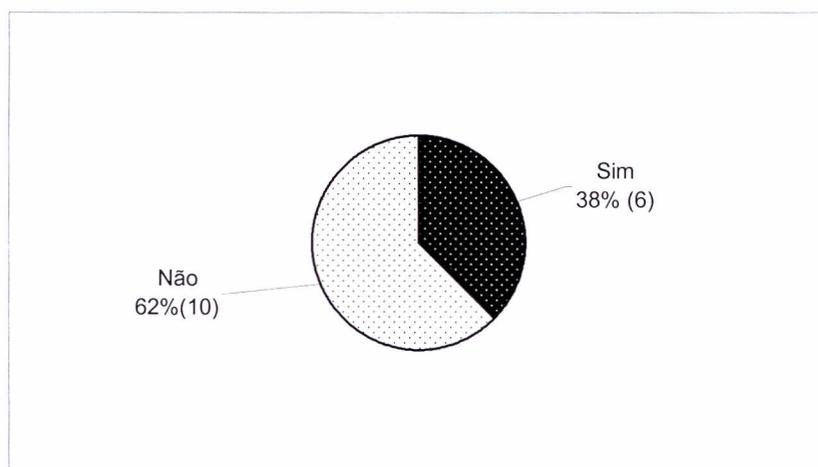
Fazem parte de outras actividades educativas realizadas por uma unidade sanitária , a saúde sexual e reprodutiva para adolescentes e Jovens, a prevenção do tabagismo, álcool e drogas, incluindo a prevenção de acidentes.

Em relação a periodicidade com que se realizam tais acções de acompanhamento, foi referido que aconteciam uma vez por ano no caso do VAT e das palestras de saúde oral. Para este último caso, aponta-se o reduzido número de estomatologistas nas US, que condiciona o trabalho com as crianças nas escolas.

No que se refere ao envolvimento de outros actores sociais na programação de actividades de SEA, apenas dois Responsáveis das US (**12,5%**), referiram-se ao envolvimento de líderes comunitários, na mobilização da população para o envio das crianças a vacinação. No entanto, os pais/EE, representantes de professores e de alunos, estruturas administrativas locais, ONG's e entidades privadas, nunca foram envolvidos.

a) Disponibilidade de material educativo para EPS

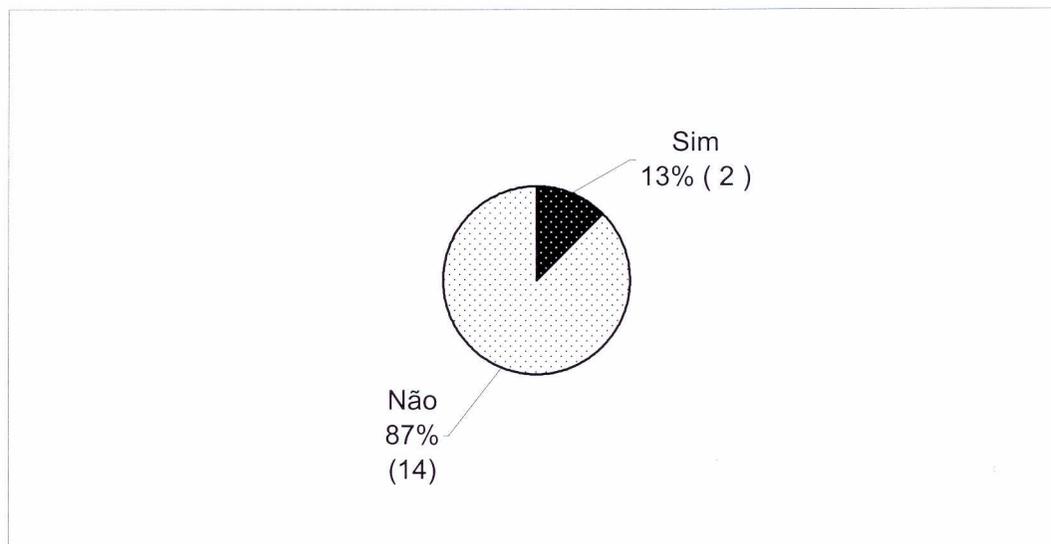
Gráfico12: Material educativo formativo/informativo de EPS.



Quanto `a disponibilidade de material educativo, formativo ou informativo sobre a EPS, nas unidades sanitárias, a ser usado nas escolas e não só, **38,0%** dos Chefes das USs, confirmaram a sua existência , principalmente cartazes, brochuras, panfletos e revistas, dirigidas a prevenção das ITS\HIV\SIDA. Portanto, verifica –se que estes materiais não abrangem as diferentes áreas de EPS, tais como, a promoção de higiene individual e

colectiva, do saneamento básico do meio, da alimentação saudável, da prevenção de outras doenças como a malária, a cólera, as parasitoses, entre outras.

Gráfico13: Prática de promoção da saúde com os professores primários.



No que se refere a actividades de promoção da saúde com os professores (gráfico13), 2 unidades sanitárias (13,0%), confirmaram a existência de tais acções, realizadas sob a forma de debates de temas actuais de saúde, ou sessões de capacitação dos professores, ocorrendo com uma periodicidade anual ou trimestral. Outras 14 unidades sanitárias (87,0%), nunca programaram acções de promoção de saúde com os professores.

Quanto à referência dos alunos doentes, nove (9) unidades sanitárias (56,3%) mencionaram a apresentação da guia passada pela escola como mecanismo criado para o efeito, havendo, porém, casos em que a unidade sanitária recorre a guia de transferência às unidades sanitárias de nível secundário ou terciário, quando o problema de saúde da criança requer outros cuidados que não sejam a do nível primário.

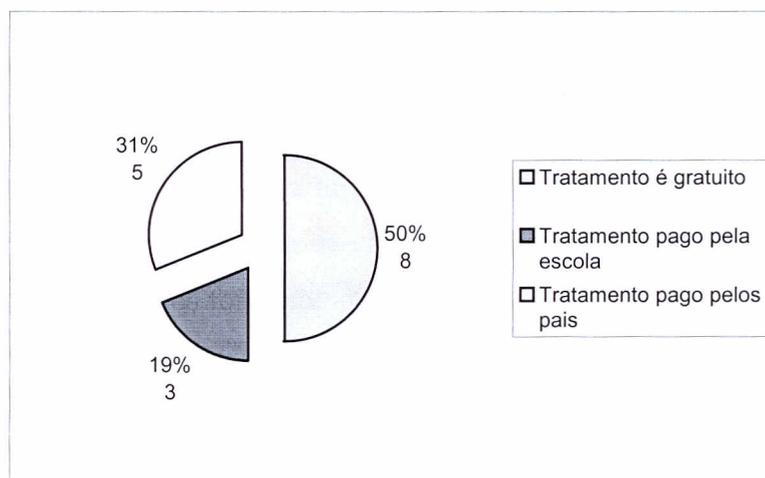
Questionados sobre os motivos de encaminhamento de alunos, os Chefes das US, apontaram em primeiro lugar as doenças da pele, 4 US (25%); em segundo lugar está a cárie dentária registada em 2 US (12,5%), acontecendo o mesmo no que respeita à presença de sangue na urina (12,5%) e diarreias frequentes (12,5%); em último lugar

estão os ferimentos ligeiros e crianças infestadas com lombrigas, identificadas em 1 US (6,3%).

O encaminhamento de alunos foi citado por 11 Unidades Sanitárias (68,8%), embora não tenha sido especificado o número total de alunos encaminhados, o que leva a supor a inexistência de fichas de registo ou cadastro de alunos que tenham sido encaminhados às unidades sanitárias.

b) Tratamento de alunos encaminhados com problemas de saúde.

Gráfico 14: Prática das unidades Sanitárias em relação ao tratamento de alunos encaminhados com problemas de saúde.



No que se refere ao pagamento de tratamento em caso de encaminhamento dos alunos às unidades sanitárias, observou-se um procedimento diferenciado, tendo em conta que em 50% das US o tratamento é gratuito, sendo pago pelos pais em 31,0% das US e pela Escola em 19,0% destas.

Esta falta de uniformidade no procedimento das US's, relativamente ao pagamento da despesa de tratamento dos alunos encaminhados, foi também pronunciada pelos directores de escola entrevistados, situação que parece reflectir a falta de uma regulamentação que oriente as unidades sanitárias sobre esta matéria.

4.4.3.1. Opinião dos Responsáveis das Unidades Sanitárias.

a) SAAJs nas Unidades sanitárias

No que respeita aos SAAJs observou –se que estes funcionam em apenas 6 Unidades Sanitárias (37,5%) de um total de 16 que foram abrangidas pelo estudo. Mesmo naquelas onde foram implantados notou –se a falta de um plano de trabalho ou de actividades com as escolas visando o aconselhamento e testagem para a saúde (ATS), no âmbito da saúde do Adolescente. Em conversa informal com os provedores de ATS não ficou claro se entre os frequentadores do SAAJ estariam alunos adolescentes das escolas da área de cobertura das USs. Por outro lado, a entrevista com os responsáveis também não revelou dados que confirmem a procura de ATS por parte de jovens e adolescentes, das escolas –alvo do presente estudo.

É de notar que o grupo de jovens entre 12 – 15 anos de idade, idade prevista para a conclusão do ensino básico, é considerado como não sendo ainda sexualmente activo. Dada a baixa incidência de HIV nesta faixa etária, este grupo é muitas vezes chamado de “janela de esperança”, necessitando de conhecimentos e capacidades para ficar apto a iniciar a sua vida sexual com segurança⁽⁴⁸⁾..

b) Capacitação dos profissionais de saúde

Quanto à capacitação em matéria de SEA, 87,5% dos responsáveis das USs confirmaram a ausência destas acções, concordando desta forma com o posicionamento dos profissionais de saúde, que referiram a falta de capacitação como sendo uma das dificuldades que afecta negativamente a execução das actividades de saúde escolar e do adolescente.

c) Organização dos serviços

A maioria das unidades sanitárias abrangidas pelo estudo, não fazem a análise ou diagnóstico dos factores que interferem na saúde da criança em idade escolar, de acordo com 87,5% dos entrevistados. Situação similar, constatada em relação `a falta de capacitação, o que permitiria não só a revisão anual das actividades, como também a programação das acções de promoção da saúde e prevenção das doenças na comunidade escolar, e particularmente nas crianças em idade escolar.

d) Coordenação entre unidades sanitárias e as escolas

A maioria dos chefes das unidades sanitárias (**93,8%**), disse não existir tal coordenação, salvo o que acontece somente no período das campanhas do VAT. Esta situação, parece reflectir também a falta de planificação conjunta das actividades de SEA entre os principais actores a nível da base – a educação e a saúde.

A intervenção da equipa de saúde na escola acontece em situações específicas, ou seja, durante as campanhas do VAT, e por iniciativa da Unidade sanitária, facto confirmado por **58,3%** dos Chefes das unidades sanitárias e nunca ou raramente acontece por iniciativa da escola ou por iniciativa conjunta.

De referir que **52,8%** de directores entrevistados(38), afirmaram existir alguma coordenação quando se trata de uma ONG realizar palestras sobre a prevenção do HIV/SIDA e a formação de activistas, ou ainda no caso das campanhas de vacinação em relação ao sector da Saúde.

e) Integração de outros profissionais nas equipas de saúde escolar

Perguntamos aos chefes das US se os profissionais de saúde eram apoiados por outros técnicos, como psicólogos e assistentes sociais, e 14 Chefes das US foram unânimes em afirmar que não (**93,3%**), exceptuando o CS-700, da Matola, que anualmente envia um técnico de saúde mental, às escolas da sua área de influência.

f) Promoção de Saúde para crianças, adolescentes e jovens nas escolas

Quanto às acções desenvolvidas nas escolas sobre saúde das crianças nas escolas, 14 Chefes das US (**93,3%**) referiram que estas consistiam apenas na vacinação anti-tétano nas classes de ingresso e nas alunas em idade fértil, enquanto que os restantes 02 Chefes das US (**6,7%**) fizeram menção a palestras sobre a saúde oral nas escolas e eventualmente ao tratamento das crianças identificadas com cárie dentária ou outras doenças da boca.

