

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENGENHARIA DE
PRODUÇÃO
MESTRADO EM ENGENHARIA DE PRODUÇÃO**

**GESTÃO DE SAÚDE DE CRIANÇAS E
ADOLESCENTES COMO GARANTIA DE UM
ATENDIMENTO INTEGRAL DOS EDUCANDOS:
ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE TERRA
ROXA-PR**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Maria do Rocio Fagundes Ramos

**Florianópolis, SC, Brasil
2005**

**GESTÃO DE SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES
COMO GARANTIA DE UM ATENDIMENTO INTEGRAL DOS
EDUCANDOS: ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE
TERRA ROXA-PR**

por

Maria do Rocio Fagundes Ramos

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em
Engenharia de Produção da Universidade Federal de Santa Catarina
como requisito parcial para obtenção do título de
Mestre em Engenharia de Produção.

Orientador: João Helvio Righi de Oliveira

**FLORIANÓPOLIS, RS, Brasil
2005**

Ficha Catalográfica

Ramos, Maria do Rocio F. **Gestão de Saúde de Crianças e Adolescentes como Garantia de um Atendimento Integral dos Educandos: Estudo de Caso do Município e Terra Roxa-Pr.** Florianópolis, UFSC, Programa de Pós-Graduação em Engenharia de Produção, 2003.

93 p.

Dissertação: Mestrado em Engenharia de Produção
Orientador: João Helvio Righi de Oliveira

1 Escola 2 Saúde Integral 3 Criança e Adolescente

I. Universidade Federal de Santa Catarina

AGRADECIMENTOS

Agradecer é a maior prova de que não estamos sozinhos nesta caminhada.

Agradeço aos meus alunos que me incentivaram a terminar este trabalho.

Ao meu esposo e filhos, que pacientemente aceitaram minha ausência.

Ao amigo e orientador Dr. Professor João Helvio Righi de Oliveira muito obrigado de coração.

E finalmente a Deus, por ter colocado todas estas pessoas no meu caminho em mais uma jornada de minha vida, os quais de uma forma ou de outra, colaboraram para o meu crescimento espiritual e a minha percepção ampliada de mundo e do outro.

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho em especial ao meu esposo, um profissional dedicado na área de saúde pública, com larga vivência de muitos anos de trabalho, um eterno sonhador que acredita e não desiste nunca, quando se trata de cidadania, pois vê a possibilidade de maiores investimentos na saúde em programas de prevenção a criança e ao adolescente, num atendimento de base, digno e integral, como resposta positiva para uma melhor aprendizagem e conseqüentemente como válvula propulsora do progresso e desenvolvimento de um país, o qual sofre as agruras das desigualdades sociais e de oportunidades.

Pelas horas de incansáveis discussões, envolvendo saúde e educação na atual conjuntura do país, e que, me motivaram e nortearam o tema como proposta das minhas pesquisas.

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós Graduação em Engenharia de Produção
Universidade Federal de Santa Maria

GESTÃO DE SAÚDE DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COMO GARANTIA DE UM ATENDIMENTO INTEGRAL DOS EDUCANDOS: ESTUDO DE CASO DO MUNICÍPIO DE TERRA ROXA-PR

Autoria: Maria do Rocio Fagundes Ramos

Orientador: João Helvio Righi de Oliveira

Florianópolis, 13 de março 2005.

O Estatuto da Criança e do Adolescente inaugurou uma nova ordem jurídica para o trato das questões da criança e do adolescente, estabelecendo limites à ação do Estado, do Juiz, da Polícia, das Empresas, dos adultos e mesmo dos pais, mas não foi capaz ainda de alterar significativamente a realidade da criança e do adolescente. Assim, fazem-se necessárias ações das sociedades e das escolas, com o apoio dos municípios, especialmente no que se refere a saúde das crianças. Dessa forma, o presente estudo objetivou proceder um diagnóstico das ações voltadas à gestão da saúde da criança e adolescente no município de Terra Roxa, evidenciando a viabilidade de um atendimento integral dos alunos. Esta pesquisa foi caracterizada como um estudo exploratório e, para atingir seu objetivo seguiu-se a forma metodológica qualitativa. Os dados foram levantados em fontes primárias (pesquisa documental e entrevista) e em fontes secundárias (pesquisa bibliográfica). A amostra de pesquisa neste estudo foi constituída pelos diretores das escolas da rede municipal de ensino do município de Terra Roxa – PR: Maximiriam Bárbara Gaspar, Escola Presidente Kennedy, Escola Rainha dos Apóstolos. Os resultados da pesquisa apontam que a educação pode ser amplamente afetada por vários fatores ligada a saúde. Um estilo de vida que combina várias virtudes (alimentação, atividade física regular, acompanhamento médico, dentário e psicológico) pode melhorar a aprendizagem dos alunos e acima de tudo, proporcionar a estes, uma vida mais saudável. Desta forma, é relevante que as crianças recebam um atendimento integral à saúde, no âmbito da própria escola. Para tanto, torna-se necessário a participação mais ativa da escola, governantes, bem como dos pais, visando um único objetivo o bem estar da criança e adolescente. Assim, na parte final do estudo, apresentou-se uma proposta visando viabilizar o acesso à saúde para as crianças e adolescentes do ensino municipal de Terra Roxa, através da criação de programas específicos de forma articulada e integrada, entre o Ministério da Saúde e Educação, as escolas, a sociedade local e o governo municipal.

Palavras Chaves: Escola, Saúde Integral, Criança, e Adolescente.

ABSTRACT

The Statute of the Child and the Adolescent inaugurated a new jurisprudence for the treatment of the questions of the child and the adolescent, establishing limits to the action of the State, the Judge, the Policy, the Companies, the adults and some of the parents, but it was not capable still to modify significantly the reality of the child and adolescent it. Thus, necessary actions of the societies and the schools become, with the support of the cities, especially as for health of the children. Of this form, the present study it objectified to proceed a diagnosis from the actions directed to the management of the health of the child and adolescent in the Purple Land city, evidencing the viability of an integral attendance of the pupils. This research was characterized as a exploratory study e, to reach its objective it was followed qualitative form. The data had been raised in primary sources (documentary research and interview) and in secondary sources (bibliographical research). The sample of research in this study was constituted by the directors of the schools of the municipal net of education of the Purple Land city - PR: Maximiriam Bárbara Gaspar, Escola Presidente Kennedy, Escola Rainha dos Apostolos. The results of the research point that the education can widely be affected by some factors on the health. A life style that combines some virtues (feeding, regular physical activity, medical, dental and psychological accompaniment) can improve the learning of the pupils and above of everything, provide to these, a more healthful life. Of this form, it is excellent that the children receive an integral attendance to the health, in the scope of the proper school. For in such a way, the participation most active of the school becomes necessary, governing, as well as of the parents, aiming at an only objective the welfare of the adolescent child and. Thus, in the final part of the study, one presented a proposal aiming at to make possible the access to the health for the children and adolescents of the municipal Purple Land education, through the creation of specific programs of articulated and integrated form, enters the Health department and Education, the schools, the local society and the municipal government.

Words keys: School, integral Health, Child, and adolescent.

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Qualidade de vida.....	20
QUADRO 2 - Número de alunos.....	62
QUADRO 3 - Percentual de faltas	63
QUADRO 4 - Programa de controle da evasão escolar.....	63
QUADRO 5 - Três principais fatores que levam o aluno a faltar.....	64
QUADRO 6 - Acompanhamento na identificação de dificuldade/distúrbio na aprendizagem.....	65
QUADRO 7 - Significado distúrbios de aprendizagem.....	66
QUADRO 8 - Principais distúrbios de aprendizagem nas escolas Pesquisadas.....	67
QUADRO 9 - Causas do distúrbio de aprendizagem.....	67
QUADRO 10 - Acompanhamento na incidência de cáries.....	69
QUADRO 11 - Programa que visa detectar e encaminhar o aluno portador de deficiência visual.....	70
QUADRO 12 - Programa com finalidade de identificar problemas de audição.	71
QUADRO 13 - Atitudes dos professores frente aos distúrbios de Aprendizagem.....	72
QUADRO 14 - Projetos de políticas públicas municipais.....	73
QUADRO 15 - Modelo de assistência à saúde das crianças do ensino da Rede Municipal.....	73
QUADRO 16 - Modelo proposto para o Projeto	74
QUADRO 17 - Profissionais Participantes do Projeto.....	75

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	12
1.1 Caracterização do Problema	12
1.2 Objetivos	15
1.2.1 Objetivo Geral.....	15
1.2.2 Objetivos Específicos.....	15
1.3 Justificativa	16
1.4 Estrutura do Trabalho	18
2 MARCO TEÓRICO	19
2.1 Qualidade de Vida	19
2.2 Políticas Sociais	21
2.2.1 Políticas Educacionais no Brasil.....	25
2.2.2.1 Dificuldades de Aprendizagem: A Sensibilidade de Perceber as Diferenças.....	27
2.2.2.2 Qualidade na Educação.....	33
2.3 Direitos da Criança e Adolescente	36
2.3.1 Saúde Ambiental Infantil: Leis e Normas.....	40
2.3.2 Estatuto da Criança e adolescente.....	43
2.3.2.1 Loas e Eca.....	45
2.3.2.2 Declaração de Ottawa	48
2.3.3 Políticas de Saúde Infantil.....	50
3 METODOLOGIA	56
3.1 Delineamento da Pesquisa	56
3.2 Coleta de Dados	58
3.3 Amostra de Pesquisa	60

3.4 Análise e Interpretação dos Dados.....	60
4. ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS	62
4.1 Tabulação e Análise dos Dados.....	62
4.2 Proposta Sugestiva de Projeto de Atendimento Integral a Saúde dos Alunos da Rede Municipal de Ensino em Terra Roxa	76
5 CONCLUSÃO.....	79
5.1 Considerações Finais.....	79
5.2 Recomendações Trabalhos Futuros.....	82
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	84
APÊNDICE.....	88

1 INTRODUÇÃO

1.1 Caracterização Do Problema

Para Grunspun (2000), o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA, Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, é um grande avanço sobre a Declaração dos Direitos da Criança (1959), porque impõe obrigações, com penas para o não cumprimento e também estimula os deveres, resultando daí, direitos.

Portanto, é na década de 90 que os dispositivos assegurados na Constituição Federal de 1988 são regulamentados como doutrina de proteção Integral às Crianças e aos Adolescentes. Segundo: Art. 7º do ECA,

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

Segundo a distinção romana *ius dispositivum* e *ius cogens*, o Direito da Criança e Adolescente está situado na esfera do direito público em razão do interesse do Estado, na proteção e reeducação dos futuros cidadãos, (ISHIDA, 2001).

Sendo assim, o ECA estabelece que a política de Atendimento aos Direitos da Criança e do Adolescente deve ser feita por um conjunto articulado de ações governamentais e não governamentais, da União, dos estados, do Distrito Federal e dos municípios. O Estatuto se divide em dois livros. No Livro Primeiro, os direitos fundamentais da infância e adolescência, sem exclusão de qualquer natureza, garantindo-se o acesso e regulamentando-se o exercício do conjunto de conquistas expressos no caput do artigo 227 da Constituição:

Art. 227 - É dever da família, da sociedade e do estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, crueldade e opressão.

Ishida (2001) complementa esta visão onde a garantia de prioridade compreende:

- Primazia de receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias;
- Precedência de atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública;
- Preferência na formulação e na execução das políticas sociais públicas;
- Destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e à juventude.

Trata também o Livro Primeiro, dos mecanismos e instrumentos à disposição da cidadania para salvaguarda da integridade física, mental e moral de todas as crianças e jovens expostos aos mais diversos meios e formas de informação, cultura, lazer, esportes, diversões e espetáculos.

Justen (1997) destaca que a ciência comprova que, quanto mais cedo se inicia o processo de educação, maiores possibilidades o indivíduo terá de estimular sua inteligência e, em conseqüência, incentivar todo o processo de aprendizagem. Educação e saúde, integrando esporte, lazer, alimentação, assistência médica, atividades lúdicas são direitos que devem ser assegurados a todo indivíduo em desenvolvimento, se quisermos ter cidadãos íntegros e capazes.

Segundo o Estatuto da Criança e adolescente (1990) define as diretrizes e bases da política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente em situação de risco social e pessoal, dispõe sobre as entidades e as formas de atendimento, as orientações, estrutura e funcionamento das entidades, as instâncias colegiadas de participação das comunidades, as medidas de proteção especial, as garantias processuais nos casos de atos infracionais, o acesso à Justiça, as atribuições da Justiça da Infância e da Juventude, da Magistratura, dos serviços auxiliares, do ministério Público, do Advogado, dos Conselhos Tutelares. Dentro

desta nova concepção de atuação junto às crianças e adolescentes, os programas governamentais de atendimento a este segmento social passaram a definir-se como:

Políticas sociais básicas - Definem o que "é direito de todos e dever do Estado". Prioriza a Saúde e a Educação, porém figurando também no rol destas políticas; a Cultura, o Lazer e a Profissionalização. Estes são direitos estabelecidos do qual nenhum adolescente pode ser privado, e que devem ser prestados pelo Estado, sem distinção alguma.

Políticas de assistência social - Destinam-se aos carentes, vítimas de privação econômica ou outros fatores de vulnerabilidade, que podem ser permanentes ou temporários. Estas políticas dirigem-se a determinados segmentos empobrecidos da juventude (e sua família) que, terminam por adquirir um caráter prioritário em termos de carência. São estas as políticas: distribuição de leite, cesta básica, abrigo provisório, auxílio material e financeiro.

Políticas de proteção especial - Destinam-se a segmentos da infância e adolescência "em situação de risco pessoal e social" (conceito novo, surgido no bojo da elaboração e aprovação do Estatuto, em termos de formulação de políticas públicas) que estão expostas a fatores que transgridam suas integridades físicas, psicológicas ou morais; por omissão da família ou do Estado. São jovens vítimas do tráfico organizado de drogas, vítimas dos maus tratos sofridos na família ou nas instituições de guarda, vítimas da violência nas ruas; jovens prostituídos ou infratores etc.

Políticas de garantias - Refere-se à defesa jurídico-social dos direitos individuais e coletivos da população infanto-juvenil. É operacionalizado através dos seguintes órgãos governamentais: Ministério Público, Defensoria Pública (Magistratura) e Segurança Pública, que são órgãos do Estado para coibir a transgressão de Lei, expressam no Estatuto. Como contraparte, na Sociedade Civil tem-se a Comissão de Direitos Humanos da OAB (Ordem dos Advogados do Brasil), a Comissão de Justiça e Paz da CNBB (Conferência Nacional dos Bispos do Brasil), a Associação Brasileira de Imprensa (ABI) e os Conselhos de Direitos e Conselhos Tutelares.

Na verdade, a ECA inaugurou uma nova ordem jurídica e institucional para o trato das questões da criança e do adolescente, estabelecendo limites à ação do Estado, do Juiz, da Polícia, das Empresas, dos adultos e mesmo dos pais, mas não foi capaz ainda de alterar significativamente a realidade da criança e do adolescente. Assim, fazem-se necessárias ações das sociedades e das escolas, com o apoio dos municípios, especialmente no que se refere à saúde das crianças, uma vez que, sem este direito, todos os demais perdem a importância, assim o direito a saúde e a bem estar físico e psíquico, é o direito primeiro a ser dado a ser dado as crianças. É nesta perspectiva que se enquadra o presente estudo, que procura investigar o seguinte problema de pesquisa:

Quais as ações voltadas à gestão da saúde da criança e adolescente no município de Terra Roxa no âmbito das escolas municipais?

1.2 Objetivos

1.2.1 Objetivo Geral

Proceder uma análise das ações voltadas à gestão da saúde da criança e adolescente no município de Terra Roxa, evidenciando a probabilidade de um atendimento integral dos alunos.

1.2.2 Objetivos Específicos

- Discorrer sobre a proteção da criança e adolescente, evidenciando como a proteção começou e quais os objetivos de cada medida de proteção;
- Levantar os principais aspectos do plano municipal da política de atendimento dos direitos da criança e adolescente do município de Terra Roxa – PR;

- Com base no diagnóstico, apresentar uma proposta de gestão da saúde da criança e adolescente, para atendimento integral destes, no âmbito das escolas municipais, de Terra Roxa – PR.

1.3 Justificativa

Ao introduzir no país o Estatuto da Criança e do Adolescente, aderiu nosso legislador à chamada doutrina da proteção integral (art. 1º da Lei n.º 8.069/90), assegurando proteção vertical e horizontal, ou seja, amparo completo sob todos os aspectos: direito à vida, saúde, educação, liberdade, respeito, dignidade, convivência familiar, lazer e esporte.