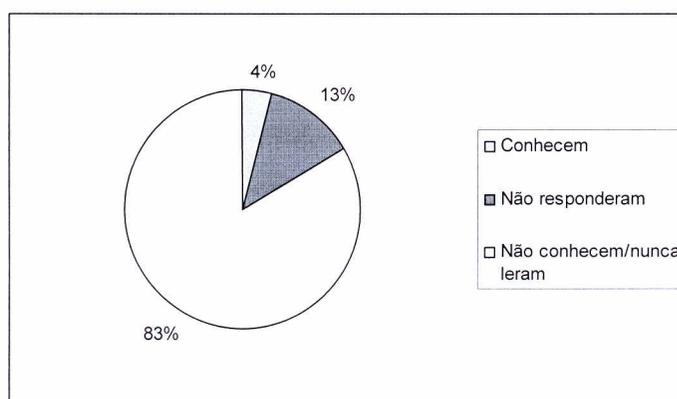
Outras acções tais como avaliação do estado nutricional e a detecção precoce das doenças, não foram referidas pelos Chefes das unidades sanitárias.

Todos os entrevistados referiram –se `a falta de vigilância das condições de higiene e saúde das escolas assim como `a falta de colaboração no âmbito de formação entre os dois principais intervenientes, a saúde e a educação.

4.5. Objectivo 4: Verificar o grau de conhecimento do PSEA nos profissionais de Educação e Saúde para implementação das acções de saúde escolar.

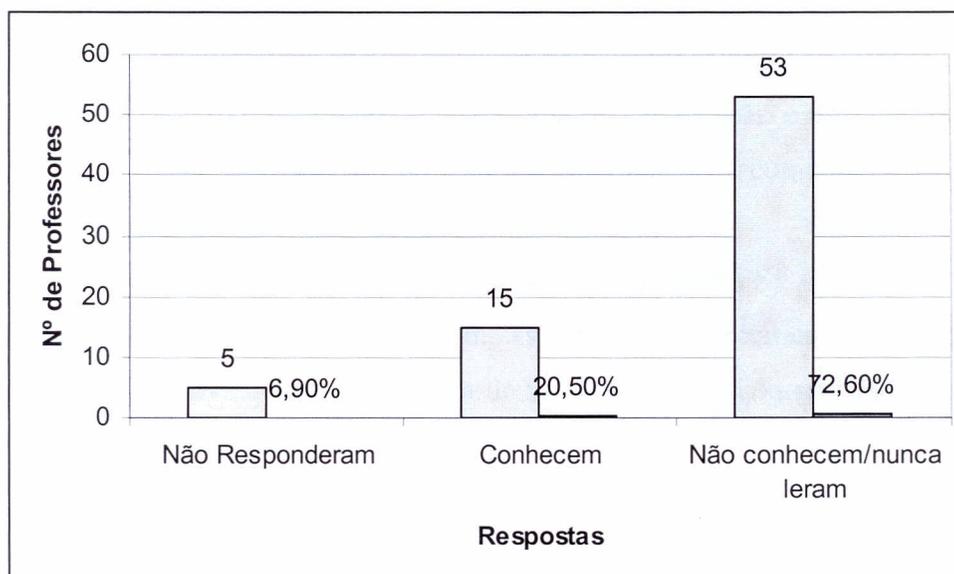
4.5.1 Conhecimento do Guia de Implementação do PSEA e da Estratégia de Comunicação sobre o HIV/SIDA pelos professores.

Gráfico 15: Conhecimento do Guia de Implementação do PSEA pelos professores.



Em relação ao conhecimento pelos professores da brochura “ Guia de implementação do Programa SEA “, 60 (**83,0%**) responderam que não conhecem e nunca leram (vide gráfico). Apenas 3 professores(4,0%) num universo de 73, afirmaram conhecer bem este documento orientador. Entretanto, 10 professores (13,0%) não responderam o que significa que desconhecem a brochura ou esta não foi distribuída nas escolas ou no mínimo divulgado junto dos professores e dos Directores das escolas. Este facto é preocupante, uma vez os gestores e os professores não informados das acções e directrizes da área de saúde escolar, dificilmente poderão planificar ou integrar estas actividades na rotina diária das escolas.

Gráfico 16: Conhecimento da Estratégia de Comunicação Sobre o HIV/SIDA no Sector da Educação e Cultura.



Questionados sobre se conheciam a estratégia de comunicação sobre o HIV/SIDA no sector da educação, a qual estabelece abordagens específicas para cada grupo – alvo e os princípios a observar nas estratégias de comunicação para a mudança social, as habilidades para a vida a desenvolver no contexto da sua prevenção na escola, bem como as vantagens dos diferentes canais de comunicação a que a escola pode recorrer na difusão das mensagens sobre esta pandemia (vide o gráfico), a maioria dos inquiridos, ou seja, 53 professores (**72,6%**), alegaram que nunca leram /não conheciam o documento em causa; 15 professores (**20,5%**) referiram que conheciam o documento; outros 5 professores não responderam a esta pergunta.

O desconhecimento da Estratégia de Comunicação sobre o HIV/SIDA, pela maioria dos professores inquiridos, sugere que pode ocorrer a falta de uniformização e até deturpação das principais mensagens a divulgar na escola, tendo em conta as diferentes faixas etárias e, considerando que cada um destes grupos tem as suas necessidades específicas de IEC, relativamente a questão do HIV/SIDA. Este resultado contrasta com aquele verificado na questão de conteúdos tratados na capacitação, em que os professores destacaram esta temática como a mais privilegiada.

Recursos humanos e materiais para a implementação do pacote básico de serviços de saúde escolar

No que diz respeito às condições existentes nas US's para a implementação das actividades previstas no pacote básico de saúde escolar, todos os entrevistados, referiram –se à falta de transporte e de tempo, aliado à falta de capacitação e do reduzido número de profissionais de saúde, assim como de alguns equipamentos, como balanças durante a desparasitação dos alunos.

Razões que levam as unidades sanitária a não participar no PSEA

No que concerne às razões que levam as unidades sanitárias a não participar efectivamente nas actividades do programa de SEA, **56,2%** dos entrevistados referiu –se à falta de capacitação da equipa de saúde em matéria de Saúde escolar e do Adolescente e **47,8%** disseram que não conhecem o Programa.

Em relação a sugestões e propostas para uma melhor intervenção das US's no Programa SEA, 93,8% dos responsáveis (15), referem-se a necessidade de “oportunidades de formação” considerando que, na qualidade de elementos de suporte do programa, os profissionais de saúde precisam de serem actualizados em temáticas de saúde para as escolas. Outras sugestões não menos significativas dizem respeito ao “apoio da DPS e do MISAU”, seguida de “parcerias com ONG's, associações e com outras instituições”, ambos representando 6,2% dos responsáveis das Unidades sanitárias entrevistados.

Na categoria “ outras sugestões” metade (8) dos responsáveis das US (**50,0%**), sugerem a afectação de mais clínicos e outros profissionais, como agentes de medicina preventiva, para fazer face às necessidades do programa, incluindo meio circulante para facilitar a deslocação da equipa de saúde às escolas. Estas últimas sugestões, aliadas à falta de oportunidades de formação e a necessidade de apoio por parte dos órgãos de gestão a nível central e provincial, constituem factores determinantes, sobre os quais se deverá prestar uma atenção particular, para uma efectiva intervenção das US na saúde Escolar e do Adolescente.

4.5.2. Conhecimento da estratégia e do Acordo MISAU – MEC pelos profissionais de Saúde.

a) Conhecimento do Programa, da Estratégia de implementação e do Acordo MISAU – MEC pelos profissionais de Saúde.

Apenas 31 profissionais (**41,0%**), num universo de 92 inquiridos afirmaram conhecer a estratégia de implementação do Programa de Saúde Escolar e do Adolescente, e mais de metade (**58,7%**) conhece o Programa de saúde escolar. Estes dados contradizem a informação facultada pelos Chefes das US,s, segundo a qual, desconhecem estes instrumentos orientadores.

Os resultados aqui descritos estão de acordo com os dados do Relatório de balanço das actividades desenvolvidas na saúde escolar a nível Nacional ⁽⁴⁷⁾., que confirma este facto, ao apontar uma série de constrangimentos que fragilizam a implementação das actividades de Saúde escolar e do Adolescente, entre as quais a fraca divulgação do Acordo assim como do próprio Programa, nas instituições da Saúde e da Educação a diferentes níveis.

b) Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em acções de saúde escolar

A falta de capacitação sobre temáticas de saúde escolar com **52,17%** de respostas seguida de recursos humanos insuficientes com **27,17%** foram as dificuldades mais citadas pelos profissionais de saúde. Outras dificuldades também foram citadas: como a falta de material de apoio (**11,95%**) ; de meios de transporte e de incentivos

A falta de capacitação e de recursos humanos (profissionais de saúde a trabalhar nas escolas), foram as respostas mais comuns. Estes profissionais deveriam apoiar e dar subsídios às práticas de saúde desenvolvidas nas escolas ⁽¹⁷⁾.

c) Auto avaliação para intervir na educação e promoção da saúde na escolar

No que respeita a auto -avaliação do profissional da saúde em relação a sua preparação para intervir na promoção da saúde na Escola, a maioria (**52,2%**) respondeu afirmativamente e 44 profissionais correspondentes a **48,0%** afirmaram que não se sentiam prontos para desenvolver na escola actividades relacionadas com estas temáticas, argumentando que não tiveram oportunidade de abordar estes conteúdos na sua formação.

Capítulo V: Análise e Discussão dos Resultados

5.1. Condições de Salubridade

De recordar que a promoção de saúde representa uma estratégia mediática entre as pessoas e o meio ambiente, interligando a escola, o pessoal de saúde e a comunidade.

No que diz respeito ao saneamento do meio encontramos como resultados que maior parte das escolas (58,8%) recolhem o lixo, depositam a céu aberto e queimam –no. Este resultado é uma forma de tratamento do lixo tradicional que existe em Moçambique a longos anos.

Segundo a pesquisa realizada não chegou de se aprofundar teorias e práticas de tratamento do lixo que pudesse discutir até que ponto esta forma pode ser prejudicial à saúde.

Dos 21% que representa as escolas que depositam o lixo a céu aberto, estes pode ser uma fonte de reprodução dos vectores transmissores de doenças, aliado ao factor de existir bem perto mercado informal que vende produtos desprotegidos para as crianças.

Se tivermos em conta a teoria dos autores: Commitee on Environmental Health⁽⁸⁾, Hill Zelee⁽²⁷⁾ e WHO⁽⁹⁰⁾ que se referem à qualidade de ambiente e à saúde das crianças, os resultados de ambas as escolas mostram as deficientes condições de vida básicas bem como o saneamento básico impróprio também referenciados por Chelala César⁽⁷⁾. Isto leva a concordar com os autores de que este tipo de condições ameaça a saúde das crianças.

Por outro, os resultados permitem afirmar que existe uma fraca educação para saúde sobre o saneamento básico tendo em conta que as escolas com recipientes de colecta, ainda que suficientes apresentavam papéis e lixo nas salas e no pátio.