Analisando-se o ECA, é possível inferir que suas finalidades aparecem polarizadas principalmente em torno a duas lógicas coerentes com sua natureza promocional, tendendo ora à proteção, ora ao controle social sobre a infância e a adolescência e, conseqüentemente, as famílias e a sociedade. Essa ambigüidade tende na prática a dar margem a predominância do controle, ainda que inseridas em estratégias protetivas ou preventivas.

O direito é ao mesmo tempo, instrumento e resultado de transformações sociais. Não tem poder de sozinho, transformar a realidade mas, por outro lado, contribui tanto simbólica como instrumentalmente para essas transformações. O ECA é exemplo disso, pois é resultado de um processo histórico ao mesmo tempo em que implica em mudanças no conteúdo, método e gestão das políticas para a infância e adolescência, tudo pelo menos em nível formal.

No movimento atual de defesa dos direitos da criança no Brasil, adquire um caráter de bandeira de luta, simbolizando todo um projeto de sociedade apoiado nos direitos humanos e no interesse primordial da criança e do adolescente. Esse caráter, entretanto, favorece uma visão crítica e fetichista da legislação que dificulta uma análise mais profunda de seus limites enquanto mecanismo de transformação social.

Para Martins (1988), a formação do menor, seu crescimento físico, moral e psicológico depende dos ambientes criados pelos adultos, até que adquira sua própria consciência de decisão e escolha ao atingir a maturidade. A criança e o adolescente são páginas em branco onde se inscrevem os princípios da vida, são uns barro moldáveis, uma argila de modelagem que vai se transformar pela mão dos adultos na obra prima de um vaso artístico ou na figura grotesca de uma vasilha de excrementos.

Assim, acredita-se que cabe a escola como entidade responsável pela transformação da criança em cidadã, proporcionar um ambiente favorável a sua aprendizagem, sendo que para tanto, é necessária uma assistência total e integral a saúde física e psíquica destas crianças.

Existe hoje na sociedade uma tendência ao consenso sobre o potencial da educação como primordial mecanismo de democratização, de distribuição de renda e de mobilidade social. E as escolas públicas, pela sua presença em todas as comunidades do Brasil, é o *locus* privilegiado de referência a famílias e comunidades quando projetam o desenvolvimento de suas crianças e adolescentes. Não sem razão que a escola é considerada a porta para a cidadania (CARVALHO, 1996).

É sabido que uma nação é construída paulatinamente e no esforço comum das gerações, dentro de princípios comuns e constantes. Se uma geração não adotar princípios coerentes de vida ou se omite na adoção deles, não haverá assimilação dos jovens em normas compartimentais adequadas.

Sendo assim a participação do Estado é primordial, tanto na elaboração de medidas que visem o bem-estar físico e psíquico da criança e adolescente, como na verificação e na prática de como vem ocorrendo a aplicação destas medidas de proteção.

Neste sentido, este trabalho situa-se como uma contribuição ao enriquecimento do debate sobre os limites e possibilidades das medidas de proteção e assistência à saúde física e psíquica das crianças e adolescente, no âmbito das

escolas municipais, a partir de uma análise do texto, contextualizada no panorama histórico e atual das políticas para a infância no Brasil.

As assertivas expostas ao longo desta seção justificam a realização do presente estudo.

1.4 Estrutura do Trabalho

O estudo está dividido em 5 capítulos. Este capítulo 1 traz a apresentação do tema, justificativa e objetivos da pesquisa.

No capítulo 2 apresenta-se o referencial teórico que alicerça a pesquisa, enfocando temas como qualidade de vida, políticas sociais, com ênfase na saúde pública e na educação, direitos das crianças e adolescentes.

O capítulo 3 evidencia a metodologia da pesquisa, emprega para o alcance dos objetivos deste estudo.

O capítulo 4 traz a tabulação e análise dos dados coletados junto às 3 escolas estudadas: Maximiriam Bárbara Gaspar, Escola Presidente Kennedy, Escola Rainha dos Apostolos.

Por fim, no capítulo 5 explicita-se as considerações finais do trabalho, que se dividem em conclusões e recomendações para trabalhos futuros.

MARCO TEÓRICO

Este capítulo traz o referencial teórico que alicerça o presente estudo, enfocando temas como qualidade de vida, políticas sociais, política da saúde e educação no Brasil e direitos da criança e adolescente.

2.1 Qualidade de Vida

Qualidade de Vida é a resultante de um conjunto de parâmetros individuais, socioculturais e ambientais que caracterizam as condições em que vive o ser humano. Pode ser entendido também como o grau de satisfação do indivíduo com a sua vida e com o grau de controle que é capaz de exercer sobre a mesma (NAHAS *et al*, 1995).

O conceito de qualidade de vida é diferente de pessoa para pessoa e tende a mudar ao longo da vida de cada um. Existe, porém, consenso em torno da idéia de que são múltiplos os fatores que determinam a qualidade de vida das pessoas ou comunidades. A combinação desses fatores que moldam e diferenciam o cotidiano do ser humano, resulta numa rede de fenômenos e situações que abstratamente pode ser chamada de qualidade de vida.

O quadro 1 resume fatores ou parâmetros individuais e sócio-ambientais que podem influenciar a qualidade de vida de indivíduos ou grupos populacionais.

Parâmetros sócio-Ambientais	Parâmetros Individuais
-Moradia, Transporte, Segurança	-Hereditariedade
-Assistência Médica	-Estilo de Vida
-Condições de trabalho e remuneração	- hábitos alimentares
-Educação	- Controle do Stress
-Opções de Lazer	- Atividade Física habitual
-Meio- Ambiente, etc..	- Relacionamentos
	- Comportamento preventivo

QUADRO 1: Qualidade de Vida
Fonte: NAHAS (2001)

Benetti (1999) salienta a importância de se fazer uma distinção entre a QV tomada em um sentido geral daquela relacionada à saúde. Assim, num sentido geral, a expressão aplica-se ao indivíduo aparentemente saudável do ponto de vista físico e diz respeito ao seu grau de satisfação com a vida nos múltiplos aspectos que a integram: moradia, transporte, alimentação, realização profissional, segurança financeira, etc. Relacionada à saúde e a qualidade de vida (QVS), aplica-se geralmente a pessoas sabidamente doentes e diz respeito ao grau de limitação e desconforto que a doença e/ou tratamento relacionado a ela acarretam ao paciente e à sua vida.

Para Gill *et al* (apud SILVA, 2000) a QVS reflete mais que o estado de saúde de um indivíduo, tendo de se levar em consideração a maneira como ele percebe e reage tanto à limitação imposta pela doença, como a outros aspectos gerais de sua vida.

Para a maior parte das pessoas, a saúde física e mental constitui a verdadeira essência do que é entendido como qualidade de vida. A saúde é uma

pré-condição para a sobrevivência, para o prazer de viver e para uma participação plena na vida econômica e social.

2.2 Políticas Sociais

De acordo com Paiva (1995), as políticas sociais não expressam, entre outros propósitos, o processo estatal de alocação e distribuição de valores, fixado contraditoriamente pelo jogo político dos distintos interesses de grupos e classes sociais, cada qual atuando em favor do que consideram aplicação apropriada dos recursos advindos da tributação. Porém, se a determinação essencial das políticas sociais é estabelecida por sua articulação com o processo produtivo, elas só adquirem materialidade no âmbito da distribuição e consumo. Daí a oportunidade histórica e o compromisso dos setores democráticos da sociedade civil e dos governos populares em investirem no amplo espaço de formulação e controle social das políticas sociais, uma vez que tais características trazem para a esfera da reprodução social importantes embates políticos e econômicos com os quais hoje se pode interagir.

A Constituição de 1988 estabeleceu o Sistema de Seguridade Social no Brasil, este é composto pelo tripé: Saúde, Previdência e Assistência Social, a Seguridade romperá com as concepções de proteção com base na evidência da necessidade e/ou do contrato realizado e propôs uma relação de **Cidadania Plena**, na qual o Estado está obrigado a fornecer um mínimo vital a todos os cidadãos. A Seguridade Social deu origem ao Estado de Bem Estar Social, que Embora nunca tenha existido no Brasil, se baseia em uma relação de direito social inerente à condição de cidadania, que implica em uma organização Nacional da Política Social, na qual o Estado assume o ônus da administração financeira do sistema (MARTINELLI, 2003).

A lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, que dispõe sobre a organização da Assistência Social e outras providências.

Art. 1º A assistência social, direito do cidadão e dever do Estado é Política de Seguridade Social não contributiva, que provê os mínimos sociais, realizada através de um conjunto integrado de ações de iniciativa pública e da sociedade, para garantir o atendimento às necessidades básicas.

O exame dessa dinâmica requer, portanto, o reconhecimento da centralidade do papel do Estado no processo de desenvolvimento e regulação econômico-social, não obstante a programática neoliberal. Cabe à esfera pública, como dever, a viabilização de acesso universal à moradia, saúde, educação, lazer, cultura, assistência e previdência social e, sobretudo, acesso a trabalho digno e gratificante. A construção e consolidação da democracia no País, hoje se depara também com esses desafios, onde se destaca a relevância da participação-cidadã de qualificados segmentos da sociedade para o exercício da fiscalização do uso de recursos sociais, da definição de prioridades coletivas, ao invés da cultura dos particularismos e clientelismos (PAIVA, 1995).

A Assistência Social como Política Pública (como prevê a Constituição de 1988) e Loas (1993) são, portanto área de ação governamental. Deve ser estrategicamente articulada como espaço de reconhecimento e atenção pelo Estado das necessidades dos mais espoliados. Isso significa:

- Dar-lhe estatuto de Política Social construindo sua visibilidade e colocando-a em debate no cenário econômico e político;
- Considerar a área da Assistência Social como espaço estratégico de direitos sociais aos grupos populacionais excluídos, vulneráveis e alinhar esta com outras áreas governamentais. A Assistência Social é uma área de construção de uma nova perspectiva social, isto é, possibilita também a construção de outro conceito de público e da forma pública dos serviços sociais. Isto traz como exigência romper com preconceitos e lidar com os graves problemas sociais existentes no Brasil, não são algo que diz respeito a uma categoria profissional, mas sim, a toda a sociedade. Isto remete sobretudo para a necessidade de alicerçar a produção de serviços de modo a favorecer as organizações de fato comprometidas com tal perspectiva (CF, 1988).

Fundamentando-se no documento “Proposta de Política Nacional de Assistência Social” Calsing (1997) considera que a assistência social deve-se assumir quatro funções, ou seja, inserção, prevenção, promoção e proteção. Estas funções devem se fazer presentes também nos serviços, programas e projetos a serem desenvolvidos. O autor, baseando-se na legislação existente, apresenta algumas características basilares da Assistência Social, no contexto da Seguridade Social, a saber:

- garantia de mínimos sociais de proteção social;
- enfoque integrado das políticas públicas;
- integração de ações entre Estado e Sociedade Civil;
- promoção da justiça social e da equidade;
- descentralização das ações;
- participação popular, e
- oferta de serviços com qualidade e eficiência.

O grande desafio está em como garantir estes elementos de forma a potencializar o impacto redistributivo das políticas.

A Constituição de 1988 e a Lei Orgânica da Assistência Social podem contribuir para que a Política de Assistência Social ganhe uma nova dimensão, essencialmente includente e não estigmatizadora.

As ações de curto prazo não podem estar desvinculadas de uma análise estrutural. No **eixo da cidadania**, as ações de curto, médio e longo prazo estão articuladas e devem mover-se, necessariamente, no sentido de construir direitos só realizáveis através de profundas mudanças na sociedade brasileira.

Em uma economia global, onde o "capital humano" é crítico para a competitividade, desigualdades que resultem no não-desenvolvimento das aptidões e conhecimento das pessoas, entre outros fatores, podem de fato retardar o crescimento econômico e enfraquecer as políticas sociais de qualquer crescimento obtido.

Para enfrentar as raízes históricas profundas nas políticas sociais na América Latina, e os poderosos mecanismos econômicos contemporâneos que as sustentam, o relatório do Banco Mundial (2003) indica quatro áreas amplas de ação, por parte dos governos e da sociedade civil, para construir coalizões destinadas a romper este padrão destrutivo. Elas são:

- Criar instituições políticas e sociais mais abertas, que permitam aos pobres e aos grupos historicamente subjugados, tais como os afrodescendentes e os povos indígenas, conquistar uma maior parcela de representatividade, voz e poder na sociedade.
- Assegurar que as instituições econômicas e políticas busquem uma maior igualdade, por meio de uma eficaz gestão macroeconômica e de instituições eqüitativas e eficientes de resolução de crises, que evitem as grandes redistribuições regressivas que ocorrem durante crises e que permitam poupança nas épocas de prosperidade para melhorar o acesso dos pobres às redes de seguridade social nas épocas menos prósperas.
- Aumentar o acesso aos pobres dos serviços públicos de alta qualidade, especialmente educação, saúde, abastecimento de água e eletricidade, bem como acesso à terra cultivável e aos serviços rurais de que os pobres necessitam para torná-la produtiva. Proteger e fiscalizar os direitos de propriedade para os pobres da zona urbana.
- Reformar os programas de transferência de renda, de forma que atinjam as famílias mais pobres, inclusive usando medidas condicionando as transferências à manutenção dos filhos na escola e à

utilização dos serviços de saúde, com vistas a melhorar a sua capacidade de geração de renda no futuro.

Assim, ao ampliar o acesso aos serviços públicos, tais como educação, saúde, abastecimento de água, eletricidade e outras infra-estruturas, bem como aos serviços territoriais e rurais, os governos podem melhorar o "capital físico e humano" do país e a capacidade de geração de renda futura dos pobres, juntamente com as perspectivas globais de crescimento nacional.

2.2.1 Políticas Educacionais no Brasil

Ao falarmos em políticas públicas educacionais, normalmente as caracterizamos como a ação do Estado, aquilo que lhe cabe desencadear e propor em educação, aos investimentos que deve fazer e a quem estão sendo dirigidas ou a quem beneficiam estas ações.

Para Walton (2003) a educação é o ativo produtivo mais importante do qual poderá dispor a maioria das pessoas. A maioria dos governos concorda em princípio, e estes tornaram o acesso à educação de primeiro grau quase universal. No entanto, a qualidade da educação pública permanece baixa na América Latina e há urgente necessidade de melhorar tanto a extensão como a qualidade da educação de segundo grau, bem como de desenvolver mecanismos para abrir o acesso à educação de nível superior para além dos grupos de renda mais alta.

Souza (2003) ressalta que de acordo com o BIRD (Banco Internacional para a Reconstrução e Desenvolvimento), os investimentos em educação levam os melhores resultados em termos de saúde. A melhoria da saúde aumenta o potencial de renda. A provisão de redes de segurança permite que os pobres realizem atividades de maior risco e rendimento mais alto. A eliminação da discriminação contra as mulheres, minorias étnicas e outros grupos desfavorecidos melhoram seu bem-estar e aumenta sua capacidade de renda.

Para Enguita (2003) a escola foi e continua sendo um importante instrumento de equiparação social, ao contrário do que, muitas vezes, de forma unilateral, é afirmado sobre seu pretensão papel exclusivamente reprodutivo. Ao ser concebida como cenário da realização de um direito social igual para todos, o direito à educação, cujas concretizações foram ampliadas, foi gerada uma dinâmica igualitária de projeções sociais mais amplas.

Souza e Faria (2003) afirmam que a educação nacional viveu grandes expectativas no processo da Constituinte e após a promulgação da Constituição de 1988, a que se falava do projeto de uma nova LDB, de 1988, a qual foi bastante influenciada por amplos setores da sociedade civil relacionados à área educacional, novidade no percurso histórico de discussão da educação nacional.

Na opinião de Helene (2003), uma das principais mazelas da sociedade brasileira é a desigualdade social que se manifesta de forma perversa no sistema educacional. A diferença dos recursos destinados ao ensino de estudantes pobres e ricos e a nítida divisão do rendimento escolar dos alunos das redes pública e privada evidenciam essas distorções. Segundo dados levantados pelo Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais (Inep/MEC), a taxa esperada de conclusão do ensino fundamental é de 59%. Isso significa que, se não houver uma mudança no atual cenário de desigualdade, cerca de 41% dos estudantes brasileiros continuarão sem concluir sequer o nível obrigatório de escolaridade. O percentual é ainda mais elevado nas regiões pobres, onde as verbas públicas para a educação básica são reduzidas e os recursos privados, inexistentes. Na Região Norte, das crianças que ingressam no ensino fundamental, 62% não conseguem terminá-lo. No Sudeste, esse índice cai para 31%.