Em relação a uma simples recolha do lixo é de salientar que somente 27 escolas (36,7%) possuem recipientes suficientes para a recolha do lixo. Mesmo assim, registou-se a existência de muitos papeis espalhados pelas salas e pelo pátio.

Este dado reflecte por um lado que mesmo com recipientes o lixo acaba sendo acumulado a céu aberto, encontrando-se nas três vertentes (queimar, acumular e enterrar). Por outro reflecte a falta de educação para a saúde.

No que diz respeito às latrinas podemos afirmar que todas as escolas possuem latrinas melhoradas, apesar de um número pequeno de 6 escolas encontrar-se com sanitários encerrados devido ao deficiente funcionamento do sistema de esgoto.

Se tivermos em conta a teoria de Rukunga et al⁽⁶⁸⁾ de que a proporção do uso de latrina é de uma por 40 crianças, os resultados acima referidos de que todas têm latrinas ou sanitários pode nos conduzir a erro. A verdade é que todas as escolas têm latrinas mas numa proporção acima de 1: 100 crianças o que os autores classificam de más e perigosas condições de higiene e saúde.

Na prática esta posição é verdadeira pois constatou-se que as crianças defecam ou urinam fora das latrinas ou sanitários devido ao número desproporcional de latrinas (muitas crianças e poucas latrinas), situação que coloca em risco a saúde da comunidade escolar.

Os dados obtidos reflectem que o número de latrinas ou sanitários é menor que o número de crianças que necessitam de utiliza-las durante o intervalo.

No que se refere `as condições de higiene depois da utilização das latrinas e sanitários constatou-se que cerca de **63,0%** (46 escolas) tem latrinas ou sanitários mas não tem lavatórios das mãos e nos casos em que existem lavatórios não são usados por falta de água.

Para Curtis et al⁽⁹⁾ & Vaz et al⁽⁸¹⁾, a lavagem das mãos demonstrou resultados impressionantes na redução de doenças. Quer dizer que as escolas constatadas com problemas da falta de lavatórios das mãos não garantem a promoção de saúde e de boas práticas de higiene, o que pode constituir um veiculo de transmissão de doenças.

Segundo vários autores citados no trabalho, referem-se à relação entre a utilização das latrinas ou sanitários e a componente água como um elemento essencial para a prevenção de doenças.

Parece que os dados acima referidos dão nos a ideia de que há mais escolas com latrinas do que sanitários mesmo aqueles que têm sanitários fechados.

Discutindo a componente higiene com esses dados constatamos que na prática quando se fala de uma latrina não se equaciona água. Este facto leva-nos a concluir que é preciso repensar na construção de latrinas nas escolas tendo em conta o número de utilizadores e as boas práticas de higiene (lavar as mãos depois do uso da casa de banho).

5.2. Disponibilidade da água potável

Falar de saneamento, higiene e saúde na escola é falarmos principalmente da água como elemento básico para a boa manutenção de saúde das crianças.

Os dados encontrados neste estudo não contrariam o levantamento realizado por Lidonde Rose⁽³⁶⁾ ao concluir que em Moçambique e outros países em desenvolvimento as escolas são caracterizadas por uma série de carências dentre elas a água insalubre ou não potável. Este autor foi longe ao constatar que as crianças possuem hábitos deficientes de higiene e falta de prática de lavagem das mãos.

Os resultados revelam que embora há água potável em pelo menos **72,6%** das escolas estudadas, mas as mesmas não possuem água durante todo o dia nem reservatório de água, dificultando a manutenção da limpeza e higiene.

As 20 escolas que correspondem a 19,9% do total é que possuem furos de água que podem garantir o saneamento, higiene e saúde das crianças.

O factor água é aliado por muitos autores com os sanitários e já foi demonstrado que muitas escolas não possuem sanitários em dia ou suficientes para o número de alunos.

Portanto, a promoção da saúde na escola exige que primeiro se crie as condições necessárias para desenvolver a educação para saúde das crianças e a mudança de hábitos de higiene e a prática de lavagem das mãos referidos por Lidonde Rose.

5.3. Opinião dos profissionais de educação e da saúde sobre o conteúdo da saúde escolar

5.3.1. Profissionais de educação

No que diz respeito aos profissionais de educação referem que durante a sua formação, **71,2 %** abordaram o conceito ou conteúdo de saúde escolar e **51,4%** tiveram capacitação em exercício sobre a matéria. Estes resultados por um lado podem revelar que existem professores preparados para a educação para saúde na escola, mas parece que não existe interesse para tal, tendo em conta o fraco envolvimento destes sobre as matérias relacionadas, salvo aqueles conteúdos plasmados nos livros e nos manuais da disciplina de ciências naturais.

Este facto pode estar aliado para além da falta de condições constatado anteriormente, o facto de terem tratado mais durante a formação conteúdos sobre HIV/SIDA e tratado de forma diferenciada outros conteúdos importantes na saúde escolar como a detecção precoce, técnicas de observação em saúde e problemas de saúde a ser observados que tem a ver com sintomas e sinais que as crianças apresentam quando sofrem de qualquer problema de saúde ou relacionado.

Compreende-se pelos resultados que o problema de saúde que mais preocupa a sociedade Moçambicana neste momento é o HIV/SIDA por isso que há muita preocupação dos professores nesta matéria. Isto revela por outro lado que as outras doenças estão fora do interesse dos professores.

De referir que foi constatado a falta de materiais didácticos para trabalhar com o tema de saúde nas escolas em aproximadamente metade dos professores entrevistados, **34,4%**. Estes dados vão ao encontro dos resultados de um estudo de avaliação sobre a implementação da Estratégia de Saúde Escolar ⁽³⁴⁾, que revela a falta nos IFPs de saúde escolar como disciplina, existindo apenas como um capítulo no último ano de formação, que trata alguns temas de saúde, faltando aulas práticas e primeiros socorros. O mesmo estudo revela ainda a falta de livros de referência sobre a SEA levando a que nenhuma ou pouca pesquisa seja feita pelos formandos para além da falta de normas que regulamentem a contratação do pessoal do MISAU para leccionar temas de saúde nestas instituições.

Dos **27,4%** que apontam a falta de capacitação, dado importante aqui revelado pode estar aliado com os resultados sobre conteúdos e temas de promoção de saúde na página **39**.

Os resultados das tabelas 1 e 2 sugerem a necessidade de revisão dos conteúdos para a promoção de saúde nas escolas.

5.3.2. Profissionais de saúde

Para os profissionais de saúde os dados mostram que **54,3%** estudaram conteúdos de educação e promoção de saúde durante a formação inicial e quanto à formação em serviço somente **8,7%** é que beneficiaram deste tipo de formação.

De salientar que os profissionais mostram –se enfraquecidos em relação aos conteúdos de saúde escolar tendo em conta que o guia de implementação do PSEA (pág 14) garante que cada profissional, ou qualquer que seja a sua carreira ou especialidade tem pela sua diferente formação competência para o trabalho em saúde escolar.

Deste pressuposto, durante o presente estudo deduziu-se que nos programas de formação já existem os conteúdos de saúde escolar por nós citados no inquérito. Poderia ser interessante verificar a diferença entre estes e os profissionais de educação.

No que diz respeito aos factores que justificam a importância do tema saúde com os alunos, apontam os dois primeiros temas por nós indicados como de grande importância. O que nos interessava nesta pergunta foi o de relacionar a saúde com a questão de qualidade de vida o que para os profissionais de saúde o resultado foi baixo em relação ao que se esperava, visto que a promoção de saúde tem a ver com a melhoria de qualidade de vida e auto-estima.

Este resultado sugere que regista-se em todos os profissionais de saúde inquiridos um défice de conhecimentos sobre a promoção de saúde no geral bem como na escola.

O mesmo aconteceu com a questão de preparação e capacitação dos alunos sobre a matéria em que o resultado é baixo mostrando que não reconhecem que há necessidade de preparar e capacitar os alunos. Sugere deste modo o desconhecimento dos objectivos e acções de promoção de saúde definidos pela carta de Ottawa⁽⁵⁷⁾ e as declarações de Jacarta⁽⁹²⁾ e Sandsvall⁽¹⁹⁾ que recomendam a capacitação e empoderamento dos indivíduos e das comunidades para controle dos seus determinantes de saúde.

5.4. Conhecimento do PSEA pelos profissionais de Saúde e da Educação

5.4.1. Profissionais de Educação

Os resultados obtidos em relação ao conhecimento do guia de implementação do PSEA, **83,3%** dos professores que corresponde a 60 num universo de 73 não conhecem e nunca leram este guia. Somente 3 professores é que conhecem bem o instrumento. Mesmo a Estratégia de comunicação sobre o HIV/SIDA no sector, **72,6%** (53 professores) também afirmam não conhecer o documento, muito menos ter lido. Somente 15 professores dos 73 inquiridos é que conheciam a Estratégia.

Estes resultados sugerem que várias escolas não reúnem as principais características da promoção da saúde discutidas por vários autores.

Se os professores não conhecem o Guia como é que eles vão planificar, desenvolver e valorizar o currículo formal de programas de prevenção, educação e promoção de saúde?

Por outro lado, as escolas não possuem a comissão de saúde escolar que podia ser um elemento importante para o efeito.

5.4.2. Profissionais da Saúde.

Diferentemente aos profissionais da educação aqui pelo menos 46 profissionais conhecem o Guia e 50 participaram em actividades ligadas ao PSEA embora os dados apresentam que do total que conhece o instrumento têm dificuldades em trabalhar em actividades ligadas a saúde escolar e do adolescente.

5.5. Saúde como Tema Transversal.

No que se refere de como devem abordar os temas de saúde escolar nas escolas, todos os professores de diferentes disciplinas não assumem como tema transversal. somente 24 professores (32,9%) é que sugerem que seja um tema transversal o que é sugerido pela própria estratégia de implementação.

61,6% que corresponde a 45 professores propõem que seja um tema a ser tratado nos conteúdos das Ciências naturais. Isto significa que deve ser feito um levantamento geral sobre a questão de saúde para de forma generalizada conhecer melhor qual seria a estratégia de implementação do programa nas escolas. Este facto pode ser aliado à formação dos próprios professores que no geral devem ser preparados para o efeito, não se restringindo a abordagem nas Ciências Naturais.

De referir que actualmente o tratamento da EPS de forma transversal é um dos modelos mais defendidos para implementar as matérias relacionadas com a saúde, e que são por isso designadas por matérias transversais.

Para Gravídea & Rodes *In*: Precioso José ⁽⁶⁶⁾, a transversalidade garante maior profundidade na abordagem dos temas (pois, estes são tratados por professores especializados naquele domínio), maior continuidade e contacto com maior número de referências para o aluno (professores de várias disciplinas).

Este resultado sugere que as dificuldades de aplicação do conceito de transversalidade residem na falta de formação e sensibilização dos professores, o que retira a possibilidade para a abordagem do currículo transversal.

5.6. Algumas Práticas da Educação e da Saúde no Processo.

5.6.1. Nas escolas.

Algumas práticas de educação e da saúde no processo de implementação do PSEA foram:

Disseminação de informação sobre o HIV/SIDA em que os professores afirmam ser muito importante para todos os membros da comunidade escolar.

Este resultado tem relação com o facto de as acções de formação incidirem mais em temas do HIV/SIDA que está definido na estratégia de prevenção e combate da doença.

5.6.1.1. Tratamento dos casos detectados de HIV/SIDA

Os resultados revelam que têm muita atenção sobre os casos e evitam estigmatização de pessoas vivendo com HIV/SIDA. O encaminhamento às unidades sanitárias segundo os dados obtidos ainda é fraco, pois somente 10 escolas é que o realizam.