Souza (2003) argumenta que apesar de uma tendência histórica de baixo desempenho no setor, a educação brasileira vem, nos últimos anos, melhorando consideravelmente, apresentando um desenvolvimento significativo. De acordo com o BIRD, alguns pontos ainda devem ser trabalhados para que sejam alcançadas as metas do Plano Nacional de Educação (PNE). Sendo assim para o objetivo do setor educacional brasileiro sejam atendidos, de acordo com o BIRD alguns objetivos específicos estratégicos precisam ser considerados, são eles:

- Aumentar a qualidade do ensino;
- Expandir o uso de processos de desenvolvimento educacional baseados na escola;
- Estabelecer uma adequada coordenação das atividades educacionais nos níveis federal, estadual e municipal;
- Promover a participação da comunidade e a melhoria no gerenciamento das escolas; e
- Reforçar o monitoramento e a responsabilidade através de uma maior difusão de resultados obtidos.

Na opinião de Helene (2003), para que os objetivos do BIRD sejam alcançados, as diferenças precisam ser superadas, pois o País necessita de profissionais bem escolarizados e bem preparados em sua força de trabalho. Para atingir esse objetivo, é preciso aumentar rápida e significativamente os investimentos públicos na escolarização da população, em especial dos segmentos mais pobres da sociedade. Estão em jogo não apenas os direitos de cidadania e os ideais socialistas, democráticos e republicanos, mas também as possibilidades de desenvolvimento econômico e social da Nação.

2.2.2.1 Dificuldades de Aprendizagem: A Sensibilidade de Perceber as Diferenças

Destaca Severino (2000, p. 85):

(...) tudo é constituído de múltiplas partes que se relaciona entre si, a unidade é sempre resultado e resultante de uma interação e de equilíbrio das partes que interagem entre si. Ela nunca é uma massa uniforme, monolítica e homogênea de uma identidade pura.

Neste contexto pode-se caracterizar e definir o ser humano, como um ser em desenvolvimento constante cujas situações vivenciadas servem de alicerce para

a sua formação. Assim sendo é desde os primeiros dias da vida da criança, que acontecimentos refletem aspectos positivos ou negativos.

À medida que a criança desenvolve habilidades tornam-se mais evidentes as dificuldades no mundo da aprendizagem.

No ambiente familiar, muitos pais não percebem as dificuldades que os filhos apresentam e estas acabam eclodindo na escola, justamente no momento concretizado como ensino-aprendizagem, quando a criança precisa utilizar-se de ferramentas para manipulação e efetivação dos conceitos para a elaboração do saber.

Diante desta abordagem o conceito de aprendizagem pode tornar-se muito relativo e ser analisado de acordo com o modo de pensar de cada pensador. Segundo Assunção e Coelho (1989), “aprendizagem é o resultado da estimulação do ambiente sobre o indivíduo já maduro que se expressa diante de uma situação-problema, sob a forma de mudanças de comportamento em função de experiências”.

Já Gagné (1974) define a aprendizagem como “uma modificação na disposição ou na capacidade do homem, modificação essa que pode ser retida e que não pode ser simplesmente atribuída ao processo de crescimento”.

Diante de tais abordagens a aprendizagem é considerada uma mudança na forma de comportamento, sendo esta decorrente do estágio de maturação de cada indivíduo. Abre-se espaço para contextualizar os referenciais de Piaget (1970) que em seus estudos realizou uma série de descobertas a respeito do processo de evolução de cada indivíduo em dado período de maturação, a destacar:

- Sensório-motor (0 a 2 anos): O bebê passa a assimilar esquemas mentais de ação passando a construir sua noção de espaço e de tempo, onde o seu contato com o meio é dito direto e imediato.
- Pré-operatório (2 a 7 anos): Nesta etapa a criança passa a representar mentalmente situações e pessoas, apresentando uma visão global,

sem a preocupação de discriminar detalhes. Também se evidencia um estado de egocentrismo , onde a criança considera tudo para si.

- Operatório-concreto (7 a 11 anos): A criança nesta fase e capaz de relacionar aspectos abstratos da realidade entretanto ainda precisa manipular o concreto.
- Lógico-formal (12 anos em diante): Nesta etapa a abstração é total, onde a criança já é capaz de pensar de modo lógico em todas as situações possíveis.

Nesse contexto é preciso respeitar as individualidades, associando suas experiências e estímulos proporcionados pelo ambiente.

Abrem-se parênteses para discutir a importância desta análise no processo de alfabetização, o qual exige que a criança exercite movimentos amplos em relação ao domínio corporal e intelectual.

O professor deve usar de criatividade para desenvolvimento dessas áreas, a fim de auxiliar os educandos com várias atividades, evitando assim, que a criança venha a ter maiores dificuldades na sua vida escolar por falta de estimulação em suas várias habilidades.

A escola na função que desempenha, de entidade promissora do saber demonstra uma preocupação toda especial quanto às crianças que apresentam dificuldades de aprendizagem. Contudo, existe uma discrepância em definir o que de fato é ou não dificuldade ou distúrbio de aprendizagem.

Muitas vezes o professor tem a impressão que um aluno apresenta problemas sérios de aprendizagem enquanto que na verdade trata-se de uma pessoa hiperativa, diferente sim dos outros, mas que não representa um caso que precisa ser encaminhado à um atendimento especializado, basta estabelecer diretrizes para um trabalho diferenciado.

Segundo Gentile (2000) cerca de 5% das crianças e adolescentes de todo o mundo sofrem do problema de hiperatividade. Diante de tal situação, é impossível ignorar tal fato que pode estar muito próximo do professor. Assim, é fundamental que se determine, se estude e diagnostique o problema, antes que sejam geradas situações complicadas em relação à própria condução das atividades em sala de aula.

A hiperatividade é uma realidade com a qual a família deve conviver e ser um ponto de apoio para o trabalho pedagógico. Muitos pais, por não terem conhecimento desse distúrbio não aceitam que seus filhos tenham qualquer problema de aprendizagem e acabam por sufocar o sofrimento interior que a criança possuiu.

Um outro problema muito comum e que merece ser discutido no ambiente escolar é quanto aos distúrbios de leitura e escrita .

Segundo a ABD (2004) a Dislexia é definida como um distúrbio ou transtorno de aprendizagem na área da leitura, escrita e soletração, sendo esta o distúrbio de maior incidência nas salas de aula. Pesquisas realizadas em vários países mostram que cerca de 10 a 15% da população mundial é disléxica. Ao contrário do que muitos pensam, a dislexia não é o resultado de má alfabetização, desatenção, desmotivação, condição sócio-econômica ou baixa inteligência. Ela é uma condição hereditária com alterações genéticas, apresentando ainda alterações no padrão neurológico.

Não se trata de uma consideração aleatória, mas acredita-se que a incapacidade para ler não somente cria problemas para com a aprendizagem escolar como limita a maturidade social e a tomada de responsabilidade. Saber ler e escrever tornou-se uma capacidade indispensável para que o indivíduo se adapte e se integre ao meio social.

Como destaca Danyluk (1998 p. 19):

A possibilidade de transformação do sujeito se realiza quando, após ler, ele modifica seus atos de pensar e de agir. A transformação do homem, após a

leitura, é um lançar-se para novas compreensões. É refletindo sobre o lido e buscando novas leituras que o leitor, dirigido por uma interrogação e impulsionado por sua vontade de conhecer mais, pode participar de forma ativa, crítica e reflexiva do lugar onde vive.

Assim sendo deve haver preocupação do professor em se demonstrar que as atividades de ler e escrever faz parte do desenvolvimento da linguagem, e, portanto, não podem ser consideradas como processos isolados. Se o aluno apresenta qualquer forma de distúrbio com referência a estes princípios é preciso diagnosticar e estabelecer formas dinâmicas e variadas de trabalhar com este aluno.

Para melhor agir diante do problema o educador deve primeiro conhecer a situação que está trabalhando, os conceitos básicos e estudos desenvolvidos com referência ao assunto.

A verdade é que as crianças não possuem um rendimento escolar igualitário o que significa que os resultados em avaliações demonstrarão diferenças no modo de aprendizagem, algumas alcançando condição superior à média e outras inferiores. Tal análise permite verificar que existem muitas crianças que não atingiram a habilidade da leitura à um nível intelectual médio.

Segundo Nunes (1997, p. 15):

O importante para a questão de diferenças quantitativas versus qualitativas é, então, examinarmos a distribuição das discrepâncias entre o desempenho esperado e desempenho observado, e não a distribuição dos escores brutos da leitura.

Nas crianças disléxicas é possível observar que estas não possuem determinadas habilidades referentes à aprendizagem da leitura que outras possuem.

Associado a este problema existe a versão apresentada por Orton (*apud* Nunes, 1997), neurologista americano que explica toda a situação utilizando-se da natureza visual. Para tanto especifica:

(...) é necessário prestar atenção na direção das letras das páginas, não sendo suficiente o reconhecimento das formas. As letras “p” e “q”, por exemplo, têm a mesma forma, mas uma orientação diferente. Similarmente, as letras “n” e “u”, “b” e “d” têm a mesma forma e orientação diferentes. (Orton *apud* NUNES, 1997, p. 21).

O estudo realizado por Orton (*apud* Nunes, 1997) pode ser compreendido em dois tópicos, por ele especificado:

- Poucos erros cometidos, tanto pelas crianças com atraso na leitura, quanto pelas outras crianças, poderiam ser atribuídos às inversões de imagem hipotetizadas ;
- Não havia nenhuma indicação de que as crianças disléxicas cometessem mais erros de inversão do que as outras crianças.

Contudo, estudos posteriores não comprovaram tais hipóteses, mais sim aquelas que sofrem de alguma deficiência lingüística. Ressalva-se que o disléxico apresenta dificuldade específica para leitura e escrita e costuma evoluir bem nas outras matérias, contudo, mais tarde, pode ocorrer dificuldade em matemática, devido à deficiência da leitura de texto e problemas.

Já a disgrafia é a dificuldade em passar para a escrita o estímulo visual da palavra impressa. Caracteriza-se pelo lento traçado das letras, que em geral são ilegíveis.

Segundo Assunção e Coelho (1989, p. 56):

A criança disgráfica não é portadora de defeito visual nem motor, e tampouco de qualquer comprometimento intelectual ou neurológico. No entanto, ela não consegue idealizar no plano motor o que captou no plano visual.

Vale salientar que são vários os níveis de disgrafia, desde a incapacidade de segurar um lápis ou de traçar uma linha, como também apresentada por crianças que são capazes de fazer desenhos simples, mas não de copiar figuras ou palavras mais complexas. Como crianças mais velhas conseguem reproduzir legivelmente uma palavra, mas distorcem a seqüência dos movimentos quando escrevem.

É muito importante observar crianças canhotas como aquelas que ainda não apresentam dominância lateral definida estão sujeitas a disgrafia, se as mesmas

não forem devidamente orientadas sobre a postura do corpo, a posição do papel e a pressão do lápis.

Algumas crianças também são portadoras de disortografia, ou seja, casos de dificuldades à escrita em indivíduos que em dados momentos já escreveram normalmente (SANTOS, 1975 p.68).

A memória visual da criança que apresenta disortografia deve ser estimulada constantemente, através de quadros, onde constem as letras do alfabeto, as famílias silábicas e os números, para que ela possa utilizá-los enquanto faz seu trabalho.

Na maioria das vezes a criança, quando não é diagnosticada sua deficiência são consideradas relapsas, desatentas, preguiçosas ou seja, sem vontade de aprender o que lhe acarretará uma situação emocional que tende a se agravar especialmente, em relação à injustiça que possa vir a sofrer, apresentando reações rebeldes e delinqüências ou de natureza depressiva.

Todavia, para o diagnóstico destes distúrbios, exige-se ampla experiência do educador, ausência de preconceitos, bem como a serviços de assistência a saúde física e psíquica na escola.

A ABD (2004) destaca a necessidade de uma equipe multidisciplinar, formada por psicóloga, fonoaudióloga e psicopedagoga clínica, para iniciar uma minuciosa investigação. Essa mesma equipe deve ainda garantir uma maior abrangência do processo de avaliação, verificando a necessidade do parecer de outros profissionais, como neurologista, oftalmologista e outros, conforme o caso.

2.2.2.2 Qualidade na Educação

Helene (2003) destaca que o Inep realiza a cada dois anos uma avaliação da qualidade da educação básica, mediante a aplicação de provas a uma amostra de estudantes de quarta e oitava séries do ensino fundamental e de terceira série do

ensino médio. O Saeb (Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica) fornece dados sobre o desempenho dos estudantes de todas as regiões e unidades da Federação, da rede pública e privada e das áreas urbanas e rurais. Em todos os seus aspectos analisados, os resultados do Saeb são bastante preocupantes, pois evidenciam um desempenho médio muito baixo, com um ínfimo contingente com rendimento mais elevado. As diferenças entre os que estão nas classes de menor renda familiar e os das mais altas saltam aos olhos. Os estudantes da rede pública apresentam desempenho bem pior do que os da rede privada, e essa desigualdade se acentua ainda mais quando se comparam as regiões do país.

Qualidade é a capacidade de atendimento a expectativas dos clientes ou nível de realização de características ou saídas específicas. É um julgamento de valor. No que se refere a educação, cada instituição educacional deve elaborar seu próprio plano de implantação da Qualidade, através de um roteiro individualizado que leve em conta suas principais necessidades de melhorias e suas restrições, utilizando as forças e os recursos disponíveis dentro e fora da organização.

Na opinião de Niskier (1998) a nova LDB busca o pleno desenvolvimento da pessoa humana. As suas inovações caracterizam um novo projeto para a educação, como afirmou Marco Maciel citado por Niskier (1998): 'Não bastam soluções criativas e métodos modernos de alfabetização em massa. Precisamos muito mais, uma mobilização nacional pela educação, fazer da educação, como as reformas econômicas, um projeto nacional, um programa social, uma prioridade do país e um pacto do Estado'.

No que se refere à Qualidade em educação, a Lei 10.171, de 08/01/01, que aprovou o Plano Nacional de Educação – PNE e que dispõe sobre a elaboração de Planos Decenais Municipais e Estaduais correspondentes a partir de sua vigência (art.2º), prioriza a questão referente aos padrões de Qualidade em todos os níveis de ensino. Quando a infra-estrutura prevê a elaboração, no prazo de um ano, de padrões mínimos nacionais compatíveis, como o tamanho dos estabelecimentos e com as realidades regionais que incluem espaço, iluminação, insolação, segurança e temperatura ambiente, instalações sanitárias e para higiene, espaços para esportes, recreação, biblioteca e serviço de merenda escolar, adaptação dos edifícios

escolares para o atendimento dos alunos com necessidades especiais, atualização e ampliação do acervo das bibliotecas, mobiliário, equipamentos e material pedagógico, telefone e serviço de reprodução de texto, informática e equipamento multimídia para o ensino.

De acordo com Moran *et al* (2000) um ensino de qualidade envolve muitas variáveis dentre elas destacam-se:

- uma organização inovadora, aberta, dinâmica, com um projeto pedagógico coerente e participativo;
- uma organização que congregue docentes bem preparados intelectual, emocional, comunicacional e eticamente; motivados e com boas condições profissionais, e onde aja circunstância favorável a uma relação efetiva com os alunos que facilite conhecê-los, acompanhá-los, orientá-los;
- uma organização que tenha alunos motivados, preparados intelectual e emocionalmente, com capacidade de gerenciamento pessoal e grupal.

Vale destacar que a qualidade da escola passa pelo conhecimento das necessidades e expectativas de seus clientes externos (alunos), cujo atendimento deve constituir a preocupação básica de todos aqueles que são conhecidos como seus clientes internos: diretores, pessoal técnico-pedagógico, professores, pessoal administrativo e auxiliar.

Assim, infere-se que qualidade na educação é proporcionar ao aluno aprendizagem, uma vez que, este como cliente da escola busca enriquecer-se como ser humano e cidadão. Desta forma, acredita-se que Qualidade na escola é o resultado do compromisso de todos. Pais, professores, alunos, pessoal auxiliar e diretores, ao atenderem às necessidades de seus clientes de forma colaborativa e de cumprirem a missão da organização.

A educação é um dos direitos da criança e adolescente assegurados em lei. Contudo esta não é o único direito, pois muitos outros, como por exemplo direito

à família, a saúde etc., influencia o processo de aprendizagem educacional da criança. Assim, cabe ao Estado proporcionar condições para que a criança desenvolva-se física e psiquicamente. A seguir apresentam-se mais aspectos sobre os direitos da criança e adolescente.