A prática aqui apontada tem a ver com as acções desenvolvidas no geral com atitude positiva em relação aos seropositivos, existindo por isso um esforço nesse sentido.

5.6.1.2 Higiene

Esta actividade é implementada para a prevenção de doenças em particular transmitidas por deficiência do meio e saneamento.

Existe cartazes sobre a lavagem das mãos com sabão após o uso dos sanitários e alguns que apelam a conservação e limpeza da escola produzidos no âmbito de saúde escolar.

Os resultados obtidos revelam que os professores não tem grande esforço em divulgar estas mensagens nas escolas e mesmo nas salas de aula. **21,9%** das escolas é que fixam os cartazes nos sanitários e em locais visíveis da escola, havendo, porém, casos em que os cartazes são fixados nos gabinetes da direcção no lugar de colocá-los a disposição das crianças.

A prática aqui subjacente mostra que existe material conhecido por alguns professores, mas que simplesmente não lhes interessa propagar nas escolas, por um lado, e por outro há uma percepção de que a educação para saúde só pode ocorrer na sala de aula dentro dos conteúdos das Ciências Naturais segundo resultados obtidos no inquérito.

5.6.1.3. Primeiros socorros

Do total das escolas estudadas, 32 escolas é que possuem kits de primeiros socorros, 4 escolas têm Postos de Saúde, 5 escolas têm cantos de aconselhamento.

De referir que o Acordo de 2001 entre a Educação e Saúde prevê no seu ponto 9 a criação de cantos de aconselhamento nas escolas seguindo as normas do MISAU.

Segundo o Pacote Básico de Saúde Escolar inclui no pacote intermédio (Cidades e Vilas) o kit de primeiros socorros para qualquer escola. As 32 escolas com kits mesmo assim enfrentam problemas de reposição dos medicamentos e outros materiais usados .

Em relação aos Postos de Saúde seria ideal para a promoção de saúde e boa coordenação intersectorial a existência destes em todas as escolas segundo o Acordo de parcerias entre a Educação e a Saúde.

Os cantos de aconselhamento surgem no âmbito do programa do HIV/SIDA para apoiar os adolescentes na mudança de comportamento em relação a sua saúde.

Estes resultados reflectem que existem algumas escolas que se esforçam em obter qualquer componente do Pacote Básico de Saúde Escolar, bem como do acordo (MISAU, 2001) entre a Educação e a Saúde, mas também revelam que estamos longe de alcançar as obrigações de uma escola promotora de saúde escolar.

De referir que por exemplo as escolas com cantos de aconselhamento não são as mesmas que tem Postos de Saúde ou kits de primeiros socorros. Significa que neste grupo de 41 escolas que representam os dados aqui obtidos cada uma possui um elemento do Pacote Básico e não duas ou três elementos.

A falta de kits pode ser observado no procedimento em caso de ferimento das crianças em que **80,8%** das escolas apontam referir para as unidades sanitárias caso aconteça.

5.6.1.4. Vacinação

No que se refere a prática de vacinação existe uma coordenação entre a escola e a unidade sanitária em relação a necessidade de vacina quando chega o tempo da campanha.

Em pelo menos 68 escolas no universo das 73 inquiridas, todos os alunos foram vacinados contra o tétano. As escolas quando registam algumas faltas por parte dos alunos nas campanhas de vacinação têm encaminhado às respectivas unidades sanitárias embora algumas escolas em número de 11 que não tem envidado esforços no sentido de encaminhar os alunos.

Estes resultados sugerem que a prática de vacinação é um dado consumado para a maioria das escolas e mesmo para os profissionais da educação e da saúde.

5.6.1.5. Coordenação intersectorial e envolvimento dos pais e encarregados de educação.

Na Educação

Em relação a este dado regista-se grande coordenação com a saúde. Esta coordenação observa –se mais no aspecto de campanha de vacinação.

De outro lado as ONGs também tem demonstrado uma colaboração e coordenação na educação para a saúde nas escolas. Este dado também se regista no âmbito do HIV/SIDA, tema bem tratado actualmente.

A Estratégia de Implementação refere que há necessidade de fomentar e apoiar a aprendizagem e a saúde que permite a participação articulada entre os sectores da Educação, Saúde, família e da comunidade para reforçar os factores protectores e reduzir os factores de risco.

O que se verifica nos resultados é que a coordenação ainda é fraca. Tudo pode estar aliado ao fraco conhecimento das acções de promoção de saúde bem como da estratégia de implementação de saúde escolar segundo dados obtidos anteriormente .

5.6.2. Na Saúde

As práticas de educação para saúde nas escolas promovidas pelos profissionais de saúde, temos a referir as seguintes:

5.6.2.1. Vacinação

A prática mais dominante na saúde para as escolas é a vacinação que consiste em cuidados preventivos nas classes de ingresso e nas alunas em idade fértil. A iniciativa de vacinação parte sempre das unidades sanitárias para as escolas. As vacinas mais administradas são contra o tétano.

5.6.2.2 Tratamento de outras doenças.

Uma unidade sanitária referiu que realiza palestras sobre a saúde oral nas escolas e os alunos que apresentam problemas são encaminhados as unidades de saúde de referência.

Existem SAAJs em 6 unidades sanitárias para aconselhamento, orientação e testagem para a saúde. Na prática de promoção de saúde nas escolas, foi referido que 6 escolas tinham cantos de aconselhamento. De salientar que estes cantos não tem nenhuma ligação com os SAAJs existentes nas unidades sanitárias referidas.

Durante a entrevista, percebeu-se que estes SAAJs não tinham nenhum vínculo com as escolas, os adolescentes ou jovens que afluem são das comunidades e das escolas que vão de livre vontade.

5.6.2.3. Coordenação entre unidades sanitárias e as escolas

A coordenação entre as unidades sanitárias é uma das estratégias recomendadas pela OMS e o PSEA. Neste estudo constatou-se que existe coordenação entre as duas instituições de algumas acções singulares de saúde escolar como vacinação e saúde oral.

Quando se regista ferimentos as escolas emitem uma guia que a criança leva a unidade sanitária acompanhada por um professor ou funcionário da escola.

Com as ONGs existe uma coordenação com as escolas em acções de formação de activistas para a prevenção e realização de palestras no âmbito do HIV/SIDA.

Um dado a destacar neste estudo é a falta total de coordenação das actividades de saúde escolar com as estruturas locais. Somente duas escolas é que estabelecem ligação com a comunidade local.

Os resultados sugerem que todas as acções de saúde escolar desenvolvidas na área em estudo decorrem de forma individualizada dependendo dos interesses de cada interveniente.

A falta de coordenação aqui constatada revela que os intervenientes desconhecem na totalidade o PSEA, Acordo e a Estratégia de Implementação.

Capítulo VI: Perspectivas do Estudo

Espera-se com o presente estudo contribuir para se repensar nos instrumentos existentes e acções singulares que são implementadas e que são componentes de promoção de saúde.

Por outro:

Repensar na capacidade técnica e profissional da equipa responsável pela implementação dos instrumentos e das acções de promoção de saúde escolar.

VII: Conclusões e Recomendações

7.1. Conclusões

a) Nas Escolas

1. Segundo a realidade encontrada nas escolas em relação as práticas de promoção de saúde conclui-se que ainda há grandes problemas no que se refere a implementação das acções de promoção de saúde desenhadas no PSEA. Nota-se quase a inexistência total da implementação das dez acções definidas no Guia de Orientação para Implementação do Programa de Saude Escolar (GOIPSE).
2. As acções que foram constatadas no nosso estudo e que fazem parte do GOIPSE são as de promoção do ambiente escolar saudável mas de forma precária. Esta acção é feita de forma natural segundo hábitos e costumes domésticos de limpeza nas nossas casas o que é transportado para as escolas, justificando-se pela forma como o lixo é tratado nas escolas que é do âmbito doméstico (enterrar o lixo e acumulação a céu aberto).
3. No que se refere as competências dos profissionais de educação em relação a implementação do PSEA concluímos que há um desconhecimento deste instrumento olhando pelo número insignificante de acções realizadas por um lado, por outro, os profissionais de educação não tiveram formação muito especifica em técnicas de observação em saúde das crianças para facilitar a identificação de sintomas e sinais.
4. Conclui-se também que maior parte dos profissionais de educação tiveram mais formação em conteúdos de prevenção das ITS/HIV/SIDA e desenvolvem acções de informação, educação e comunicação sobre o HIV/SIDA, que também constitui uma acção de promoção de saúde especifica para esta epidemia; aliado a preocupação actual sobre o SIDA.
5. No que diz respeito a articulação entre a Educação e a Saúde segundo o Acordo entre as partes, de referir que foi constatado que não existe uma articulação na implementação das acções de promoção de saúde na escola. Durante as campanhas de vacinação ai regista-se uma pequena articulação, pois o grupo alvo desta acção é a criança.

6. Em relação as práticas desenvolvidas nas escolas e a Estratégia de Promoção de Saúde Escolar e do Adolescente já nos referimos anteriormente que não existe nenhuma ligação entre as acções implementadas e a estratégia.

b) Na Saúde

1. No que diz respeito a área de saúde, da análise dos resultados concluímos que a Saúde realiza somente acções de vacinação durante a campanha e tratamento de doenças ou ferimentos das crianças que algumas escolas encaminham para a unidade sanitária mais próxima através de uma guia e acompanhadas por um professor ou funcionário da escola.
2. Embora partindo do pressuposto de que os profissionais de saúde possuem conhecimento sólido em matéria de promoção de saúde, conclui-se no estudo que tal não constitui verdade, pois nem todos os inquiridos tiveram formação em educação e promoção de saúde.
3. Os próprios profissionais de saúde inquiridos têm problema de relacionar a saúde com a qualidade de vida.
4. Em relação ao PSEA um número significativo dos profissionais de saúde conhece o Guia e já trabalharam em actividades do mesmo. Com isto, segundo os dados encontrados conclui-se que o conhecimento deste instrumento é parcial, por outro, não conseguem distinguir o guia como instrumento resultante da operacionalização do PSEA.
5. Em relação a coordenação de Saúde para a Educação só acontece quando chega o período ou a necessidade de realizarem campanhas de vacinação.

Segundo o objectivo geral do nosso estudo e a discussão teórica sobre os temas propostos no presente estudo podemos concluir no geral que:

1. Não existem ainda planos específicos de promoção de saúde nas escolas bem como nas unidades sanitárias.
2. As acções realizadas nas escolas e nas unidades sanitárias são em cumprimento de algumas obrigações morais e dever profissional de cumprir com orientações definidas. Por exemplo a vacinação nas idades de ingresso, ou numa campanha.
3. O PSEA e o Guia de orientação não são utilizados nas escolas e unidades sanitárias como instrumentos orientadores de promoção de saúde escolar.

7.2. Recomendações

1. Divulgar os dois instrumentos (Estratégia e Guia) existentes de promoção de saúde escolar e do adolescente e o respectivo acordo.
2. Desenvolver acções de capacitação sobre os instrumentos existentes com vista a elaboração de um plano intra-sectorial.
3. Rever o acordo segundo as condições actuais e a realidade das mudanças em curso nos Sectores de Educação e da Saúde.
4. Advocacia e lobbs junto a Educação e Saúde sobre a implementação do acordo entre as partes.

De forma especifica e segundo os dados obtidos no estudo, para o nível da Educação deve:

1. Rever no plano de reabilitação das escolas e incluir a construção de reservatórios ou tanques de água para garantir a disponibilidade de água nas escolas tendo em conta que o sistema de abastecimento é feito irregularmente ou até às 12:00 horas.
2. Realizar acções de supervisão regular nas instalações escolares sobre as condições físicas e ambientais por forma a detectar em tempo útil os problemas de saneamento que o estudo identificou como sendo situação grave para o funcionamento normal de uma escola.
3. Melhorar/reforçar os processos de integração com o MISAU.