2.3 Direitos da Criança e Adolescente

Desde o século XIX há registros de meninos nas ruas, mas é a partir da década de 80, após 20 anos de ditadura militar internando o problema dentro dos muros dos internatos, que este fenômeno logrou maior visibilidade nos meios políticos e acadêmicos.

Assim, é correto afirmar que há um processo histórico das representações de infância que dá suporte às elaborações normativas e às ações públicas e privadas em relação ao tema. As representações hegemônicas, em cada momento, expressam-se no ordenamento jurídico, mas isso não significa que as demais não sigam influenciando no conjunto da institucionalidade e da sociedade em geral.

Em 1889 se proclama a República e começa o Estado a prestar uma maior atenção às crianças abandonadas. Abreu e Martinez (1997, p. 26) afirmam que, “a partir desta época, a criança é vista como base para a construção da nova nação. Entretanto, os discursos e propostas desta primeira república denotam um projeto mais repressivo que assistencial”.

A década de 20 significou um período de grandes mudanças na sociedade brasileira, muito bem exemplificados pelo conteúdo das comemorações do centenário da independência do país ou pela Semana de Arte Moderna de 1922. Foi, também, uma fase de crise econômica e política da República Liberal, o que levou a um questionamento sobre o papel do Estado nas questões das crianças e adolescentes. Neste período se inauguraram várias instituições para educação, repressão e assistência a crianças e adolescentes, conforme indicam Abreu & Martinez (1997, p. 28-29).

Nesta fase foi aprovado o primeiro Código de Menores do Brasil, a criança e adolescentes desamparados, fica institucionalizada a orientação e oportunidade para trabalhar (RIZZINI, 1997).

No Brasil, as legislações sempre propugnaram a proteção total da infância, proibindo castigos físicos e direcionando a assistência para caminhos mais abertos que fechados. As práticas, entretanto, sempre privilegiaram o modelo asilar. Mas, nesta fase, se reforça uma política de contenção institucionalizada de corte militarista que, legitimada como política de Promoção Social, logrou sobreviver sob um novo Código de Menores editado em 1979. Este Código já contém a doutrina da proteção integral, mas baseada no mesmo paradigma do menor em situação irregular da legislação anterior.

Martins (1988) enfatiza que, a Lei de Menores no Brasil, em nenhum artigo ou parágrafo, nem mesmo nas entrelinhas, sugere ou comanda a palavra “repressão”, mas com prevenção amplamente socializada.

Os movimentos críticos das políticas para a infância até então vigentes, da década de 70, chegam à década de 80 já apontando para o esgotamento da legislação recém imposta do Código de Menores e da Política Nacional do Bem-estar do Menor.

Em vistas da desatualização de normas e as constantes reivindicações de órgãos especializados, especialmente da comunidade jurídica do Brasil, e ante as evoluções experimentadas pela legislação comparada nos congressos internacionais sobre a criança e o adolescente, foi se aproximando de uma fase de evolução sistemática dos direitos da criança e adolescente no Brasil, resultando, finalmente, a adoção de medidas para a sua reformulação, (MARTINS, 1988).

Já em 1986, organizações não governamentais de defesa dos direitos das crianças e dos adolescentes, influenciadas e influentes no projeto da Convenção dos Direitos da Criança da ONU, iniciaram um movimento em direção a introdução do conteúdo do documento das Nações Unidas na Constituição Federativa do Brasil (CF).

Atualmente, crianças e adolescentes possuem direitos próprios que estão previstos em diversos instrumentos internacionais e na legislação brasileira. No plano internacional, ressalta-se a Convenção sobre o Direito da Criança, aprovada pela ONU, em 1989, e em vigência no Brasil desde 1990; as Regras Mínimas das Nações Unidas para a Proteção dos Jovens Privados de Liberdade, aprovada pela ONU em 1990; Regras Mínimas das Nações Unidas para a Administração Juvenil e a Convenção Americana sobre os Direitos Humanos (Pacto de São José).

De acordo com o UNICEF (2003), os direitos da criança estão resumidos na "Declaração Universal dos Direitos da Criança", aprovada pela assembléia geral da ONU, em 1989 e que são:

- Direito à igualdade, sem distinção de raça, religião, ou nacionalidade;
- Direito a especial proteção para os seus desenvolvimentos físicos, mentais e sociais;
- Direito a um nome e a uma nacionalidade;
- Direito à alimentação, moradia e assistência média adequada para a criança e a mãe;
- Direito à educação e a cuidados especiais para a criança física ou mentalmente deficiente;
- Direito ao amor e à compreensão por parte dos pais e da sociedade;
- Direito à educação gratuita e ao lazer infantil;
- Direito a ser socorrida, em primeiro lugar, em caso de catástrofes;
- Direito a ser protegida contra o abandono e a exploração no trabalho;
- Direito a crescer dentro de um espírito de solidariedade, compreensão, amizade e justiça entre os povos;

Entretanto, uma parcela significativa da população infantil e juvenil, não tem acesso a estes direitos.

No Brasil a Constituição Federal relaciona em seu art. 227 direitos destinados a conceder às crianças e adolescentes absoluta prioridade no atendimento ao direito à vida, saúde, educação, convivência familiar e comunitária, lazer, profissionalização, liberdade, integridade etc. Além do que, é dever de todos (Estado, família e sociedade) livrar a criança e adolescente de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão. Crianças e adolescentes possuem primazia em receber proteção e socorro em quaisquer circunstâncias, precedência no atendimento nos serviços públicos ou de relevância pública, destinação privilegiada de recursos públicos nas áreas relacionadas com a proteção à infância e juventude, programas de prevenção e atendimento especializado aos jovens dependentes de entorpecentes e drogas afins (Constituição Federal, 1988).

O Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), Lei nº 8.069, de 13 de julho de 1990, estabelece um rol de direitos específicos dessas pessoas, bem como regras especiais para o jovem infrator. Considera-se criança a pessoa até 12 anos e adolescente aquela entre 12 e 18 anos. O ECA também regula casos excepcionais de jovens que receberam medidas que se esgotarão até depois dos 18 anos, como no caso do prolongamento da medida de internação e no caso de assistência judicial.

Na década de 90, elabora-se o Estatuto da Criança e do Adolescente – ECA (Lei Federal 8069/1990), que representa o marco de ruptura definitiva com o paradigma da “situação irregular” e conseqüente consolidação da Doutrina da Proteção Integral, fundamentada no princípio da Prioridade Absoluta, consagrado no Artigo 227, da Constituição Federal Brasileira, já mencionado, neste estudo.

No Art. 86 do ECA a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios.

Dos direitos da criança e adolescente, infere-se ser a saúde, o primordial, inicialmente. De acordo com a Secretaria de Estado da Saúde (Brasil, 2003a), a saúde se cria e se vive no dia a dia, na escola, no trabalho e no lazer. Assim, infere-se que a proteção a saúde deve ser estendida as escolas também.

2.3.1 Saúde ambiental infantil: Leis e Normas

Os dados desta seção são baseados no Diagnóstico do Perfil da Saúde Ambiental Infantil no Brasil¹, apresentado em março de 2003.

A construção do Perfil da Saúde ambiental infantil requer percorrer a legislação sobre o assunto, que se dispersa nas temáticas da Saúde, do Meio Ambiente e da garantia de direitos de crianças e adolescentes, nas quais o arcabouço legal brasileiro apresentou importantes avanços nas últimas décadas (BRASIL, 2003a).

A Constituição de 1988 consagrou novos direitos sociais e princípios de organização política, redefinindo as bases do padrão de proteção social no Brasil. As mudanças, tomadas em conjunto, propunham maior responsabilidade pública na regulação, produção e operação das políticas sociais e um adensamento de seu caráter redistributivista, o que se traduziu na ampliação e na extensão dos direitos sociais, na universalização formal do acesso a bens e serviços e na expansão da cobertura, estabelecendo um certo afrouxamento do vínculo contributivo como princípio estruturante do sistema.

¹ Este relatório foi resultado de um esforço coletivo do governo federal, envolvendo distintas áreas do Ministério da Saúde e de outros ministérios como o do Meio Ambiente, Trabalho e Emprego, e Educação. Várias instituições como o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística - IBGE, Fundação Oswaldo Cruz - FIOCRUZ, Hospital Materno Infantil de Pernambuco, bem como a representação da Organização Panamericana de Saúde OPAS/OMS no Brasil aportaram contribuições técnicas fundamentais ao processo. A participação e contribuição também da sociedade civil organizada, por meio do Movimento Popular de Saúde – MOPS (nacional), fez com que este documento se aproximasse ao máximo de um diagnóstico coerente e detalhado, apontando para desafios que exigirão ações interinstitucionais e intersetoriais de governo e sociedade.

Definiu-se, ainda, a concepção de seguridade social como forma mais abrangente de proteção, que reunia direitos previdenciários, à assistência social e à saúde, sendo proposta a recuperação e redefinição de patamares mínimos dos benefícios sociais e um maior comprometimento da sociedade e do Estado com o financiamento do sistema (BRASIL, 2003b).

A Constituição (cap. 2, seção II, art 196 a 200) apresenta um conceito ampliado de saúde que pressupõe sua garantia mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de adoecer, o acesso universal e as dimensões de promoção, proteção e recuperação no âmbito dos serviços.

A carta Constitucional cria O Sistema Único de Saúde (SUS), definindo seus princípios doutrinários: universalidade, integralidade e eqüidade e seus princípios organizativos: a descentralização, a participação e o controle social. A Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080/90) e a Lei 8.142/90 regulamentam o disposto na Constituição. O Sistema avança em sua estruturação através das normas operacionais básicas.

O capítulo VI da Constituição é dedicado ao Meio Ambiente, garantindo direito a um meio ambiente ecologicamente equilibrado essencial à qualidade de vida sadia, cabendo ao poder público e a sociedade preservá-la para as gerações atuais e futuras.

A Carta Constitucional de 1988 é a primeira na história deste país a fazer referências a direitos específicos das crianças que não sejam circunscritos como Direito da Família e a definir claramente a educação como direito das crianças de 0 a 6 anos e “o atendimento em creches e pré- escolas” como dever do Estado.

O capítulo VII da Constituição, “Da família, Da criança, Do Adolescente ”, reafirma e amplia as políticas para faixas etárias que requerem atendimentos especiais e específicos, onde crianças e adolescentes foram especialmente contemplados.

O artigo 227 define os direitos da infância:

É dever da família, da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, ao respeito, à liberdade e à convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão.

O parágrafo 6º, deste mesmo artigo, garante a igualdade dos filhos nascidos ou não do casamento e dos filhos por adoção e determina que a adoção seja regulada por lei.

Outro marco importante na garantia de direitos é o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990) que traça diretrizes para programas e políticas de atenção a este segmento e busca assegurar tratamento compatível com sua condição de pessoa em desenvolvimento.

As leis e programas de proteção, à infância e adolescência são estendidos à população indígena infanto-juvenil e aos portadores de deficiência. Sendo que suas especificidades estão abordadas no cap VIII da Constituição Federal, no caso dos índios e nos artigos 227, 244, 23,II, 24 XIV, 203, IV e V, em relação aos portadores de deficiência.

O trabalho infantil é também uma importante preocupação, a Constituição Federal proíbe o trabalho de menores de 16 anos, exceto na condição de aprendiz a partir dos 14 anos, bem como proíbe, trabalho penoso, insalubre e/ou noturno a menores de 18 anos de idade (CF art 7º, XXXIII).

A Portaria nº 20 de 2001, do Ministério do Trabalho e Emprego, elenca 81 atividades proibidas para menores de 18 anos de idade, propõem ainda a organização de um sistema de vigilância para crianças e adolescentes inseridos no mundo do trabalho. A Lei 8066/1993 veda, ao poder público, contratos com empresas particulares que forem denunciadas por explorar trabalho infantil (BRASIL, 2001c).

Cabe destacar que o Brasil ratificou a Convenção Internacional do Trabalho 138, sobre a idade mínima para admissão no trabalho e a Convenção internacional 182 sobre as piores formas de trabalho infantil.

Os avanços na legislação no Brasil resultaram de mobilização da sociedade civil organizada, ampliando o conjunto de direitos e também o conceito de saúde, meio ambiente, infância e adolescência. Deste alargamento resulta ampliação das interfaces entre os temas, exigindo políticas articuladas entre os vários setores para que os direitos de crianças e adolescentes, legalmente afirmados, sejam garantidos.

Sendo assim, a seguir apresentam-se aspectos exclusivamente sobre o ECA, uma vez que esta é a legislação mais relevante no que se refere a criança e adolescente.

2.3.2 Estatuto da Criança e Adolescente

A Lei 8.069, de 13.07.1990 e que, propositadamente, deveria entrar em vigor no “Dia da Criança”, 12 de outubro do mesmo ano, na esteira das regras constitucionais, introduziu profundas modificações na política de assistência e proteção a criança e adolescente.

O Estatuto da Criança e do Adolescente -ECA, veio dar visibilidade aos princípios, objetivos e estratégias a serem adotadas visando garantir a proteção integral à criança.

A doutrina do ECA está baseada na Convenção Internacional dos Direitos da Criança, aprovada pelas Nações Unidas no dia 20/11/1989 e a discussão sobre esta lei iniciou-se no Brasil em 1970, por ocasião do Ano Internacional da Criança.

Cabe ressaltar que pelo fato de a Convenção ter a força de lei exigindo somente ser ratificada pelo Congresso Nacional, pôde ser incorporada diretamente à

Constituição do Brasil. Isso foi feito a partir da introdução do artigo 227 e, a partir dessa ocorrência, foi elaborado o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Para Granato (2003) o objetivo do Estatuto é a proteção integral da criança e do adolescente, conforme declara em seu art. 1º, sendo inovação marcante a colocação sob a égide dessa lei, de todo menor de dezoito anos e não apenas aqueles que estivessem em situação irregular, como ocorria na lei anterior, o Código de Menores.

O Estatuto da Criança e do Adolescente, segundo Costa (1995), expressa uma mudança de paradigma, ou seja, passou-se da doutrina da situação irregular, até então existente, para a doutrina de proteção integral. O ECA expressa uma profunda modificação na forma de conceber a Política de Atendimento à Criança e ao Adolescente. Antes de sua criação deveriam ser atendidos somente os “menores” em situação irregular, entendendo-se como “menores” : os carentes, abandonados, inadaptáveis e infratores.

Assim, pode-se dizer que o ECA, ao contrário do Código de Menores, preocupa-se com a proteção integral das crianças e dos adolescentes até 18 anos e, em alguns casos, com jovens até 21 anos, dando as condições de exigibilidade, ou seja, o poder de exigir através das leis. Garantir os direitos escritos no ECA tornou se dever da família, do Estado e da Sociedade.

De acordo com Tassi (2003), o ECA garante que:

- Crianças e adolescentes são sujeitos de Direitos: Sujeitos de Direitos são pessoas que têm os seus direitos garantidos por lei.
- Seus direitos devem ser tratados com prioridade absoluta: Isso quer dizer que os direitos das crianças e dos/ das adolescentes estão em primeiro lugar.
- Para tudo deve ser levada em conta a condição peculiar de crianças e adolescente serem pessoas em desenvolvimento.

A criança e o adolescente têm os mesmos direitos que uma pessoa adulta e, além disso, têm alguns direitos especiais, por estarem em desenvolvimento físico, psicológico, moral e social. As crianças e os adolescentes não conhecem todos os seus direitos e por isso não têm condições de exigir, então é muito importante que todos conheçam o ECA, para que se possa conseguir uma sociedade mais justa para todos. A lei do Estatuto da Criança e do Adolescente assegura às crianças e aos adolescentes as facilidades e oportunidades a fim de ajudar no seu desenvolvimento físico, mental, moral, social, espiritual com liberdade e dignidade.

O Estatuto da Criança e do Adolescente foi uma conquista da sociedade brasileira em termos de uma garantia legal dos direitos fundamentais da criança e do adolescente. A lei determina que todos municípios brasileiros tenham Conselhos Tutelares onde representantes da sociedade civil eleitos pela comunidade contribuem no processo de proteção social deste segmento.

2.3.2.1 LOAS e ECA

Segundo Costa (1995), a “Política de Atendimento à Criança e ao Adolescente “ é uma política básica que se confirma na mesma definição das Nações Unidas. A Política básica é aquela considerada direito de todos e dever do Estado, por exemplo, a saúde, que constitui-se no centro deste estudo.