Referências Bibliográficas

1. Arouca, A.S. da Silva (2003). O Dilema Preventivista: Contribuição para a Compreensão e Crítica da Medicina Preventiva. Rio de Janeiro/São Paulo: FIOCRUZ/Editora Unifesp.
2. Almeida, M.A.P. (1999). Indicadores de salubridade ambiental em favelas urbanizadas: o caso de favelas em áreas de protecção ambiental. Tese de Doutorado – Departamento de Engenharia de construção civil, Escola Politécnica, USP, São Paulo. Brasil.
3. Alva, E.N. (1994). **Qualidade Ambiental Urbana**. Notas de uma aula. Salvador, UFBA.
4. Bradley, Jana (1993). Methodological Issues and Practices in Qualitative Research. Library Quarterly, v.63, n.4, pp. 431-449.
5. Bicudo, P., & Teixeira, I.M.; & Maria, B.C. & Westphal, M.F. (1990). Educação em Saúde na Escola: Como Está a Formação de Professores de 1ª e 4ª série do 1º Grau? *Revista Brasileira Saúde do Escolar*, v.1, n.1, p.4 – 18.
6. Conceição, J.A.N (1990). Conceito de Saúde Escolar. In: Manual de Saúde Escolar. Rio de Janeiro: Sarvier, pp.5-8.
7. Chelala, César (1999). Impacto Del Ambiente Sobre La Salud Infantil. Organizacion Pan – Americana De la Salud.
8. Committee On Environmental Health (2003). American Academy Of Pediatrics. Pediatric Environmental Health. 2nd Edition.
9. Curtis, V., & S. Cairncross & R. Yonli (2000). "Domestic Hygiene and Diarrea – Pinpointing the Problem." Tropical Medicine and international health 5 (1): 22-32.
10. Convenção dos Direitos da Criança (1989). Direitos da Criança Aprovados na 44ª Sessão da Assembleia Geral das Nações Unidas. UNICEF, Maputo.

11. Dinis M.C.P. et al(2003). As Representações Sociais da Esquistossomose de Escolares de Área Endêmica de Minas Gerais, MSc Thesis, Faculdade de Educação, UFMG, Belo Horizonte, 106 pp.
12. Donnangelo, M.C.F. & Pereira, L.(1979).**Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades.
13. Drake L., Jukes M., Sternberg R.J. & Bundy D.A.P.(2000). Geohelminthiasis (Ascariasis, Trichuriasis and Hookworm): Cognitive and Development Impact. *Seminars in Pediatric Infectious Diseases* 11(4): 245-251.
14. Duhamel, F. & Fortini, M.F.(1999). Os Estudos de Tipo Descritivo, in, M.F. Fortini (ed.),o Processo de Investigação. Da Concepção à Realização, Camarate; Lusociência,pp.161 – 172.
15. Ferraz, ST (1999). Cidades Saudáveis: Uma Urbanidade Para 2000. Brasília. (DF): Paralelo
16. Focesi, E (1990). Educação em Saúde: Campos de Actuação na Área. **Rev. Bras de Saúde Esc**; 1:19-24.
17. Focesi, E (1992). Uma Visão de Saúde Escolar e Educação em Saúde na Escola. **Rev. Bras Saúde Esc**; 2:19-21
18. Fundação Oswaldo Cruz (1996). **Promoção da Saúde: Carta de Ottawa**. Brasília (DF).
19. Fundação Oswaldo Cruz (1996). **Promoção da Saúde: Declaração de Sundsvall**. Brasília (DF).
20. Ferriani, M.G.C. & Gomes R. (1997). **Saúde Escolar: Contradições e Desafios**. Goiania: Cultura e Qualidade.
21. Fernandes, M.H., & Rocha, V.M.; & Souza, D.B.(2005).A Concepção Sobre a Saúde do Escolar Entre Professores do Ensino Fundamental (1ª a 4ª séries). *História, Ciências, Saúde – Manguinhos*, v.12,n.2,p.283 – 91.
- 22.Ferreira, A.B.de H (2001).O Dicionário Electrónico Aurelio Sec. XXI. Versão 3.0 Lexikon Informática. Rio de Janeiro: Editora Nova Fronteira.

23. Foucault, M. (1992). O Nascimento da medicina social. In: *Microfísica do poder*. org. trad. Roberto Machado. 7.ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, cap.v, p-79-98.
24. Gilman, R.H. et al (1993). "Water Cost and Availability: Key determinants of Family Hygiene in a Peruvian Shantytown." *American Journal of Public Health* 83(119):1558.
25. Gil, A.C. (1994). **Métodos e Técnicas de Pesquisa Social**. 4ª ed. São Paulo: Atlas.
26. Harada, J. (*sd*) . Escola Promotora de Saúde Como Estratégia de Implantação de Políticas de Promoção da Saúde. In: *Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde I* . Sociedade Brasileira de Pediatria. [On-line]. Disponível em :< http://www.sbp.com.br/img/cadernos_bpfinal.pdf>.
27. Hill, Zelee. (2004). Family and Community Practices That Promote Child Survival, Growth and Development: a Review Of The Evidence. WHO, Geneva.
28. Hagquist, C. & Starrin, B. (1997). Health Education in Schools: From Information to Empowerment Models. *Health Promotion International*, [S.1], v.12,n.3,p.225 – 232.
29. Hill, M. & Hill, A. (2000). *Investigação por Questionário*, Lisboa: Edições Sílabo.
30. Iervolino, SA & Pelicioni MCF (1998). A Utilização do grupo Focal Como Metodologia Qualitativa na Promoção da Saúde. In: *Anais do 50º Congresso brasileiro de Enfermagem*; Salvador, Brasil. pp 88.
31. Iervolino, SA. (2000). *Escola Promotora da Saúde – Um Projecto de Qualidade de Vida*. [Dissertação de Mestrado – Universidade de São Paulo, Faculdade de Saúde Pública] . Brazil.
32. José, NK & Temporini, ER (1980). Avaliação dos Critérios de Triagem Visual de Escolares de Primeira Série do 1º grau. **Rev Saúde Pública**.
33. Kaplan, Bonnie & Duchon, Dennis (1998). Combining Qualitative and Quantitative Methods in Information Systems Research: a case Study .*Mis Quarterly*, v.12,n.4, p. 571 – 586. Disponível em :<http://www.geocities.com/claudiaad/qualitativa>. Pdf.
34. Kazilimali – Pale, E. & UNESCO (2004). *Avaliação da Implementação da Estratégia de Saúde Escolar*. MinEd. Departamento de Saúde Escolar, Maputo.

35. Lalonde, Marc. (1974). A New Perspective On the Health Of Canadians. A Working Document. Minister Of National Health and Welfare. Ottawa, Canada. Pp.32.
36. Lidonde, Rose, WEDC, UK (2004). **Scaling UP School Sanitation and Hygiene Promotion and Gender Concerns**. School Sanitation and Hygiene Education Symposium. The Way Forward: Construction is not Enough! Delft, the Netherlands. Unedited version.
37. Lister – Sharp,D et al (1999). **Health Promoting Schools and Health Promotion in Schools**: Two Systematic Reviews. Oxiford: Health Service Research Unit, Department of Public Health, University of Oxiford.
38. Lynagh M., Schofield M. J. and Sanson – Fisher, R.W.(1997). School Health Promotion Programs Over the Past Decade: a Review of the Smoking, Alcohol and Solar Protection Literature. *Health Promotion International*, 12,43-60.
39. Leger, L. (1999). *The Opportunities and Effectiveness Of the Health Promoting Primary School in Improving Child Health – a Review of the claims and Evidence*. *Health Education Research*, 14, 51-69.
40. Martins, R.A. (1997). Tradição e Inovação na Microbiologia: Lemaire e os Miasmas. Anais do VI Seminário de História da Ciência e da Tecnologia. Rio de Janeiro: Sociedade de História da Ciência. Pp.53-9. [On-line]. Disponível em: <<http://www.ghc.ifi Unicamp.br/pdf/ram-57.pdf>>
41. Minayo, MCS (1987). Organizadora. **Saúde em Estado de Choque**. 2ª ed.. rio de Janeiro: Espaço e Tempo; pp.9-20.
42. Meresma, S (1999). Los Diez que van a la Escuela: Programación de Estrategias de Salud y Nutrición Escolar en América Latina y el Caribe, Washington, DC: The World Bank/PAHO.
43. Moysés, ST (2000). The Impact of Health Promoting Policies in Schools on Oral Health in Curitiba, Brazil. London: University College London.
44. Munn, P. & Drever, E. (1995). Visiting Questionnaires in Small – Scale Research a Teacher’s Guide. Edinburgh: Sere Publication.
45. MISAU/UNICEF (2001). Estratégias de Promoção da Saúde da População em Idade Escolar, Maputo, Moçambique.

46. MISAU/UNICEF (2003). Guia de Orientação Para Implementação do Programa de Saúde Escolar. DNS. Departamento de Saúde da Comunidade. Maputo, Moçambique.pp.5-44.
47. MISAU/DNS/RSF (2004). Relatório do Workshop Nacional de Saúde Escolar e do Adolescente. Departamento de Saúde da Comunidade. Maputo, Moçambique.
48. MEC/DIPE, (sd). Estratégia de Comunicação Sobre O HIV/SIDA no Sector da Educação e Cultura.pp36.
49. Marcondes, A.C. & Soares, P. De A Toledo (1999). Curso básico de educação ambiental, São Paulo, editora scipioneltda.
50. Menezes, L.C.C. (1984). Considerações sobre saneamento básico, saúde pública e qualidade de vida. Revista Engenharia Sanitária, Rio de Janeiro, v.23, n.1, p,5-61, Jan/mar.
51. Moraes, L.R.S. (1993). Conceitos de saúde e saneamento. Salvador. In: Simpósio Internacional sobre Recuperação de Áreas Urbanas Degradadas, IL, Salvador, Anais.... Brasília: MBES, p.245-259.
52. Nutbean, D (1999). **Health Promotion Glossary**. Health Promotion international.4:349 -364.
53. Nutbean, D. (1999). Eficácia de la Promoción de la Salud – Las Perguntas que Debemos Responder. In: Unión Internacional de Promoción de La Salud y Educación Para La Salud, La Evidencia de La Eficacia de la Promoción de La Salud. Madrid: Ministério de la salud y Consumo.pp 1-11.
54. Nebot, M.(1999). **Prevenção del tabaquismo en los jóvenes**. In Precioso,J.,Viseu,F.,Dourado,L.,Vilaça,T.,Henriques,R e Lacerda,T.(Coord.).
55. OMS (1977). Relatório da Conferência da Organização Mundial da Saúde. **Saúde Para Todos no Ano 2000**.
56. OMS (1978). Relatório da Conferência Internacional Sobre Cuidados de Primários Saúde. Alma Ata (URSS). Brasília: UNICEF.
57. OMS (1986). Carta de Ottawa. **Promoção da Saúde**. Ottawa. Canada.

58. OMS (1999a).Melhorando a Saúde Através das Escolas: Estratégias Nacionais e Internacionais. Genebra. Organização Mundial da saúde.
59. OPAS (1998). Escuelas Promotoras de La salud: Entornos Saludables y Mejor Salud para las Geraciones Futuras. Washington (DC). (OPAS- Comunicación para la salud, 13).
60. OPAS & OMS (2003).**Escolas Promotoras de saúde**. Fortalecimento da Iniciativa Regional. Estratégias e linhas de Acção 2003 – 2012. Unidade de Espaços Saudáveis. Área de Desenvolvimento Sustentável e Saúde Ambiental. Washington (DC). Escritório Regional para as Américas da OMS.
61. PNUD (2006). **Além da Escassez: Poder, Pobreza e a Crise Mundial da Água**. Relatório de Desenvolvimento Humano do Programa das Nações Unidas para o Desenvolvimento. Maputo.
62. Pelicioni M.C.F. & Gikas RMC.(1992). **Prevenção de Acidentes em Escolares. Proposta de Metodologia de Diagnóstico Para Programa Educativo**. Rev. Bras.Saúde esc.; 2(1): 23-26.
63. Pelicioni, M.C.F., Torres, A.L. (1999). A Escola Promotora de Saúde. São Paulo. FSP/USP; (Série Monografia,12).
64. Pelicioni, M.C.F.(2000).Educação em Saúde e Educação Ambiental: Estratégias de Construção da Escola Promotora de Saúde. Tese de livre – Docência-Faculdade de Saúde Pública da USP, São Paulo. Disponível em:<<http://www.saudepublica.bvs.br>>.
65. Pache, D.F (2003).Gestão e Subjectividade em Saúde.[Tese de Doutorado – Departamento de Medicina Preventiva e Social. FCM/Unicamp. Brazil].
- 66.Precioso, José (2004).**Educação Para a Saúde na Escola**. Um Direito dos Alunos que Urge Satisfazer. Instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho. Rev. O Professor,Nº85,III Série, Março-Abril,pp.17-24. [On-line]. Disponível em: <<http://www.repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/3980>>.
67. Pardal, M.(1990). Educação para a Saúde – Conceitos e Perspectivas. Saúde e Escola, 6, 11-

68. Rukunga, G. & David Mutethia (2006). School Sanitation and Hygiene Education (SSHE). Resource Centre Network For Water, Sanitation and Environmental Health. [On-line]. Disponível em: <http://www.lboro.ac.uk/well/resources/fact-sheets-htm/RSA%20SSHE>.
69. Reigota, M. (1998). **O que é educação ambiental?** São Paulo. Brasiliense.
70. Scliar, M. (1987). **Do Mágico ao Social: a Trajetória da Saúde Pública**. São Paulo: LEPM Editores.
71. Santos, J.L.F.; Westphal, M.C.F. (1999). Práticas Emergentes de um Novo Paradigma de Saúde: o Papel da Universidade. Estudos Avançados. São Paulo; v.13,13 (35):71-88. [On-line]. Disponível em: <http://www.Scielo.br/scielo>.
72. Silva, C.S. (1996). **Programa de saúde do Escolar Numa Perspectiva Crítica: Atenção à Saúde da Criança e do Adolescente em Idade Escolar**. 2ª ed. Rio de Janeiro: Gerência do programa de Saúde Escolar da Secretaria Municipal da saúde.
73. Silva, C.S. (1997). **Saúde Escolar numa Perspectiva Crítica**. Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro. 3ª edição .
74. Shepherd, J.I. (2003). **A promoção da Saúde no Âmbito Escolar**: a Iniciativa Regional Escolas Promotoras de Saúde. In: Cadernos de Escolas promotoras de saúde. Sociedade Brasileira de Pediatria, pp.8-13. [On-line]. Disponível em: <http://www.sbp.com.br/img/cadernosbpfinal.pdf>.
75. Snmarti, L. (1998). Educación Sanitaria: Principios, Métodos e Aplicaciones. Madrid: Diaz de Santos.
76. Simeon, D.T., & Grantham – McGregor S.M. (1995). Treatment of Trichuris trichiura Infections Improves Growth, Spelling Scores and School Attendance in Some Children. Journal of Nutrition 125: 1875 – 1883.
77. Stoltzfus, R.J. et al (1997). Hookworm Control as a Strategy to Prevent Iron Deficiency. Nutrition Reviews. 55 (6): 233 - 233.
78. Sociedade Brasileira de Pediatria (1994). Manual de Acidentes e Intoxicações na Infância e na Adolescência.

79. UNICEF (2006). Relatório Sobre a Pobreza na Infância em Moçambique: uma Análise da Situação e das Tendências. Maputo, Moçambique.
80. UNICEF/IRC (1998). Water, Environment and sanitation Technical Guidelines Series – Nº5. A Manual on School Sanitation and Hygiene. pp.1-35.
81. Vaz, L. & P. Jha, (2001). Note on The Health Impact Of Water and Sanitation Services. Commission on Macroeconomics and Health.
82. Valadão, M.M. (2004). **Saude na Escola: Um Campo em Busca de Espaço na agenda Intersectorial**. Tese de Doutorado – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo.
83. WHO (1999^b). World Health Report, Database. World health Organization.
84. WHO (2002). Regional Office for Europe. Children's Health and Environment: a Review Of Evidence. Environmental issue Report. Nº29. European Environmental Agency, Copenhagen.
85. WHO (2003). The Right to Water. WHO Library, Geneva.
86. WHO. UNESCO. UNICEF. EDC (2003). World Bank Education International. **The Physical School Environmental. an Essential Component Of a Health – Promoting School**. Information Series On School Health. Document 2. WHO.
87. Winblad, D. & Dudley (1997). **Primary School Physical Environment and Health**. WHO Global School Health Initiative. Information Serie On School Health: Document two. WHO, Geneva.
88. WHO/EOS/94.38. (1994). School Sanitation and Hygiene Education in Latin America: Summary Report of a Workshop on Problems and Options for Improvement. Division of Operational Support in Environmental Health; International Reference Centre for Community Water Supply and Sanitation. Geneva. pp 32.
89. WHO/EOS/94.8. (1994). Hygiene Education and environmental Sanitation in Schools in Viet Nam: the Report of a Project Identification and Formulation workshop, Hanoi , 8-10 June 1993. Geneva. WHO (Unpublished document; available on Request from Division of operational Support in Environmental Health, World Health Organization, 1211 Geneva 27, Switzerland).

90.WHO (1999c). Improving Health Through Schools. National and International Strategies. WHO, Information Series On School Health, Geneva.

91.WHO (1996).Research To Improve Implementation and Effectiveness Of School Health Programmes. Health Education and Health Promotion Unit. Geneva.

92. WHO (1997). Jakarta Declaration on Leading Health Promotion Into the 21st Century. [On-line].Available at http://www.who.int/hpr/NPH/docs/jakarta_declaration_en.pdf

Anexos

Anexo I – Roteiro de observação nas escolas

1. Identificação da Escola

- 1.1 Nome da Escola : _____
1.2 Bairro: _____
1.3 Endereço : _____
1.4 Telefone : _____
1.5 Categoria/Função do entrevistado: _____

2. Informação geral

- 2.1 Efectivo dos alunos: _____
2.2 Número de alunos : Masculinos _____/Femininos _____
2.3 Número de professores: _____
Outros: _____

3. Localização

3.1 Descrição da área: Rural: _____ Urbana: _____

4. Salubridade

4.1. limpeza do recinto escolar

4.1.1.Qual a periodicidade de limpeza do recinto escolar?

Diária: _____ Semanal: _____ Outro. Qual? _____

4.1.2.O pátio está limpo? **Sim** : _____ **Não**: _____

4.1.3.É feita a limpeza das salas de aula? **Sim**: _____ **Não**: _____

4.1.4. As casas de banho/sanitários estão limpas? **Sim**: _____ **Não**: _____

4.1.5. As latrinas estão limpas? **Sim**: _____ **Não**: _____

4.3. Modo de tratamento do lixo: Colectado diariamente: _____ Deposição a céu aberto:

Queimado: _____ Enterrado no recinto: _____ Outro: _____

4.4. Disponibilidade de latrinas/ sanitários.

4.4.1. Existem latrinas/sanitários? **Sim:** ___ **Não:** ___

4.4.2. Casas de banho/latrinas são separadas para rapazes e raparigas? **Sim:** ___
Não: ___

4.4.3. Há feccalismo a céu aberto? **Sim:** ___ **Não:** ___

4.4.4. Há urina no chão? **Sim:** ___ **Não:** ___

4.4.5. Manutenção das latrinas/sanitários.

4.4.5.1. Os sanitários /latrinas funcionam? **Sim:** ___ **Não:** ___

4.4.5.2. As latrinas têm tampas de protecção ? **Sim:** ___ **Não:** ___

Higiene

4.6. Em relação à higiene, verifica-se a existência de:

4.6.2. Sabão para as mãos: **Sim:** ___ **Não:** ___

4.6.3. Limpeza frequente com desinfectante apropriado: **Sim:** ___ **Não:** ___

4.6.5. Autoclismo de manuseamento fácil e com bom funcionamento: **Sim:** ___ **Não:** ___

4.6.6. Dispositivos para a recolha selectiva de lixo em número suficiente: **Sim:** ___
Não: ___

4.6.7. Desinfestações periódicas por entidades competentes: **Sim:** ___ **Não:** ___

4.6.9. Balneários com boa circulação de ar : **Sim:** ___ **Não:** ___

5. Disponibilidade de Água.

5.1 Fonte de abastecimento de água.

5.1.1. Rede Pública: ___ 5.1.2. Rede Privada: ___ 5.1.3. Poço protegido: ___ 5.1.4. Poço não protegido: ___ 5.1.5. Furo: ___ 5.1.6. Cisterna: ___ Outro - especificar: ___

5.2. Relativamente á disponibilidade de água, verifica-se que:

5.2.1. Os sanitários dispõem de água **Sim:** ___ **Não:** ___

5.2.2. Os sanitários dispõem de:

Água corrente: ___ Água do poço: ___ Água do furo: ___ Água da cisterna: ___ Outro: ___

5.2.3. Se não existe água corrente nos sanitários, porquê? _____

5.2.4. Existem lavatórios para as mãos **Sim:** ___ **Não:** ___

Condições das salas de aula

6. Arejamento das salas

6.1 A ventilação das salas.

6.1.1. As janelas permitem ventilação natural? **Sim:** ___ **Não:** ___

6.1.2. As janelas garantem visibilidade p/ ambiente externo? **Sim:** ___ **Não:** ___

7 Iluminação nas salas

7.1. Existe iluminação nas salas? **Sim:** ___ **Não:** ___

7.2. A iluminação artificial é indirecta? **Sim:** ___ **Não:** ___

7.3. A iluminação artificial é directa? **Sim:** ___ **Não:** ___

7.4. A iluminação apresenta sombras? **Sim:** ___ **Não:** ___

7.5. As janelas permitem a iluminação natural? **Sim:** ___ **Não:** ___

8. Protecção contra vento, sol e a chuva.

8.1. A escola tem protecção contra ventos, sol e a chuva? **Sim:** ___ **Não:** ___

8.2. Existem alpendres? **Sim:** ___ **Não:** ___

8.3. Existe vedação/murro? **Sim:** ___ **Não:** ___

8.4. Existem árvores de sombra? **Sim:** ___ **Não:** ___

8.5. Existem áreas verdes/relva? **Sim:** ___ **Não:** ___

8.6. As janelas das salas de aula têm vidros? **Sim:** ___ **Não:** ___

8.6.1. Os vidros são completos? **Sim:** ___ **Não:** ___

Materiais de apoio

9. A escola possui materiais informativos actualizados no âmbito da Promoção e Educação para a Saúde (PES*):

9.1. Em Quantidade

9.1.1. Numa só área de PES*: **Sim:** ___ **Não:** ___

9.1.2. Em diversas áreas da PES*

9.1.3. Dirigido a : Alunos: ___ Pais/EE: ___ Pessoal docente: ___ Pessoal não docente: ___

9.2. De Qualidade

9.2.1. Numa só área da PES*

9.2.2. Em diversas áreas da PES*

9.2.3. Dirigido a: Alunos: ___ Pais/EE: ___ Pessoal docente: ___ Pessoal não docente: ___

* Exemplo: Saúde mental, segurança, alimentação, saúde oral, uso e abuso de substâncias psicoactivas, DTS/HIV/SIDA, Sexualidade, Saúde sexual e reprodutiva, higiene, saneamento básico.