A Lei nº 8.742, de 7 de dezembro de 1993, dispõe sobre a organização da assistência social, constituindo-se na Lei Orgânica da Assistência Social – Loas. A lei define no seu artigo 86 que "a política de atendimento dos direitos da criança e do adolescente far-se-á através de um conjunto articulado de ações governamentais e não-governamentais, da União, dos Estados, do Distrito federal e dos Municípios". Define como diretrizes da política de atendimento:

- Municipalização do atendimento;

- Criação de conselhos municipais, estadual e nacional dos direitos da criança e do adolescente, órgãos deliberativos e controladores das ações em todos os níveis, assegurados a participação popular paritária por meio de organizações representativas, segundo leis federais, estaduais e municipais;
- Criação e manutenção de programas específicos, observada a descentralização político-administrativa;
- Manutenção de fundos nacional, estaduais e municipais vinculados aos respectivos conselhos dos direitos da criança e do adolescente;
- Integração operacional de órgãos do Judiciário, Ministério Público, Defensoria, Segurança Pública e Assistência Social, preferencialmente em um mesmo local, para efeito de agilização do atendimento inicial a adolescente a quem se atribua autoria de ato infracional;
- Mobilização da opinião pública no sentido da indispensável participação dos diversos segmentos da sociedade (BRASIL, 2001b).

A lei previu também a criação de, no mínimo, um Conselho tutelar em cada município, composto de cinco membros eleitos pelos cidadãos locais para mandato de três anos, com as funções de atender crianças e adolescentes cujos direitos reconhecidos na lei forem ameaçados; atender e aconselhar pais ou responsáveis; e tomar várias providências no campo da garantia dos direitos previstos.

Ressalta-se, ainda que a LOAS, em seu artigo 23, estabelece que cabe à assistência social o atendimento aos que se encontra em risco pessoal e social.

O ECA em seu art. 87 inciso II estabelece a existência de : ” políticas e programas de assistência social, em caráter supletivo, para aqueles que deles necessitem”.

Contudo, Sposati (1996) discorda dessa linha de ação da política de atendimento que está expressa no ECA e o faz levantando elementos que permitem estabelecer que este modo de pensar é discriminatório em relação à assistência social. A autora considera que a própria Constituição quando estabelece, no Título VIII - Da Ordem Social, Cap. II da Seguridade Social, Seção IV, art. 203 que:

“A Assistência Social será prestada a quem dela necessitar, independentemente de contribuição à seguridade social”, permitiu essa interpretação, pois sua redação diferencia-se do Art. 196 referentes à Saúde:

A Saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.

A LOAS e o ECA têm uma base comum, ou seja, são legislações voltadas à proteção social. Todavia, para se consolidarem, ambas terão que romper com os preconceitos existentes, exige mudanças de mentalidade por parte da sociedade, pois essas legislações devem garantir um padrão de dignidade a todos os cidadãos e isto ainda está por ser definido. Embora essas leis estabeleçam como dever do Estado a intervenção na questão social, suas criações coincidiram com o avanço da política neoliberal no Brasil e, assim, com a proposta de se criar um Estado Mínimo, com menor responsabilidade social e, portanto, com grande redução no investimento e no custeio dos serviços sociais.

Vale destacar que estas legislações estão ameaçadas na medida em que a LOAS e o ECA pressupõem o estabelecimento de uma nova cultura dos direitos sociais, que deverão ser continuamente afiançados pelo coletivo da sociedade e pelos governantes, independentemente dos partidos que representam. No entanto, enquanto se fala de direitos a serem cumpridos e afiançados pelo Estado, ouve-se dos representantes governamentais discursos sobre a necessidade de “Reformas do Estado” e junto com estas o encaminhamento para que o Estado cada vez mais se exima de seu dever na coordenação, execução e financiamento de políticas sociais.

Tanto em nível do ECA, como da LOAS, à União cabe a função de estabelecer as normas gerais e dar apoio técnico e financeiro às instâncias estaduais e municipais,

ECA e a LOAS estabelecem a criação de conselhos deliberativos e paritários para formular as políticas e controlar as ações em todos os níveis. A participação ora proposta inclui a sociedade civil na formulação da política, no controle das ações e na aplicação dos recursos financeiros (BRASIL, 2001b). Portanto, essa proposta está na contramão da nossa cultura política, predominantemente clientelista e fisiológica; igualmente está na contramão da nossa cultura administrativa, que é burocratizada e corporativista; e na contramão de nossa cultura técnica, que é muito auto-suficiente e formalista.

Ante ao exposto, cabe ressaltar que se considera possível estabelecer uma relação forte entre o ECA e a LOAS, pois ambas as legislações objetivam a proteção social e a atenção integral à criança e ao adolescente, uma vez que, a integração entre a LOAS e o ECA está dada pelo próprio paradigma da cidadania que embasa estas duas leis. Ambas se opõem ao clientelismo, ao paternalismo, fundam-se na realização de um processo democrático da eleição de representantes da sociedade para um Conselho paritário e deliberativo; contudo exigem um reordenamento institucional para a garantia do processo de municipalização e o estabelecimento de uma maior interface entre a Política de Assistência Social e a Política de Atendimento à Criança e ao Adolescente.

Considerando a importância da Declaração de Ottawa, sobre os direitos e cuidados da saúde da criança, a seguir esta será abordada de forma sucinta.

2.3.2.2 Declaração de Ottawa

No contexto da Declaração OTAWA (2001), uma criança significa um ser humano entre o seu nascimento e o fim do seu décimo sétimo ano, a menos que subordinada à lei aplicável às crianças de atividades rurais sejam reconhecidas legalmente como adultos em uma outra idade.

Nessa discussão, a Carta de Ottawa, é uma importante referência. No documento, a saúde é vista sob ampla abordagem, como um recurso para os

progressos pessoais, econômicos e sociais que transcende o setor sanitário, tendo como requisitos para a sua garantia a paz, a educação, a alimentação, a renda, um ecossistema estável, justiça social e equidade. O novo paradigma apresenta também uma outra forma de lidar com a população e a educação popular surge como instrumento fundamental nesse processo.

O artigo 24 dos Direitos da Criança na Convenção das Nações Unidas em 1989 reconhece o direito de a criança atingir o mais alto padrão de saúde nas instituições de tratamento de enfermidade e reabilitação de saúde, e os Estados e Nações se esforçarão para assegurar que nenhuma criança seja privada dessa assistência ou do direito dela de acesso a tais serviços de cuidados de saúde.

Segundo a declaração de Ottawa (2001) toda criança tem o direito inerente a vida, como também o direito de acesso às instalações apropriadas para promoção de saúde, a prevenção e tratamento de enfermidade e a reabilitação de saúde. Os médicos e outros provedores de cuidados de saúde têm uma responsabilidade para reconhecer e promover estes direitos, e exigir que material e recursos humanos sejam providos em seu favor. Em particular nos princípios gerais, da declaração de Ottawa, todo esforço deverá ser feito para:

- I) proteger ao máximo possível a sobrevivência e o desenvolvimento da criança e reconhecer que pais (ou representantes legalmente indicados) tenham a principal responsabilidade no desenvolvimento da criança e que ambos os pais tenham responsabilidades comuns neste particular;
- II) assegurar que os melhores interesses da criança sejam a consideração principal em cuidados de saúde;
- III) resistir a qualquer discriminação na provisão de ajuda médica e cuidados de saúde por considerações de idade, sexo, doença ou inaptidão, credo, origem étnica, nacionalidade, filiação política, orientação sexual ou posição social da criança ou dos seus pais e de seus representantes legais;

IV) propiciar cuidados de saúde pré-natal e pós-natal satisfatórios à mãe e a criança;

V) afiançar para toda criança a provisão de ajuda médica adequada e cuidada de saúde, com ênfase em assistência médica primária, assistência psiquiátrica pertinente às crianças que necessitem, administração de cuidados pertinentes às necessidades especiais das crianças inválidas;

VI) proteger toda criança de procedimentos de diagnóstico, tratamento e pesquisa e desnecessários;

VII) combater a doença e a desnutrição;

VIII) desenvolver cuidados de saúde preventivos;

X) erradicar as diversas formas de maus tratos à criança; e,

XI) erradicar práticas prejudiciais à saúde da criança.

Em suma, a declaração de Ottawa apresenta uma preocupação com a saúde com os direitos da saúde da criança, o que se necessário é que, estas sugestões não fiquem no papel, mas façam parte do dia a dia de toda criança.

2.3.3 Políticas de saúde infantil

As políticas públicas no Brasil são historicamente marcadas pela fragmentação, o que não é diferente para as políticas que contemplam as questões relativas à saúde infantil, pois se encontram dispersas, assim como a legislação pertinente.

Apesar da trajetória de pouca integração, é possível identificar esforços de articulação entre as várias áreas que vem aumentando a eficiência e eficácia de nossas políticas.

A saúde das crianças é priorizada pelo Ministério da Saúde. Do ponto de vista da assistência à saúde da criança, desde a criação do Programa de Assistência Integrada para a Saúde das Crianças- PAISC, pelo Ministério da Saúde em 1984, o enfoque das ações deixou de basear-se nas patologias para contemplar os aspectos do crescimento e desenvolvimento infantil por meio das ações de promoção da saúde.

Na década de 90, expande-se a Atenção Básica da Saúde, cuja meta é alcançar todos os municípios do país, priorizando sua cobertura para as áreas mais carentes. Hoje a Atenção Básica da Saúde firma-se como estratégia central para construção do modelo de atenção à saúde, visando, inclusive, orientar a organização dos níveis de maior complexidade do SUS (BRASIL, 1995).

O modelo de saúde do SUS privilegia as práticas integradas de atenção à saúde, que têm como eixo a promoção da saúde, a redução de riscos e a prevenção e o controle de doenças.

No esforço de contribuir para a reversão da realidade acima descrita, o Conanda (1996) apresenta diretrizes para as áreas da Saúde, Educação, Trabalho, assistência Social para garantir a criança e ao adolescente o direito à vida, e ao desenvolvimento integral, a saber:

- direito à vida - Entende-se como direito de nascer com saúde e de ter o grupo familiar e a comunidade como referencial do aprendizado de relações, da afetividade, da socialização e da proteção natural. Os direitos à saúde, à alimentação e à moradia são considerados prioritários para a preservação da vida.
- direito ao desenvolvimento integral - é o direito de crescimento e desenvolvimento de potenciais, aquisição de habilidades e

conhecimentos para o exercício da cidadania no mundo contemporâneo. Esse desenvolvimento se dá em primeira instância na família, na comunidade, na escola. é imprescindível implementar com urgência políticas de proteção ao grupo familiar, com participação comunitária, garantindo serviços de saúde, acesso a alimentação, educação, lazer, esporte e cultura, saneamento ambiental, assistência social e formação profissional, oferecidos com qualidade e equidade.

O desenvolvimento integral inicia-se no próprio grupo familiar, merecedor, portanto, de atenção especial quando em situação de abandono, pobreza e exclusão e com o fortalecimento da comunidade, ambiente natural da população infanto-juvenil. A educação, a socialização e a auto-estima são eixos estratégicos fundamentais para a criança e o adolescente, iniciando-se ainda no ventre materno, no âmbito familiar e comunitário, e complementando-se na escola, que o lugar privilegiado para aprender e dominar conhecimentos.

Observa-se um interesse crescente dos municípios pela saúde infantil, estratégia proposta pela Organização Panamericana de Saúde – OPAS, pela rede de Cidades/Municípios Saudáveis e pela Agenda 21- Local. Neste sentido, ao ser instituído o Sistema Nacional de Vigilância Ambiental em Saúde, no ano 2001, em processo de estruturação nos Estados e Municípios, criam-se as condições objetivas de se atuar na interface saúde e ambiente dando à infância um foco de prioridade. Ações concretas estão sendo desenvolvidas para qualificar e apoiar os trabalhadores de saúde na atuação junto a saúde ambiental de crianças e adolescentes, cabendo destacar:

- Programa de Capacitação de Profissionais de Saúde de nível superior desde o ano de 2000, para gerenciar a Vigilância Ambiental em Saúde nos Estados e Municípios.
- Curso à distância para capacitarem profissionais de nível médio dos serviços de saúde para desenvolver atividades de vigilância em saúde, coordenado pela Fundação Oswaldo Cruz - Fiocruz.

- Estruturação de um Núcleo de Assistência aos Profissionais de Saúde que trabalham com questões de violência contra a criança e o adolescente, no Instituto Fiocruz (BRASIL, 2003a).

As oportunidades existentes para a prática da educação ambiental e da educação para a saúde no sistema de ensino brasileiro são grandes. Entre 1995 e 1998, a Secretaria de Educação Fundamental - SEF, do Ministério da Educação, elaborou e publicaram os Parâmetros e os Referenciais Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental, para a Educação Indígena Infantil, a de Jovens e Adultos, e também o referencial para a Formação de Professores.

Nos Parâmetros e nos Referencias Curriculares Nacionais, o tema saúde e meio ambiente bem como, ética, trabalho e consumo, pluralidade cultural e orientação sexual são apontados como temas sociais urgentes que devem ser tratados em todas as áreas de conhecimento, em cada uma das disciplinas escolares, de modo transversal. Isto implica em uma prática interdisciplinar.

A inseparabilidade das ações de promoção, prevenção assistência, da união entre vigilância e planejamento e ações de saúde no nível local, entre saberes multiprofissionais e saberes da população, permite também pensar a Saúde na perspectiva da integralidade, princípio básico do Sistema Único de Saúde (SUS), que tem hoje no Programa Saúde da Família (PSF) a principal estratégia para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica (BRASIL, 2001a). Este programa é um ambiente favorável ao desenvolvimento da Educação, tornando-se assim relevante a articulação entre educação e saúde

O Programa Nacional de Saúde Escolar dá destaque para a saúde auditiva e visual dos alunos das séries iniciais do ensino fundamental. Contudo, acredita-se que todos os fatores físicos e psíquicos que influenciam a aprendizagem da criança devem ser trabalhados, no sentido, de oferecer as estas, um ensino de qualidade.

Arroyo (2001) destaca cinco pontos fundamentais para a educação popular em saúde: diálogo entre os sujeitos; a educação vista como humanização;

resgate da humanidade roubada; trabalho com a totalidade das dimensões do sujeito; e, finalmente, busca de matrizes pedagógicas apropriadas à formação deles:

- Diálogo entre Sujeitos, síntese do processo educativo, é uma dimensão que foi perdida quando a educação foi reduzida a algo tecnicista, classificado como "adestramento". Na cultura política e social brasileira o povo nunca foi reconhecido como sujeito. "Se pudesse repensar o título desta conferência, substituiria a palavra construção por reconhecimento de sujeitos, uma vez que todo ser humano é um sujeito em construção". Os sujeitos devem ser vistos como agentes que têm sua história, trajetória, cultura e valores.

- Humanização: para Arroyo (2001) educar é antes de tudo um processo de humanização. Humanizar é situar os processos e práticas educativas no cerne, nos anseios, e nas lutas dos setores populares. A educação problematiza a própria vida humana.

Resgate: se a busca pela humanização pertence ao processo, a desumanização faz parte dele. Assim, educação é o processo de resgate da humanidade roubada por fatores como a fome e o desemprego, sem cair numa visão romântica dos setores populares. A educação tem que trabalhar com esta realidade para poder transformá-la.

Sujeito total: educar é trabalhar com a totalidade das dimensões do sujeito e não apenas com aspectos específicos como comportamento, habilitação para o trabalho, qualificação para o mercado, ou ainda conscientização política. O ser humano precisa ter autonomia e maturidade para tomar decisões. O objetivo é formar sujeitos conscientes e éticos, mas a dimensão ética implica na identificação dos valores populares. A partir de uma pedagogia que reconhece os valores do povo é que as velhas concepções são mudadas.

-Matrizes para criar eixos geradores da construção do sujeito é preciso trabalhar a partir de matrizes pedagógicas, como o corpo, Para Arroyo (2001) se a educação e a saúde se encontram em algum lugar, este lugar

é o corpo. Ele lembra ainda que outras matrizes são bastante familiares, como a palavra, que é capaz de mudar valores, consciência e hábitos. Ou como o trabalho, cujas condições materiais devem ser humanizadoras. Por fim, também as condições de convívio, de interação, onde, a partir do relacionamento e da troca de experiências, os homens se formam.

Todavia, o sucesso dessa nova concepção de atenção à saúde só é possível se houver efetivação da integralidade prevista nas diretrizes do SUS. Ou seja, a existência de ações de promoção, prevenção e assistência, a integração entre os diversos níveis de complexidade do sistema, a vigilância à saúde, o planejamento de ações junto à comunidade e o compartilhamento de saberes, tanto entre os diversos profissionais que atuam na área, quantos entre eles e profissionais de outras áreas e entre eles e a população.