Segurança

10. As instalações escolares salvaguardam a segurança, verificando-se a existência de:

10.1. Murros ou vedações seguras e com dimensões adequadas: **Sim:** ___ **Não:** ___

10.2. Instalações adaptadas a portadores de deficiências, nomeadamente, a eliminação das barreiras arquitectónicas. **Sim:** ___ **Não:** ___

10.3. Protecção de entradas e saídas da escola: **Sim:** ___ **Não:** ___

10.4. Pavimentos sem buracos, laváveis e com escoamento adequado: **Sim:** ___ **Não:** ___

10.5. Prevenção de acidentes no ambiente escolar, pela remoção de objectos estranhos/garrafas e vidros partidos : **Sim:** ___ **Não:** ___

10.6. Existência de sinal de proximidade da escola / lombas na estrada: **Sim:** ___ **Não:** ___

Anexo II – Guião de entrevista aos Directores das Escola

Participante nº _____

Nome da escola: _____

1. Envolvimento dos alunos em assuntos de saúde

1.1. A escola organiza em coordenação com a Saúde actividades educativas de promoção de saúde? **Sim:** ___ **Não:** ___

1.2. Quais dos seguintes temas de Educação Sanitária são abordados na Escola? higiene geral: ___; Promoção de alimentos: ___; DTS/HIV/SIDA: ___; Droga e álcool: ___

Outros: _____

1.3. Orientações relacionadas com utilização de infra-estruturas:

1.3.1. A escola tem mensagens educativas/orientações para:

1.3.2. uso correcto dos sanitários/latrinas? **Sim:** ___ **Não:** ___

1.3.3. uso dos lavatórios das mãos? **Sim:** ___ **Não:** ___

1.3.4. limpeza/conservação do recinto escolar? **Sim:** ___ **Não:** ___

2. Coordenação com outros sectores

2.1. Ha coordenação com outros intervenientes nas actividades de SEsA? **Sim:** ___
Não: ___

2.2. Se sim, quais são os sectores envolvidos? _____

2.3. Qual é o trabalho concreto que é Realizado? _____

3. Acesso aos serviços de saúde adequados

3.1. A Escola possui um kit de 1ºs socorros? **Sim:** ___ **Não:** ___

3.2. Foi feita a vacinação dos alunos segundo as normas do PAV? **Sim:** ___ **Não:** ___

3.3. O que é feito em caso da criança não ter sido vacinada na escola?

Vacinada na escola: ___; encaminhada a US: ___; os pais são notificados: ___

Não se faz nada: _____

3.4. Existe posto de socorros ou caixa de 1º socorros na escola? **Sim:** ___ **Não:** ___

3.5. Existe um canto de aconselhamento na escola? **Sim:** ___ **Não:** ___

3.6. Qual é o procedimento da escola em caso de alunos feridos ou doentes? _____

3.7. Quais foram os motivos de encaminhamento à Unidade Sanitária? _____

4. Capacitação ou Formação dos professores em Saúde Escolar:

4.1. Há capacitação regular dos professores em matéria de saúde escolar? **Sim:** ___
Não: ___

4.2. Ha previsão de sessões de capacitação de professores em SEsA? **Sim:** ___
Não: ___

4.3. Houve capacitação de professores e alunos mais crescidos em cuidados de 1ºs socorros? **Sim:** ___ **Não:** ___

5. Material de apoio:

5.1: A escola possui guias de orientação para implementação do programa de Saúde Escolar? **Sim:** ___ **Não:** ___

Envolvimento dos pais/EE

6. O Plano Anual de actividades da escola prevê o envolvimento dos Pais/EE, nas actividades de promoção da saúde? **Sim:** ___ **Não:** ___

6.1. Qual a periodicidade das actividades de promoção de saúde com os pais?

Semanais: _____; Mensais: _____; Trimestrais: _____; Anuais: _____

Segurança

7. Para melhorar as condições de segurança, a escola realizou uma caracterização dos acidentes através do conhecimento do(s)/da (s):

7.1. Locais com maior ocorrência de acidentes: **Sim:** ___ **Não:** ___

7.2. Tipos de acidentes: **Sim:** ___ **Não:** ___

7.3. Causas directas dos acidentes: **Sim:** ___ **Não:** ___

7.4. Gravidade dos acidentes: **Sim:** ___ **Não:** ___

7.5. Casos solucionados na escola: **Sim:** ___ **Não:** ___

7.6. Casos encaminhados a um serviço de saúde: **Sim:** ___ **Não:** ___

Anexo III- Guião de Entrevista para professores responsáveis pela saúde e higiene escolar.

Participante nº _____

Nome da Escola: _____.

Contacto do entrevistado: _____.

Disciplinas que lecciona: _____.

1. Abordagem do tema “Saúde” durante a formação. (Marque X).

1.1. Estudou conteúdos sobre saúde: ___

1.2. Não recebeu nenhum tipo de informação sobre saúde: ___

1.3. O estudo foi satisfatório: ___

1.4. O estudo não foi satisfatório: ___

1.4.1. Favor especificar: _____

1.5. Oportunidades de formação em serviço.

1.5.1. Alguma vez foi capacitado em temáticas de Saúde Escolar? **Sim:** ___ **Não:** ___

1.5.1. Se sim, quantas vezes? _____

1.5.3. Fez a disseminação da informação para os outros professores? **Sim:** ___ **Não:** ___

1.5.3.1. Se não, explique os motivos: _____

1.5.4. Que conteúdos foram abordados durante a capacitação? _____

2. Opinião sobre a importância de trabalhar os temas / assuntos de promoção e educação para a saúde com os alunos. (Marque X)

- 2.1. Conhecer noções de higiene e alimentação: ___
2.2. Prevenir e conhecer doenças: ___
2.3. Mostrar a importância da saúde e dos cuidados: ___
2.4. Preparar e capacitar os alunos: ___
2.5. Contribuir p/ melhorar a qualidade de vida; formação da cidadania e auto-estima:
2.6. Outros, *Especifique*: _____

3. Preparação do professor para realizar observação do estado de saúde do aluno/a e abordar o tema “Saúde” na escola (Marque X).

- 3.1. Considera-se não preparado: ___ 3.2. Considera-se preparado: ___

3.3. Qualidade de preparação.

(Só responde quem assinalou a secção 3.2)

1. Muito bem preparado: ___ 4. Mal preparado: ___
2. Bem preparado: ___ 5. Muito mal preparado: ___
3. Mais ou menos preparado: ___

4. Que dificuldades encontra para trabalhar os temas da promoção e educação para a saúde no ambiente escolar?.(Marque X)

- 4.1. Não encontra dificuldades: ___ 4.2. Falta material didáctico: ___
4.3. Falta de capacitação: ___ 4.4. Falta apoio da comunidade/família: ___
4.5. Falta de recursos humanos: ___
4.6. Outros, *especifique*: _____

5. Conhecimento sobre a brochura “ guia de implementação do Programa Saúde Escolar e do adolescente”.(Marque X).

- 5.1. Conhece muito bem: ___ 5.2. Conhece bem: ___ 5.3. Conhece mais ou menos: ___
5.4. Conhece mal: ___ 5.5. Conhece muito mal: ___ 5.6. Nunca leu/Não conhece: ___

6. Metodologia para abordar os temas /assuntos da promoção da saúde na escola. (Marque X).

- 6.1. Como disciplina: ___ 6.2. Como tema transversal: ___ 6.3. Como conteúdo das Ciências naturais: ___ 6.4. ser abordado nas reuniões da turma: ___
6.5. Em algumas disciplinas de acordo com a decisão individual dos docentes: ___ 6.6. Ser abordado na formatura, antes do Hino Nacional: ___
6.7. Outro, especifique: _____.

DTS/HIV/SIDA

7. Relativamente às DTS/HIV/SIDA é de opinião que a escola realize:

7.1. Informação/sensibilização a

Docentes; ____ Alunos: ____ Pais/EE: ____ Pessoal não docente: ____

7.2. Conhecimento em relação à estratégia de comunicação sobre o HIV/SIDA no Sector da Educação (escolhe uma alternativa marcando X):

7.2.1. Conhece muito bem: ____ 7.3.2. Conhece bem: ____ 7.3.3. Conhece mais ou menos: ____

7.2.4. Conhece mal: ____ 7.3.5. Conhece muito mal: ____ 7.3.6. Nunca leu/Não conhece: ____

7.3. Procedimento da Escola perante o conhecimento ou suspeita de caso(s) de alunos afectados ou infectados pelo HIV/SIDA:

7.3.1. Mantém o aluno integrado na escola: **Sim:** ____ **Não:** ____

7.3.2. Respeita o sigilo/confidencialidade da situação: **Sim:** ____ **Não:** ____

7.3.3. Contacta o centro/posto de saúde: **Sim:** ____ **Não:** ____

7.3.4. Garante a toda a população escolar os procedimentos preventivos da contaminação, no tratamento: **Sim:** ____ **Não:** ____

7.3.5. Retira o aluno da escola: **Sim:** ____ **Não:** ____

Anexo IV- Guião de entrevista para Responsáveis das Unidades Sanitárias

Participante nº ____

1. Dados sobre a unidade Sanitária

1.1. Nome da Unidade sanitária: _____

1.2 Bairro: _____

1.3 Endereço: _____

1.4 Pessoa de contacto: _____

1.5. Telefone : _____

1.6. Tipo de Unidade sanitária:

1.6.1. Posto de Saúde: ____ 1.6.2. Centro de Saúde: ____ 1.6.3. Hospital Rural: ____

1.6.4. Hospital Geral: ____

1.7. O SAAJ's funciona na Unidade Sanitária ? **Sim:** ____ **Não:** ____

2. Capacitação dos profissionais de saúde.

2.1 Há capacitação periódica da equipa de serviço, em matéria de saúde escolar e do adolescente? **Sim:** ____ **Não:** ____

2.1.1.. Qual é a periodicidade dessas capacitações? _____

2.2. Quando acontecem são realizadas:

2.2.1. Por coordenação do MiSAu: ____ 2.2.2. Por coordenação da DPS: ____ 2.2.3. Por decisão da equipa local: ____ 2.2.4. Por outros: ____ 2.2.4.1. Especifique: _____.

3. Organização dos serviços.

3.1. A Unidade Sanitária faz a análise/diagnóstico dos factores que interferem na saúde da criança e do jovem em idade escolar? **Sim:** ___ **Não:** ___

3.2. A Unidade Sanitária possui actividades de intervenção em Saúde Escolar adequadas à realidade da sua área de saúde? **Sim:** ___ **Não:** ___

(Se a resposta for não, favor passar para a secção 8).

Parceria/intervenção na comunidade escolar

3.3. Há coordenação com as escolas alvo de intervenção na programação das actividades? **Sim:** ___ **Não:** ___

3.3.1. Em caso afirmativo, na relação entre a escola e o Centro de Saúde verifica-se que a intervenção da equipa de saúde acontece: a pedido da escola: ____, por iniciativa do Centro de saúde: ____; por iniciativa conjunta: _____.