Em suma não há mais como trabalhar as questões sociais, coletivas, comunitárias, ambientais e econômicas sem envolver toda a sociedade num amplo espectro de cooperação. No entanto, o principal desafio está no envolvimento da população no processo. Muitos municípios esbarram em divergências políticas e de interesses em seus territórios, o que impossibilita os princípios de cooperação.

Segundo Flores (2001), para que isso aconteça é preciso construir uma relação entre equipes de saúde (os profissionais que produzem serviços), grupos sociais (consumidores dos serviços) e formuladores, implementadores e discutidores da política de saúde. Por meio desta relação, certamente apareceram possibilidades de alianças com outros grupos, como universidade, do próprio Ministério da Saúde, ou seja, com pessoas que se articulam e descobrem que tem algo em comum na questão.

Neste contexto, surgem pessoas com práticas educativas, e, nessa relação, a participação da população é permitida e é feita de forma a informar e educar uma população para se atingir um estado de saúde desejável. Contudo para que funcione, é preciso que os profissionais envolvidos nesse processo reconheçam o outro como sujeito que tem seus próprios saberes e também como sujeito histórico, utilizando o diálogo como prática de relacionamento.

3 METODOLOGIA

Este capítulo descreve a metodologia utilizada para o alcance dos objetivos deste trabalho.

Segundo Demo (1981), metodologia significa, “*etimologicamente*, o estudo dos caminhos, dos instrumentos usados para se fazer ciência. É uma disciplina instrumental, a serviço da pesquisa.”

Quanto ao termo pesquisa, Gil (1999) o define “(...) como o processo formal e sistemático de desenvolvimento do método científico. O objetivo fundamental da pesquisa é descobrir respostas para problemas mediante o emprego de procedimentos científicos.”

3.1 Delineamento da Pesquisa

Segundo Gil (1999), “o delineamento refere-se ao planejamento da pesquisa em sua dimensão mais ampla, envolvendo tanto a sua diagramação, quanto a previsão de análise e interpretação dos dados”. Entre outros aspectos, o delineamento considera o ambiente em que são coletados os dados, bem como as formas de controle das variáveis envolvidas. O delineamento ocupa-se precisamente do contraste entre a teoria e os fatos e sua forma é a de uma estratégia ou plano geral que determine as operações necessárias para fazê-lo.

Na visão de Selltiz *apud* Gil (1999) as pesquisas se classificam em três grupos: estudos exploratórios, estudos descritivos e estudos explicativos, cada um de acordo com o objetivo pretendido pelo pesquisador:

- Estudos exploratórios têm como principal finalidade desenvolver, esclarecer e modificar conceitos e idéias, tendo em vista, a formulação de problemas mais precisos ou hipóteses pesquisáveis para estudos posteriores.

- Estudos descritivos têm como objetivo primordial a descrição das características de determinada população ou fenômeno ou o estabelecimento de relações entre variáveis.
- Estudos explicativos são estudos que têm como preocupação central identificar os fatores que determinam ou que contribuem para a ocorrência de fenômenos. Este tipo de pesquisa que mais aprofunda o conhecimento da realidade, porque explica a razão, o porquê das coisas.

Todavia, esta pesquisa é caracterizada como um estudo exploratório e, para atingir seu objetivo, entende-se que deve ser seguida a forma metodológica qualitativa, uma vez que desenvolver-se-á o estudo em ambiente natural, com dados descritivos dentro de uma realidade contextualizada.

Segundo Oliveira (1999, p.116), a abordagem qualitativa difere da quantitativa.

(...) pelo fato de não empregar dados estatísticos como centro do processo de análise de um problema. A diferença está no fato de que o método qualitativo não tem a pretensão de numerar ou medir unidades ou categorias homogêneas.

Quanto à determinação do tipo de pesquisa, são várias as formas adotadas e classificadas por diversos autores. Diferentes tipos de pesquisa implicam diferentes procedimentos para coleta e análise dos dados, de forma a atender econômica e tecnicamente aos objetivos da pesquisa.

Assim, como esta pesquisa é uma busca de certa realidade, para conhecê-la utilizar-se-á a pesquisa em fontes secundárias – bibliográficas e estudo de caso:

Segundo Cervo & Berviam (2002, p.65)

a pesquisa bibliográfica procura explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em documentos. Pode ser realizada independentemente ou como parte de outra pesquisa. Em ambos os casos, buscam conhecer e

analisar as contribuições culturais ou científicas do passado existente sobre determinado assunto, tema ou problema.

Gil (1999) argumenta que a pesquisa bibliográfica é desenvolvida a partir de material já elaborado, constituído principalmente de livros e artigos científicos.

Assim seguindo as orientações básicas de estruturação do pensamento científico, inicialmente, será elaborado um quadro teórico referencial, de forma a prover a sustentação lógica para a construção da pesquisa. Com este referencial teórico visa-se de um lado, caracterizar, ilustrar e problematizar a questão da proteção a saúde da criança e adolescente no Brasil e, por outro, formar uma base conceitual para o trabalho, pois o domínio da bibliografia é a base através do qual toma-se conhecimento da produção existente.

A segunda fase desta pesquisa compreende um estudo de caso, tendo como amostra da pesquisa três escolas municipais de Terra Roxa – PR.

Para Yin (2001), o estudo de caso é um dos vários meios de fazer pesquisa em ciência social. Servem como forma de estabelecer um conhecimento profundo sobre indivíduos, organizações, sociedade e fenômenos políticos. O propósito do estudo de caso não é representar todas as situações, mas representar o caso em particular.

3.2 Coleta de Dados

Após a identificação dos elementos prioritários do problema poderá se estabelecer a fase sistemática. Ela estará relacionada com a coleta de dados e informações através de instrumentos e técnicas selecionadas a partir das características próprias do objeto.

Os levantamentos serão realizados em fontes primárias (tendo como instrumento de coleta de dados a pesquisa documental e questionário) e em fontes secundárias (pesquisa bibliográfica).

Os dados secundários serão obtidos através de pesquisas bibliográficas como, livros, revistas, artigos vinculados em periódicos especializados, relatórios de pesquisas na área, consulta a Internet (RICHARDSON, 1999).

Gil (1999) destaca que a pesquisa documental assemelha-se muito à pesquisa bibliográfica. A única diferença entre ambas está na natureza das fontes. Enquanto a pesquisa bibliográfica se utiliza fundamentalmente das contribuições dos diversos autores sobre determinado assunto, a pesquisa documental vale-se de materiais que não receberam ainda um tratamento analítico, ou que ainda podem ser reelaborados de acordo com os objetivos da pesquisa.

Neste estudo, a pesquisa documental será realizada nos documentos do município para levantamento de dados a cerca da sua história, ações e projetos ligados a área de assistência a saúde física e psíquica da criança e adolescente.

Quanto ao questionário Richardson (1999), enfatiza que este é considerado uma entrevista estruturada, e cumpre pelo menos duas funções: descrever as características e medir determinadas variáveis de um grupo social.

Quanto ao tipo de perguntas, o questionário a ser usado nesta pesquisa é composto de perguntas fechadas, abertas e mistas.

De acordo com Richardson (1999), questionários de perguntas fechadas, são aqueles instrumentos em que as perguntas apresentam categorias de respostas preestabelecidas. Já os questionários de perguntas abertas caracterizam-se por perguntas ou afirmações que levam o entrevistado a responder com frases ou orações.

Adotou-se este tipo de roteiro de coleta de dados, devido a possibilidade de o entrevistado responder com mais liberdade, não estando restrito, apenas, a marcar esta ou aquela alternativa, isso ajudará a pesquisadora quando dispõe de pouca informação. O questionário utilizado na presente pesquisa encontra-se no anexo um deste trabalho.

No que se refere ao método para aplicar o questionário, optou-se pelo contato direto com o entrevistado, que segundo Richardson (1999), é aquele em que o próprio pesquisador ou pessoas treinadas por ele, aplicam o questionário diretamente.

3.3 Amostra de Pesquisa

Para efeito de obtenção de dados, optou-se pela amostra não probalística intencional.

De acordo com Gil (1995 p.104) esta amostra “consiste em selecionar um subgrupo da população que, com base nas informações disponíveis, passa a ser considerado representativo de toda a população” Na amostra não probalística intencional, o pesquisador está interessado na opinião, de determinados elementos da população, mas que são representativos da mesma. O pesquisador, portanto, não se dirige a “massa”, mas àqueles elementos que segundo seu entender, pela função desempenhada ou cargo ocupado vão lhe fornecer maiores subsídios a solução do problema de pesquisa levantado.

A amostra de pesquisa neste estudo foi constituída de diretores das escolas da rede municipal de ensino do município de Terra Roxa – PR, quais sejam: Maximiriam Bárbara Gaspar, Escola Presidente Kennedy, Escola Rainha dos Apostolos.

Estes foram selecionados, por serem pessoas-chave, aptas a fornecerem as informações necessárias ao presente estudo.

3.4 Análise e Interpretação dos Dados

Após a coleta de dados, a fase seguinte da pesquisa é análise e interpretação. Estes dois processos, apesar de conceitualmente distintos, a apreçam sempre estreitamente relacionados. A análise tem como objetivo organizar e sumariar os dados de forma tal que possibilitem o fornecimento de respostas ao

problema proposta para investigação. Já a interpretação tem como objetivo a procura do sentido mais amplo das respostas, o que é feito mediante sua ligação e a outros conhecimentos anteriormente obtidos (GIL, 1999).

Quanto os dados e informações necessárias decorrentes das entrevistas e da pesquisa documental serão analisados qualitativamente sob a forma descrito-interpretativo e de quadro final de análise. Godoy (1995), sugere esta como uma forma adequada para analisar os dados coletados por considerar que todos os pontos de vista são importantes, merecendo serem examinados para a compreensão do fenômeno estudado na sua complexidade.

4 ANÁLISE E DISCUSSÃO DOS DADOS

Até este momento, fez-se a discussão teórica e metodológica da dissertação. Assim, neste capítulo apresentam-se as partes práticas do estudo, que compreende uma pesquisa realizada junto a três escolas municipais de Terra Roxa, PR: Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar, Escola Municipal Rainha dos Apóstolos, Escola Municipal Presidente Kennedy.

Para a coleta de dados, foram entrevistados os diretores das referidas escolas, por acreditar-se, serem estes os mais aptos ao fornecimento das informações, necessárias ao alcance dos objetivos da presente pesquisa. Os dados são expressos em quadros para melhor visualização.

No final do capítulo, apresenta-se o delineamento preliminar de um projeto de atendimento integral à saúde, no âmbito municipal, tendo por base as respostas dos entrevistados.

4.1 Tabulação e Análise dos Dados

Inicialmente buscou-se levantar quantos alunos cada escola pesquisada atende na educação infantil e fundamental.

Assim, o quadro 2 mostra o número de alunos atendidos pelas escolas pesquisadas.

	Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
Educação Infantil	Não tem	17	93
Ensino Fundamental	350	199	313

QUADRO 2 – Número de alunos por escolas.

Foi observado na pesquisa, que junto às três escolas atendem 972 alunos, no município de Terra Roxa, Paraná, o que denota a importância destas, para o município, visto que, são responsáveis pela formação dos cidadãos, munícipes de Terra Roxa.

O quadro 3 evidencia o percentual geral de faltas das escolas pesquisadas.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
Não informado	2%	Não informado

QUADRO 3 – Percentual de faltas.

Questionadas sobre o percentual geral de faltas em relação ao ano letivo, no quadro 3, é possível verificar que apenas a escola Rainha dos apóstolos informou, este ser de 2%, já as demais escolas pesquisadas não informaram o índice geral de faltas, porque não tinham o dado em mãos. O que demonstra uma falta de controle destas duas organizações pesquisadas, para informação deste dado.

O quadro 4 apresenta a informação sobre o programa de controle da evasão escolar.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
SIM	NÃO	NÃO

QUADRO 4 - Programa de controle da evasão escolar.

Conforme pesquisa realizada nas escolas municipais do Município de Terra Roxa PR, quanto aos programas de controle de evasão escolar, apenas a

escola Maximiriam Bárbara Gaspar possui um programa de evasão escolar, trabalhando reuniões com os pais bem como reforço e atendimento individualizado.

Conforme informou a diretora da Escola Municipal Rainha dos Apóstolos “Quando a escola toma conhecimento que o aluno está fora da escola, procura trazê-lo de volta, buscando a origem do afastamento”.

Neste sentido, o diretor da Escola Municipal Presidente Kennedy informou que “a escola conversa com a família conscientiza da importância dos estudos para seus filhos no futuro, visando que a própria família instigue o aluno a voltar aos estudos”.

No quadro 5 apresentam-se os principais motivos que levam os alunos a faltar às aulas.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
-Falta de atenção dos pais -Saúde Física -Saúde Psicológica -Transporte	- Falta de atenção dos pais -Saúde Psicológica - Saúde Física	- Falta de atenção dos pais - Saúde Física - Transporte -Saúde Psicológica

QUADRO 5 –Principais Fatores que Levam o Aluno a Faltar.

Conforme, evidenciado no quadro 5 os principais fatores que levam os alunos a faltar na aula nas escolas pesquisadas:

- Falta de atenção dos pais;
- Saúde Física;
- Saúde Psicológica;
- Falta de transporte.

Pode-se verificar que há praticamente, consenso entre as escolas pesquisadas quanto aos fatores que impedem os alunos de participarem das aulas, podendo-se inferir que há um desleixe dos pais, não se atentando ao fato dos filhos não estarem indo a escola, seu rendimento escolar e ate mesmo da necessidade de manter os filhos na escola, como maneira de prepará-los para serem no futuro cidadãos críticos.

O quadro 6 evidencia a postura das escolas pesquisadas quanto ao acompanhamento que visa identificar e avaliar possíveis dificuldades e distúrbios de aprendizagem de seus alunos, Dessa forma a resposta “Sim” significa que a escola faz algum tipo de acompanhamento.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
Sim	Sim	Sim
Muitas vezes o pai não percebe no filho qualquer deficiência, o professor acaba detectando e conversa com os pais.	Visando melhorar a aprendizagem da criança	Com a finalidade de colaborar com a aprendizagem da criança.

QUADRO 6 - Acompanhamento na Identificação de Dificuldade/Distúrbio na Aprendizagem.

Através dos dados explicitados é possível verificar que as três escolas pesquisadas fazem acompanhamento dos alunos que apresentam alguma dificuldade/distúrbio na aprendizagem. Fator s importante para aprendizagem, uma vez que, nem sempre os pais são perceptivos em relação a qualquer deficiência do aluno, conforme argumentou o entrevistado da Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar.

A Escola Municipal Rainha dos Apóstolos e a Municipal Presidente Kennedy enfatizaram que o acompanhamento visa melhorar a aprendizagem da criança.

Neste contexto pode-se inferir que as escolas pesquisadas estão buscando acompanhar os alunos, com objetivo de analisar quais os principais fatores que dificultam a aprendizagem, visando assim eliminar estes.

Visando levantar a percepção do entrevistados quanto ao conceito de distúrbios de aprendizagem, o quadro 7 mostra o significado deste termo.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
Dificuldade no processo de ensino aprendizagem, devido a perturbações de origem biológica neurológica, psicológica e educacional.	São alterações do sistema nervoso, com ou sem lesões evidentes, disfunções articulatórios, distúrbios psicomotores, alterações na acuidade visual auditiva e diferentes formas de dislexias.	São alterações do sistema nervoso, com ou sem lesões evidentes, disfunções articulatórios, distúrbios psicomotores, alterações na acuidade visual auditiva e diferentes formas de dislexias etc.

QUADRO 7 – Significado Distúrbios de Aprendizagem.

Os diretores das escolas pesquisadas foram questionados a responder o que entendem por distúrbios de aprendizagem, as respostas apresentadas no quadro 7 que, distúrbios são dificuldade no processo de ensino aprendizagem, devido a perturbações de origem biológica neurológica, psicológica e educacional; alterações do sistema nervoso, disfunções e distúrbios psicomotores e com diferentes formas de dislexias.

Os principais distúrbios de aprendizagem verificados nas escolas pesquisadas são mostrados no quadro 8:

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
-Distúrbio da escrita -Distúrbio da Leitura -Distúrbio da Aritmética	-Distúrbio da Fala -Distúrbio da Escrita -Distúrbio da Leitura -Distúrbio da Aritmética	-Distúrbio da Fala -Distúrbio da Escrita -Distúrbio da Leitura -Distúrbios de comportamento

QUADRO 8 – Principais distúrbios de aprendizagem nas escolas pesquisadas.

É possível verificar que os distúrbios de aprendizagem mais freqüentemente citados pelas três organizações pesquisadas são: Distúrbio da Escrita, leitura e da fala. Já outros distúrbios ocorrem, porém, com menos freqüência e segundo os educadores das entidades entrevistadas, são considerados normais dentro da prática de ensino; como distúrbios da aritmética e de comportamento.