3.3.5. Da articulação entre o Centro de Saúde e a Escola resulta a (o):

3.3.5.1. Actualização /revisão anual das acções de rotina dirigidas ao indivíduo*: ___

3.3.5.2. Actualização/revisão anual das acções de rotina dirigidas ao grupo**: ___

3.3.5.3. Vigilância das condições de higiene, segurança e saúde da Escola e meio envolvente: ___

3.3.5.4. Realização de exames globais de saúde nas idades - chave: ___

3.3.5.5. Colaboração no âmbito da formação: ___ 3.3.5.6. Outro, especifique: _____

***Exemplo:** cartão de vacinação, cartão de saúde; apoio à integração escolar de alunos com necessidades de saúde especiais.

****Exemplo:** higiene oral, educação nutricional, Sexualidade, prevenção de acidentes.

Integração de outros profissionais em acções de saúde escolar

3.4. Os profissionais de Saúde que trabalham em Saúde Escolar são apoiados por técnicos de outras áreas? **Sim:** ___ **Não:** ___

3.4.1. Em caso afirmativo, favor especificar:

3.4.2. Psicólogos: ___ 3.5.2. Assistentes sociais: ___ 3.5.3. Outros, especifique: _____

Ações desenvolvidas nas escolas pelas unidades sanitárias

3.5. A Unidade sanitária tem programado acções de acompanhamento de saúde das crianças nas escolas da sua área de cobertura? **Sim:** ___ **Não:** ___

3.5.1. Qual a periodicidade das acções de acompanhamento de saúde das crianças nas escolas? Ocasional : ___; uma vez por mês: ___; mais de uma vez/ mês: ___; trimestral: ___; semestral: ___; anual: ___

4. Promoção de Saúde para crianças, Adolescentes e Jovens nas escolas.

N.B. Por “ Promoção de Saúde” entende-se as actividades educativas que permitem às crianças, adolescentes e jovens integrar no seu quotidiano hábitos saudáveis de vida.

Actividades de promoção de saúde da criança, do adolescente e jovem:

4.1. Existem actividades de educação sanitária dirigidas para as escolas Primárias? **Sim:** ___ **Não:** ___

4.1.1.. Se sim, favor especificar: _____.

4.2. **Assinale a periodicidade das mesmas:** Ocasional: ___; Menos de uma vez / mês: ___; mais de uma vez/ mês: ___; mensal: ___; trimestral: ___; semestral: ___; anual: ___

4.3. Disponibilidade de material educativo para a promoção de Saúde nas escolas.

4.3.1. Existe material educativo (informativo e formativo) na Unidade Sanitária? **Sim:** ___ **Não:** ___

4.9. Em caso afirmativo; responda:

4.9.. Qual é o tipo de material educativo disponível? (**marque x**)

4.9.1. Panfletos: ___ 4.9.4. Brochuras: ___ 4.9.2. Cartazes: ___ 4.9.5. Revistas: ___

4.9.3. Audio-visual: ___ 4.9.6. Filmes: ___ 4.9.7. Outro, especifique _____

5.. Promoção de Saúde com os Professores /Educadores

5.1 Existem actividades de promoção de saúde para professores? **Sim:** ___ **Não:** ___

5.2. Em caso afirmativo, favor especificar o tipo de actividades:

5.2.1. Palestras: ___

5.2.3. Debates: ___ 5.2.4. Capacitação/treinamento: ___ 5.2.5. Outras, especifique: _____

5.3. **Qual a periodicidade das mesmas:** menos de uma vez/ mês: ___; Uma vez/ mês: ___; mais de uma vez/ mês: ___; trimestral: ___; semestral: ___; anual: ___; outra: ___.

6. Referência para o Sistema de Saúde Externo às Escolas.

6.1 Existem mecanismos de referência criados para as escolas? **Sim:** ___ **Não:** ___

6.1.1. Quais são estes mecanismos? _____

6.2. Quais foram os motivos de encaminhamento dos alunos à Unidade Sanitária? _____

6.3. Quem paga as despesas de tratamento, no caso de encaminhamento? (**Marque X**).

6.3.1. Tratamento é gratuito: ___ 6.3.2. A família/os pais: ___ 6.3.3. A escola: ___

7. Recursos humanos e materiais para a implementação do pacote básico de saúde escolar

7.1. A Unidade Sanitária tem disponibilidade suficiente para dar resposta às acções de Saúde Escolar, em termos de:

7.1.1. Pessoal técnico ou clínico? **Sim:** ___ **Não:** ___ 7.1.2. Tempo? **Sim:** ___

Não: ___

7.1.3. Equipamentos? **Sim:** ___ **Não:** ___ 7.1.4. Meios circulantes? **Sim:** ___ **Não:** ___

8. Unidades sanitárias que não integram a componente saúde escolar

N.B: Esta parte do questionário será respondida pelo director ou responsável da unidade sanitária.

Motivos de não participação da Unidade de Saúde no Programa saúde escolar e do adolescente.

8.1. Porque é que esta unidade de saúde não integra a componente saúde escolar nas suas actividades?

8.1.1.Falta da capacitação técnica da equipa? **Sim:**___ **Não:**___ **8.1.2.**Não conhece o programa? **Sim:**___ **Não:**___ **8.1.3.**Porque não tem enfermeiro interessado? **Sim:**___ **Não:**___

8.1.4.Falta meio de transporte? **Sim:**___ **Não:**___ **8.1.5.**Não foi contactada pelas escolas? **Sim:**___ **Não:**___ **8.1.6.**Outros, especifique: _____

8.2 O que seria necessário para esta Unidade de Saúde participar no Programa Saúde Escolar?

8.2.1.Apoio do MISAU ? **Sim:**___ **Não:**___ **8.2.3.**Apoio da DPS? **Sim:**___ **Não:**___

8.2.4.Oportunidades de formação? **Sim:**___ **Não:**___

8.2.5.Parcerias com outras instituições? **Sim:**___ **Não:**___

8.2.6.Parcerias com ONG's/associações? **Sim:**___ **Não:**___ **8.2.7.**Outros:

Anexo V– Questionário para os Profissionais de Saúde das Unidades Sanitárias.
Participante nº _____

Favor não escrever o nome. No fim coloque o formulário no envelope e feche-o.

Nome da Unidade Sanitária: _____

Função que desempenha (o inquirido/pessoa que responde o questionário):

Médico Pediatra: _____

Técnico /a de Medicina: _____

Enfermeiro/a: _____

Outra: _____

1. Sobre o Programa Saúde escolar e do Adolescente.

1.1. Alguma vez ouviu falar deste programa nesta Unidade Sanitária? **Sim:**___

Não:___

1.2. Conhece o programa? **Sim:**___ **Não:**___

1.3. Já participou em alguma acção ligada a este programa? **Sim:**___ **Não:**___

1.3.1. Se sim, favor especificar o que foi feito: _____

1.4. O envolvimento dos profissionais de saúde é necessário? **Sim:**___ **Não:**___

1.4.1. Favor explicar a opção escolhida: _____

1.5.Que outros sectores fora da saúde poderiam ser envolvidos ? _____

2. Temas de “Promoção e Educação Para a Saúde” durante a formação. (Marque X)

2.1. Estudou conteúdos sobre Educação para a Saúde durante a formação: _____

2.2. Estudou conteúdos sobre promoção e educação para saúde : _____

2.3. Não recebeu nenhum tipo de informação: _____

2.4. O estudo foi satisfatório: _____

2.5. O estudo não foi satisfatório: _____

2.5.1. Por favor especifique: _____

(N.B. Se marcar 2.1 ou 2.2. favor assinalar 2.4. ou 2.5, conforme o caso).

3. **Formação em Serviço.**

3.1. Alguma vez foi capacitado em temáticas de “saúde escolar”? **Sim:** ___ **Não:** ___

3.1.1. Se sim, quantas vezes? _____

3.1.2. Qual foi a periodicidade destas acções de capacitação? Trimestral:

_____ Semestral: _____

Anual: _____ Outro: _____ Não sabe: _____

4. **Importância do tratamento os temas de Saúde com os alunos.**

4.1. Na sua opinião, que factores justificam a importância de abordar os temas de saúde com os alunos? (**Marque X** na opção que achar abrangente).

4.1.1. Conhecer noções de higiene e alimentação: _____ 4.1.2. Prevenir e conhecer doenças: _____

4.1.3. Mostrar a importância da saúde e dos cuidados: _____ 4.1.4. Preparar e capacitar os

alunos: _____ 4.1.5. Melhorar a qualidade de vida, cidadania e auto-estima: _____ 4.1.6.

Outros, Especifique: _____

5. Dificuldades encontradas pelos profissionais de saúde em acções de saúde escolar.

(Marque X)

5.1. Não encontra dificuldades: _____ 5.2. Falta material didáctico: _____ 5.3. Falta capacitação: _____

5.4. Recursos humanos insuficientes: _____ 5.5. Outras, Especifique: _____

6. Auto – avaliação do profissional de saúde para intervir na educação e promoção de saúde nas escolas(Marque X)

6.1. Considera-se não preparado: _____ 6.2. Considera-se preparado: _____ 6.2.1. Muito bem preparado: _____ 6.2.2. Bem preparado: _____ 6.2.3. Mais ou menos preparado: _____ 6.2.4. Muito mal preparado: _____.

(N.B: Se marcar 6.2. , favor assinalar uma das questões entre 6.2.1. a 6.2.4.)

7. **Sobre a estratégia de promoção da saúde escolar e do Adolescente.**

7.1. Foi divulgada esta estratégia na sua unidade sanitária? **Sim:** ___ **Não:** ___

7.2. Conhece o acordo entre o MISAU e o MEC na componente Saúde escolar e do adolescente? **Sim:** ___ **Não:** _____

Anexo VI – Consentimento informado

Título do protocolo: Avaliação das Condições de Segurança, Higiene e Saúde das Escolas Primárias, no Distrito da Matola, Província de Maputo.

Informação do participante

Eu, **Pedro Alberto Cossa**, estudante de Mestrado da Faculdade de Medicina da Universidade Eduardo Mondlane, declaro por minha honra, que a recolha destes dados enquadra-se no âmbito do projecto de pesquisa para a elaboração da tese de Mestrado em Saúde Pública, e tem como objectivo investigar as condições de segurança, saúde e higiene nas Escolas Primárias do Distrito da Matola e, verificar se as escolas têm acesso ao pacote básico de serviços de saúde escolar, com a finalidade de ajudar na identificação de estratégias mais adequadas para a educação e promoção de saúde na escola. A Saúde Escolar é uma actividade de extrema importância, no âmbito dos Cuidados de Saúde Primários, pelo seu papel na promoção de saúde e na prevenção da doença. Ela integra um conjunto de acções que devem envolver tanto os profissionais da saúde como os da educação.

Consentimento informado

O pesquisador principal compromete-se a respeitar a privacidade dos inquiridos, entrevistados e instituições alvo da pesquisa. Neste sentido, todas as precauções serão tomadas para evitar quaisquer danos morais, pelo que será guardado sigilo e confidencialidade de toda informação facultada, salvaguardando que os dados serão usados para fins meramente académicos.

A entrevista terá uma duração de 45 minutos e a sua gravação será efectuada mediante a permissão do entrevistado.

A participação no projecto de pesquisa, isto é, no preenchimento do questionário ou na entrevista é voluntária. Não estão previstos quaisquer benefícios e, em nenhum momento haverá lugar a represálias por não ter participado no estudo.

Em caso de dúvida, favor contactar o investigador principal pelo e-mail: Pedro.Cossa@mec.gov.mz ou pelo Cell 828740910.

Eu, _____ declaro ter sido informado e concordo em participar, como voluntário/a, no projecto de pesquisa acima descrito.

Local: _____

Data: ____/____/____. Contacto: _____.