As causas mais comuns que levam a criança a apresentar um distúrbio de aprendizagem são mostradas no quadro 9:

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
Fatores Orgânicos: -Saúde Física (Deficiente) -Falta de Integridade Neurológica	Fatores Orgânicos: -Falta de integridade Neurológica -Alimentação inadequada	Fatores Orgânicos: -Falta de integridade Neurológica -Alimentação inadequada
Fatores Psicológicos: -Sentimento generalizado de rejeição.	Fatores Psicológicos: -Sentimento generalizado de rejeição -Superproteção dos pais	Fatores Psicológicos: -Ansiedade -Sentimento generalizado de rejeição -Superproteção dos pais
Fatores Ambientais: -Grau de estimulação que a criança recebeu desde os primeiros dias de vida.	Fatores Ambientais: -Tipo de Educação Familiar -Grau de Estimulação que a criança recebeu -sócio-econômico	Fatores Ambientais: -Tipo de Educação dos pais Grau de estimulação que a criança recebeu -Sócio-econômico

QUADRO 9 - Causas do Distúrbio de Aprendizagem

Analisando-se as causas mais comuns que levam a criança a apresentar um distúrbio de aprendizagem nas escolas pesquisadas, verifica-se que, quanto aos fatores orgânicos², há necessidade de implantar sistemas de acompanhamento educacional mais envolvido com os alunos, pais/responsáveis, bem como ações para a melhoria da qualidade da merenda escolar, que precisa proporcionar uma alimentação nutricionalmente adequada.

Quanto aos fatores psicológicos dos alunos, as escolas mostram que precisam melhorar neste aspecto, juntamente com os pais, pois dois fatores que destacam, são a proteção em excesso dada pelos pais e quando na escola a criança ter sentimento generalizado de rejeição pelo ambiente, ocasionando perda de rendimento escolar, falta de atenção nas aulas.

Já quanto aos fatores ambientais³, as escolas pesquisadas destacam duas situações centrais: primeiro o grau de estimulação familiar que a criança recebeu segundo o tipo de educação dos pais com valor sócio-econômico. Contudo, os dados mostram que há uma lacuna, ensejando a necessidade de melhorias.

Vale salientar que na escola Maximiriam existe uma sala para que os professores possam trabalhar as dificuldades de aprendizagem dos alunos do município, assim as ações a este enfoque no município ficam centralizadas nesta escola.

² Fatores relacionados com aspectos do funcionamento anatômico, como o funcionamento dos órgãos dos sentidos e do sistema nervoso central.

³ Fatores relacionados às condições objetivas ambientais que podem favorecer ou não a aprendizagem do indivíduo.

O quadro 10 mostra a afirmação no que se refere ao acompanhamento da incidência de cáries e doenças da gengiva nas crianças.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
SIM	NÃO	NÃO
Antigamente a escola recebia flúor para fazer o bochecho, hoje as professoras falam sobre o assunto, orientam seus alunos para que os mesmos possam tomar cuidados com a higiene bucal.	Não é recebida assistência de outros órgãos e a escola não tem condições de fazê-los.	Para realizar este trabalho a escola deveria ter parceria com a secretaria de saúde, como isso não acontece fica difícil de realizá-lo.

QUADRO 10 – Acompanhamento na Incidência de Cáries.

No que se refere ao acompanhamento da incidência de cáries e doenças da gengiva nas crianças, uma das escolas pesquisadas revelou que o sistema de prevenção era feito em duas fases: no primeiro momento através do fornecimento de flúor para os alunos fazerem bochecho, e no segundo, orienta-os quanto aos cuidados com a higiene bucal.

Vale destacar que atualmente a prevenção de cáries nas escolas pesquisadas é feita apenas através de orientação dos professores.

As Escolas pesquisadas destacaram que não fazem esse acompanhamento por falta de recursos financeiros, uma vez que, não recebem ajuda de órgãos assistenciais, e o orçamento da entidade não suporta a ação de custos de prevenção da higiene bucal. Informaram ainda que para realizar a ação preventiva, deveria ter convênio com a secretaria de saúde, o que não ocorre, sendo assim difícil realizar tais procedimentos preventivos.

Denota-se salientar que, programas voltados para a saúde bucal da criança são importantes uma vez que, visa contribuir para melhoria do

desenvolvimento, rendimento escolar, auto-estima do aluno instigando a adoção de um estilo de vida saudável.

Questionaram-se os entrevistados quanto a existência ou não de um programa que visa detectar e encaminhar o aluno portador de deficiência visual para avaliação e tratamento. A resposta “Sim” indica que as escolas pesquisadas apresentam programas voltados a este enfoque. O quadro 11 mostra as respostas.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
SIM	SIM	SIM
Fazemos um exame e caso a criança apresente dificuldades, falamos com os pais que nas suas possibilidades tomem as devidas providências. Caso contrário a escola mesmo encaminha.	Fazemos um exame e caso a criança apresente dificuldades, falamos com os pais que nas suas possibilidades tomem as devidas providências. Caso contrário a escola mesmo encaminha. Em alguns Casos são encaminhados a especialistas.	Tem um centro de deficientes visuais, com professora especializada na área.

QUADRO 11 - Programa que visa detectar e encaminhar o aluno portador de deficiência visual.

Conforme evidencia os dados, as escolas pesquisadas Maximiriam Bárbara Gaspar, Rainha dos Apóstolos revelaram ter um programa de acompanhamento dos alunos que visa identificar deficiência visual, este é feito através de exames de rotina, caso for detectado algum problema os pais são comunicados para que tomem as devidas providências, contudo em muitos casos a própria escola encaminha para avaliação mais detalhada e tratamento se necessário.

Já na escola Presidente Kennedy funciona um centro de deficientes visuais, com uma professora especializada na área para atender os alunos de todas as escolas, atende também alunos no contra-turno do ensino regular, acompanhando estas crianças no ensino regular em outras escolas.

Pode-se inferir que as escolas pesquisadas desenvolvem ações básicas, voltadas a minimizar problemas visuais dos alunos, o que representa um resultado

positivo. Contudo, destaca-se a necessidade de programas específicos acompanhados de profissionais habilitados a tratar os problemas de visão.

Já o quadro 12 mostra a existência ou não de programas com finalidade de detectar problemas de audição dos alunos.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
SIM	SIM	SIM
Assim podemos ajudar as crianças, a família a encaminhá-los o quanto antes a um especialista.	Assim podemos ajudar as crianças, a família a encaminhá-los o quanto antes a um especialista.	Realiza-se uma avaliação preliminar de audição pelos professores da própria escola.

QUADRO 12 - Programa com finalidade de identificar problemas de audição.

De acordo com levantamento da Organização Mundial de Saúde, 15 milhões de pessoas sofrem com algum tipo de perda auditiva no Brasil, sendo que 350 mil não ouvem. O dado é um alerta para os pais que devem acompanhar as reações de seus filhos desde os primeiros meses de vida (OMS).

Com base nos dados, pode-se verificar que as escolas pesquisadas fazem uma avaliação preliminar visando detectar portadores de deficiência auditiva. Este é feito através de orientações, ocorrendo em alguns casos à indicação para especialistas.

Ressalta-se que na Escola Maximiriam existe um centro de deficientes auditivos, tendo um professor responsável para atender os alunos do município com este problema. O trabalho é feito, com o professor responsável visitando as escolas, fazendo um acompanhamento em sala, orientando os alunos com problemas a buscar ajuda especializada.

As atitudes tomadas na escola quando um aluno apresenta um distúrbio de aprendizagem, são explicitadas no quadro 13.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
<ul style="list-style-type: none"> - Apoio pedagógico - Encaminhamento à Avaliação Psicoeducacional - Coleta de dados junto à família do educando - Encaminhamento à avaliação médica 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio individualizado - Encaminhamento à avaliação psicoeducacional - Coleta de dados junto à família - Encaminhamento, avaliação médica. 	<ul style="list-style-type: none"> - Apoio pedagógico - Encaminhamento à avaliação psicoeducacional - Coleta de dado junto à família do educando - Encaminhamento à avaliação médica

QUADRO 13 - Atitudes dos professores frente aos distúrbio de aprendizagem.

O quadro 13 mostra que as escolas pesquisadas possuem um envolvimento muito próximo dos pais e responsável, uma vez que, os procedimentos adotados pelas escolas evidenciam uma preocupação com o ensino aprendizagem no município de Terra Roxa, atuando com ações afetivas de orientações junto aos pais, quando se constata qualquer distúrbio de aprendizagem.

De acordo com os dados, as atitudes mais comuns dos professores frente os alunos que apresentam distúrbio de aprendizagem, são:

- Apoio pedagógico;
- Encaminhamento à avaliação psicoeducacional;
- Coleta de dados junto à família do educando;
- Encaminhamento à avaliação médica

É importante salientar que estas assistências são internas na escola, e somente em alguns casos, realiza-se em um local específico. Sendo que, as

escolas não têm parceria com nenhuma instituição de assistência à saúde do município. Contudo estas ações têm ajudado na prevenção para controle de distúrbios de aprendizagem.

O quadro 14 a existência ou não de políticas públicas que promove os desenvolvimentos físicos, sociais, emocionais e cognitivos das crianças.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
SIM	SIM	SIM
A prefeitura contrata um psicólogo por 10h, para atender todas as crianças do município.	Infelizmente é insuficiente para atender os que necessitam e precisam destes atendimentos.	Mas não atende a demanda

QUADRO 14 - Projetos de Políticas Públicas Municipais.

Vale salientar que, quanto os projetos municipais que promove os desenvolvimentos físicos, sociais, emocionais e cognitivos das crianças, as escolas pesquisadas revelaram que este existe, contudo não atende a demanda, os profissionais envolvidos não conseguem atender todos, é insuficiente para o número de alunos, dificultando assim uma ação efetiva capaz de melhorar o desenvolvimento das crianças.

Ao serem questionados quanto a como deveria ser a assistência a saúde das crianças do ensino municipal de Terra Roxa, PR, os entrevistados responderam conforme quadro 15.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
- Deveria ter profissionais específicos, inclusive para atendimento às escolas.	- Dar mais assistência, principalmente, odontológico, fonoaudiológico e em alguns casos psicológico, pois este não consegue atender a demanda	- Deveria ter prioridade para atendê-las

QUADRO 15 – Modelo de assistência à saúde das crianças do ensino municipal.

Os dados demonstram que existe espaço para melhoria nos programas já implantados, destaca-se a necessidade de ações efetivas voltadas a tender as crianças, capaz de trazer melhores resultados, destacando a necessidade de profissionais de diversas áreas voltadas a um só foco – o bem estar da criança.

Uma parceria entre as escolas e a administração municipal poderia trazer bons resultados.

O quadro 16 evidencia as palavras dos próprios entrevistados.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy
- Deveria ter um lugar específico para que os alunos pudessem ir até lá para serem atendidos.	- Deveria ter um centro com todos os equipamentos necessários e básicos para atender as crianças de nossas escolas.	- Este projeto deveria ser abrangente e eficiente com rápido atendimento.

QUADRO 16 – Modelo proposto para o Projeto.

Segundo a pesquisa, a implantação do projeto de assistência à saúde dos alunos das escolas municipais de Terra Roxa, deveria começar com um local específico para serem realizados os atendimentos e que comportasse a demanda no atendimento com profissionais e educadores envolvidos.

Para o município, a implantação o programa viriam beneficiar diretamente aos alunos e somar com as expectativas de resultados positivos no ensino aprendizagem da região. Conforme relatou o entrevistado da Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar, “a implantação do projeto ajudaria muito no desenvolvimento escolar dos alunos, reduzindo alguns distúrbios de aprendizagem”. Com atendimento do projeto “os alunos teriam melhor desenvolvimento cognitivo psicológico e emocional”.

Conforme a Escola Municipal Rainha dos Apóstolos tal projeto “iria e muito mudar as condições de nossos alunos carentes, que não tem condições de

pagar um dentista, fonoaudiólogo etc”. Assim, com o atendimento integral, “teria-se grandes vantagens, porque a criança sadia e bem nutrida melhora e muito seu desenvolvimento e sua capacidade”.

Ainda neste sentido, relatou o entrevistado da Escola Municipal Presidente Kennedy que “Mudaria tudo. Pois os alunos teriam acompanhamento de vários profissionais, que garantiriam seu bem-estar físico e psíquico”. O acompanhamento integral “com isso as crianças teriam um desenvolvimento muito maior ajudando assim na sua aprendizagem e na sua interação com meio em que ela vive”.

Ressalta-se ainda que, para o município, o projeto aumentaria os resultados positivos de ação assistencial, bem como a satisfação dos alunos e pais e educadores da região.

O quadro 17 mostra o número de quantos profissionais que seriam necessários em cada área, para dar conta da demanda, segundo os entrevistados.

Escola Municipal Maximiriam Bárbara Gaspar	Escola Municipal Rainha dos Apóstolos	Escola Municipal Presidente Kennedy																				
- Para cada escola, no mínimo um profissional em cada área para dar um bom atendimento.	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Profissionais</th> <th>Nº</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Físico</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>- Psíquico</td> <td>02</td> </tr> <tr> <td>- Odontológico</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>- Atendimento para deficientes</td> <td>02</td> </tr> </tbody> </table>	Profissionais	Nº	- Físico	02	- Psíquico	02	- Odontológico	03	- Atendimento para deficientes	02	<table border="1"> <thead> <tr> <th>Profissionais</th> <th>Nº</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>- Físico</td> <td>01</td> </tr> <tr> <td>- Psíquico</td> <td>02 c/ 40h</td> </tr> <tr> <td>- Odontológico</td> <td>03</td> </tr> <tr> <td>- Atendimento para deficientes</td> <td>02</td> </tr> </tbody> </table>	Profissionais	Nº	- Físico	01	- Psíquico	02 c/ 40h	- Odontológico	03	- Atendimento para deficientes	02
Profissionais	Nº																					
- Físico	02																					
- Psíquico	02																					
- Odontológico	03																					
- Atendimento para deficientes	02																					
Profissionais	Nº																					
- Físico	01																					
- Psíquico	02 c/ 40h																					
- Odontológico	03																					
- Atendimento para deficientes	02																					

QUADRO 17 – Profissionais Participantes do Projeto

Conforme dados da pesquisa, o atendimento deveria ser realizado em local próprio e bem equipado, onde pudessem ser atendidas as crianças de todas escolas municipais, de Terra Roxa. Todavia, ressalta-se que os entrevistados consideram relevante um atendimento localizado nas próprias escolas, uma vez que

o profissional psicólogo estaria mais próximo dos alunos e provavelmente obteria um melhor resultado no acompanhamento das unidades escolares da região.

4.2 Proposta Sugestiva de Projeto de Atendimento Integral a Saúde dos Alunos da Rede Municipal de Ensino em Terra Roxa

Com base nos achados das circunstâncias históricas passadas e presentes, nas teorias que fundamentaram a primeira parte deste estudo (teórica) e nas evidências coletadas junto às escolas pesquisadas, propõe-se, na figura a seguir, o modelo de uma proposta de atendimento integral à saúde no âmbito municipal de Terra Roxa, PR, onde se explicita as características principais deste.

Todavia torna-se relevante destacar que, através dos dados coletados é possível tecer algumas considerações que justificam o modelo proposto. Além das escolas pesquisadas não ter um programa de controle de evasão, faltas, e específico para deficiência de aprendizagem, quando se diagnosticam um caso de um educando com alguma deficiência, pela situação sócio-econômica e cultural dos pais, a própria escola encaminha a criança que aguardará pelo atendimento de um psicólogo.

Todavia há evidências de demanda reprimida, devido à demora neste atendimento o aluno acaba reprovando ou mesmo evadindo-se da escola e esta por sua vez não registra estes dados do aluno e acaba também esquecendo de dar a atenção necessária e continuada a esta criança.

Outro fator preocupante nas escolas é a obesidade infantil, esta é deixada de lado, não tem nutricionistas nas escolas para auxiliar na alimentação dos alunos, principalmente nas cantinas, os lanches são servidos sem preocupação com a alimentação saudável, como resultado o número de crianças e adolescentes obesos é cada vez maior, lembrando que a prevenção a partir da tenra idade é a forma mais eficaz de evitar doenças como depressão infantil, colesterol alto, comum hoje em crianças.

Ressalta-se que a saúde municipal não tem programas específicos para criança e adolescente, e que tem em seus atendimentos, objetivos curativos e não preventivos, pois a demanda é livre, atende pela ordem de chegada a todos. Nem mesmo o SUS com diversos programas como do idoso, dos cardiopatas, AIDS, não focou em suas prioridades a criança e o adolescente.

Destaca-se assim, a necessidade do SUS criar um programa que fosse executado em parceria com as prefeituras, viria a complementar as ações da política da fome zero, carro chefe do presidente Lula, e poderia estar atrelada a bolsa escola, bolsa alimentação, em parceria com o Estado com o programa do leite, com o objetivo de integralizar as ações voltadas as políticas de atendimento da criança e do adolescente.

Outra observação, até sem crítica, pois a saúde é e pode ser dinâmica em suas necessidades, mas rever a forma de gerir e monitorar com maior eficiência e controle as crianças e adolescentes inseridos nestes programas, de forma a não produzir maior desigualdades e proporcionar atendimento a todos dentro da faixa etária determinada.

A apresentação do designer deste projeto requer como complemento a inter-relação entre as categorias levantadas na pesquisa, com a disponibilidade de recursos, que deve ter como principal fonte a administração municipal.

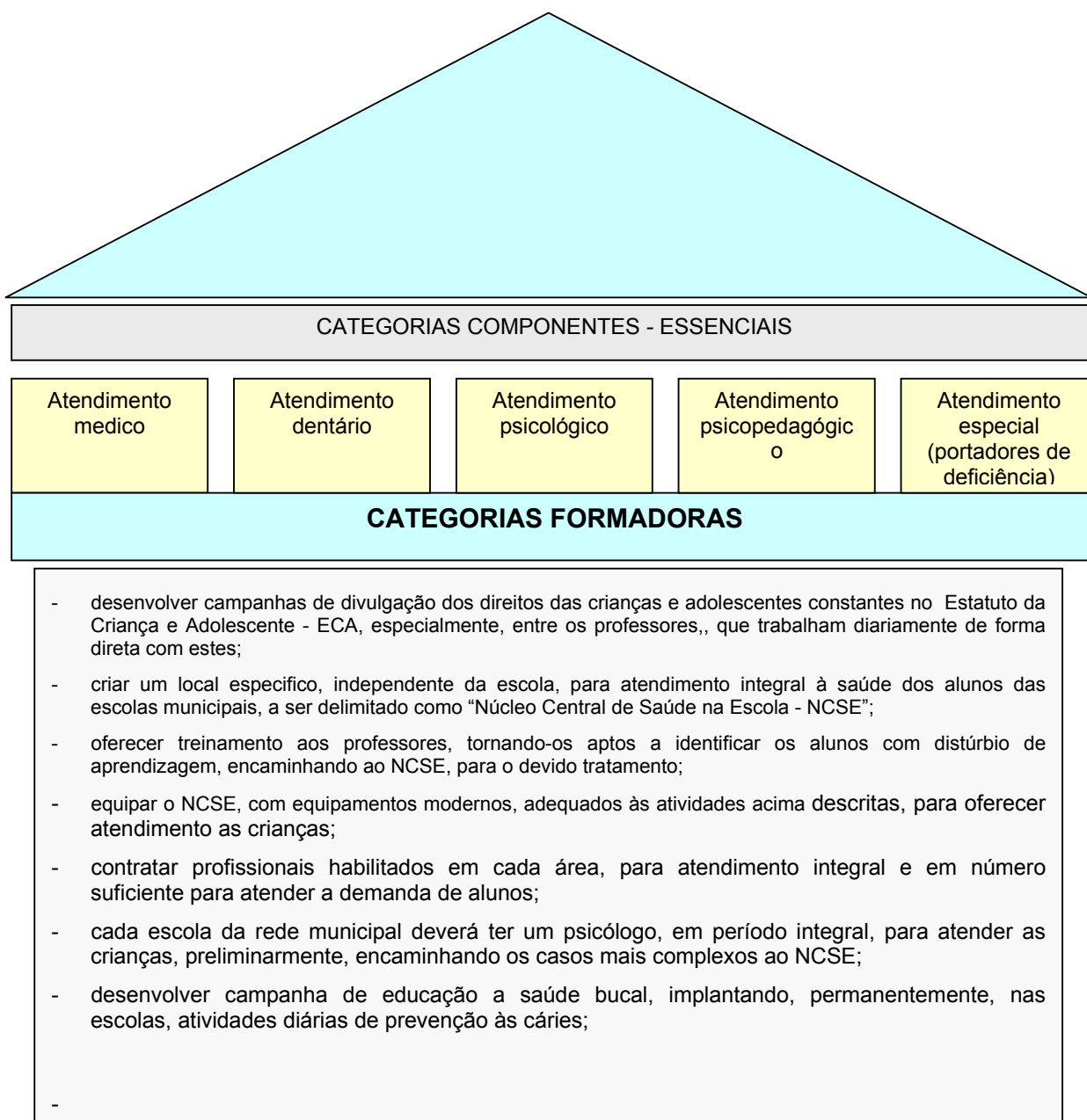


Figura 1 - Projeto de atendimento integral a saúde dos alunos da rede municipal de ensino em terra roxa PR.

CONCLUSÕES

5.1 Considerações Finais

A Constituição Federal, em seu artigo 227, consolidou no Brasil a doutrina da proteção integral às crianças e aos adolescentes. Com a inserção deste dispositivo, procedeu-se à virada de uma importante página na história dos direitos desta população, que passou a ser detentora de direitos atribuídos a todos os cidadãos, além de outros pela condição peculiar de pessoa em desenvolvimento e em situação de risco.

Essa doutrina, regulamentada e complementada pela Lei nº 8.069/90 que criou o Estatuto da Criança e Adolescentes (ECA), se expressa um conjunto de direitos a ser assegurado com absoluta prioridade, através das Políticas Públicas Setoriais, além dos direitos à proteção, e o efetivo atendimento desses direitos pelas instituições de execução de Políticas Públicas.

A demanda que justifica a implementação de Políticas Públicas está expressa no estatuto da Criança e do adolescente de forma inquestionável e contundente, nas ações setoriais historicamente desarticuladas nos indicadores sociais disponíveis no Brasil nas áreas que abrangem a Saúde, Educação, Trabalho, Assistência Social e Garantia dos Direitos, descritos nesse documento.

Destas áreas, o presente estudo enfocou saúde, como direito essencial às crianças e adolescentes do ensino municipal de Terra Roxa, PR e como fator preponderante ao sucesso da aprendizagem destas.

Os principais resultados da pesquisa indicam que os motivos que levam os alunos a faltar são: Falta de atenção dos pais, Saúde Física, Transporte e Saúde Psicológica, outro fator destacado pelos entrevistados, é o acompanhamento feito pelas escolas pesquisadas, visando avaliar a dificuldade/distúrbio na aprendizagem. Sendo que os mais frequentes são Distúrbio da Fala, da escrita, da Leitura e da Aritmética.

Segundo os entrevistados as causas mais comuns que levam a criança a apresentar um distúrbio de aprendizagem, são os fatores orgânicos, psicológicos e ambientais. Os dados mostram que há uma lacuna, ensejando a necessidade de melhorias.

Outro aspecto levantado na pesquisa, que merece atenção, é relacionado ao acompanhamento de incidência de cáries e doenças da gengiva nas crianças, aspecto não praticado pelas escolas pesquisadas, apenas uma escola informou que os professores passam orientação sobre a higiene bucal. Também o acompanhamento da deficiência visual foi questionado, sendo que duas escolas informaram que fazem este tipo de exame. Problema de audição é avaliado pelos professores, e se necessário encaminhado a especialistas.

Através da pesquisa foi possível verificar as atitudes das escolas pesquisadas quando o aluno apresenta um distúrbio de aprendizagem, dentre estas destacam apoio pedagógico, encaminhamento à avaliação psicoeducacional, coleta de dados junto à família do educando bem como encaminhamento à avaliação médica. Os dados apontaram a existência de um projeto de política pública municipal que promove os desenvolvimentos físico, social, emocional e cognitivo das crianças, todavia considerado insuficiente para atender a demanda dos alunos. Destacando assim a necessidade de um centro com todos os equipamentos necessários e básicos para atender as crianças do município, atendimentos Físicos, Psíquicos, Odontológicos e para deficientes.

Através dos dados é possível inferir que, as escolas pesquisadas apresentam deficiências em lidar com alunos que apresentam distúrbios de aprendizagem, e que estes não são tratados adequadamente. Destacando também a falta de projetos e profissionais capazes de auxiliá-las a no desenvolvimento integral da criança, principalmente relacionados à saúde da criança. Pesquisas indicam que há uma discrepância muito grande entre aluno de escolas públicas e privadas quando relacionadas aos tratamentos odontológicos, os alunos das escolas particulares puderam se consultar mais vezes com o dentista tiveram a oportunidade de obturar e restaurar seus dentes. Por outro lado, os alunos de colégios públicos, sem acesso ao tratamento odontológico, ficaram com seus dentes cariados, é sabida

que o melhor nível socioeconômico no Brasil tem representado maior regularidade no acesso a bens de consumo e serviços de saúde, especialmente através de convênios e consultórios particulares.

Esta realidade, nos induz a pensar que os direitos básicos da criança e adolescentes estão deixando de serem cumpridos, para crianças de nível socioeconômico diferente, e a escola não se manifesta, fica omissão, não cobra nem questiona os governantes do porque da omissão. Sendo que a escola poderia ser considerada um ponto de referência, para avaliar as necessidades dos alunos.

Lembrando, sobre os direitos de cuidados da saúde da criança, a Declaração de Otawa, é enfática neste sentido: Pais e crianças devem ter acesso aos programas destinados ao desenvolvimento delas e o pleno apoio para a aplicação, conhecimento básico de saúde de criança, nutrição, da higiene, serviço de saúde pública ambiental, prevenção de acidentes e educação sexual.

Neste contexto, os provedores de cuidados têm uma responsabilidade para reconhecer e promover estes direitos, e exigir que material e recursos humanos sejam providos em seu favor. Em particular todo esforço deverá ser feito para:

I) assegurar que os melhores interesses da criança sejam a considerações principais em cuidados de saúde;

II) afiançar para toda criança a provisão de ajuda médico adequado e cuidado de saúde com ênfase em assistência médica primária, assistência psiquiátrica pertinente às crianças que necessitem, administração de cuidados pertinentes às necessidades especiais das crianças inválidas;

III) desenvolver cuidados de saúde preventivos;

Usualmente, a educação é associada à escola e à aprendizagem, enquanto a saúde é ligada aos serviços ou cuidados relativos ao corpo e à mente. Ou seja, do ponto de vista do senso comum, educação e saúde têm aparecido como termos isolados e não como uma relação. Contudo, o presente estudo buscou

articular os dois temas, uma vez que, acredita-se que a saúde integral das crianças e adolescentes é fator preponderante à educação destas

A educação pode ser amplamente afetada por vários fatores ligada a saúde. Um estilo de vida que combina várias virtudes (alimentação, atividade física regular, acompanhamento médico, dentário e psicológico) pode melhorar a aprendizagem dos alunos e acima de tudo, proporcionar as estes, uma vida mais saudável.

Assim, torna-se necessário a participação mais ativa da escola, governantes, bem como dos pais, visando um único objetivo o bem estar da criança e adolescente.

Nessa formulação, a educação em saúde apresenta-se como demanda pública em relação ao Estado, com ênfase nas necessidades de consumo de serviços e de ampliação dos espaços democráticos.

No entanto, para que isso aconteça é preciso construir uma relação entre equipes de saúde (os profissionais que produzem serviços), grupos sociais (consumidores dos serviços), escolas e formuladores, implementadores e discutidores da política de saúde. Por meio desta relação, certamente apareceram possibilidades de alianças com outros grupos, como universidade, do próprio Ministério da Saúde, ou seja, com pessoas que se articulam e descobrem que tem algo em comum na questão.

5.2 Recomendações para Trabalhos Futuros

Para que não se tomem os resultados apresentados neste estudo como definitivos, a seguir apresentam-se algumas recomendações para trabalhos futuros:

- Replicar o estudo com propostas de gestão da saúde na escola para alunos da 5ª à 8ª série e ensino médio, que envolve apoio da esfera estadual, já que este nível de educação é de responsabilidade do Estado;
- Ampliar o detalhamento da proposta para viabilizar o acesso à saúde aos alunos da rede municipal de ensino de Terra Roxa, apresentada neste estudo, colocando-a em prática;
- Avaliar os resultados efetivos com a implantação proposta apresentada neste estudo, no sentido de viabilizar o acesso à saúde aos alunos da rede municipal de ensino de Terra Roxa, PR.

REFERÊNCIAS

ABREU, M.; MARTINEZ, A. F. "Olhares sobre a criança no Brasil: perspectivas históricas", in: Rizzini, Irene, org. **Olhares sobre a criança no Brasil: séculos XIX e XX**, Rio de Janeiro: Universitária, 1997.

ARROYO, M. As Bases da Educação Popular em Saúde. **Revista Radis**. Nov/Dez, 2001.

ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE DISLEXIA – ABD. **O que é Dislexia**. Disponível in: www.dislexia.org.br. Acessado em 23 de junho de 2004.

ASSUNÇÃO E.; COELHO, M. T. **Problemas de Aprendizagem**. São Paulo: Ática, 1989.

BANCO MUNDIAL. La Propuesta Educativa Del Banco Mundial. Disponível in: http://www.uninet.com.py/accion/203/la_propuesta.html, acessado em 10 de outubro de 2003.

BENETTI M.; NAHAS M. **Alterações na qualidade de vida em coronariopatas acometidos de infarto agudo do miocárdio, submetidos os diferentes tipos de tratamentos**. Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde 1999.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado, 1988.

_____. LEI N° 8.069 - **Estatuto da Criança e do Adolescente**. Brasília, DF: Senado, 13 de julho de 1990.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Assistência à Saúde. Sistema Único de Saúde. Departamento de Desenvolvimento, Controle e Avaliação dos Serviços de Saúde. **Roteiro para Auxiliar a Organização de Serviços de Controle e Avaliação**, 1995

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: leis, normas e portarias atuais**. Rio de Janeiro, 2001a.

_____. Ministério da Saúde. **Gestão Municipal de Saúde: textos básicos**. Rio de Janeiro, 2001b.

_____. Ministério do Trabalho e Emprego. **Nota Técnica à Portaria MTE/SIT/DSST n.º 6**, de 18 de fevereiro de 2000, alterada pela Portaria n.º 20, de 13 de setembro de 2001c.

_____. Ministério da Saúde. **Perfil Da Saúde Ambiental Infantil no Brasil Brasília**, Brasil, março 2003. Disponível in <http://www.cepis.ops-oms.org/bvsana/e/fulltext/perfiles/brasil.pdf>. Acessado em 21 de novembro de 2003a.

_____. Sistema Único de Saúde **Descentralização das Ações e Serviços de Saúde**. Disponível in http://www.sespa.pa.gov.br/Sus/Textos/SUS_descen.htm, . Acessado em 10 de fevereiro de 2003b.

CALSING, E. F. A. **Assistência Social no Contexto da Seguridade Social**. Brasília: MPAS, 1997

CARVALHO, M. C. B. **Brasil Criança Cidadã**. São Paulo:

IEE/PUC SP. Brasília. **Secretária de Assistência Social**, 1996.

CERVO, A. L.; BERVIAM, P. A. **Metodologia Científica**. São Paulo: Prentice Hall, 2002.

CONANDA. **Diretrizes Nacionais para a política de atenção integral À infância e adolescência nas áreas de Saúde, Educação, Assistência Social, Trabalho e Garantia de Direitos**. Curitiba : Pastoral da Criança, 1996. 28p.

COSTA, A. C. G. **O Estatuto da Criança e do Adolescente e a Política de Atenção à Infância e a Juventude**. Ciclo de Seminários: Discutindo a Assistência Social no Brasil. Brasília:CONANDA, 1995.

DANYLUK, O. **Alfabetização Matemática**. Porto Alegre: Sulina, 1998.

DEMO, P. **Metodologia científica em ciências sociais**. São Paulo: Atlas: Atlas, 1981.

ENGUITA, M. F. **Educar em Tempos Incertos**. São Paulo: Ed. Artimed, 2003.

FLORES, O. Educação Popular e cidadania. **Revista Radis**. Nov/Dez, 2001.

GAGNÉ, R.M. **Como se Realiza a Aprendizagem**. Rio de Janeiro, Livros Técnicos, 1974.

GENTILE, P. Hiperatividade. **Revista Escola**, ano XV, n. 132, maio de 2000.

GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. 5ª ed. São Paulo: Atlas, 1999.

GODOY, A. S. **Pesquisa Qualitativa**. Revista de Administração de Empresas. São Paulo. V. 35, n.º1995, p.20-29

GRANATO, P. **O instituto da adoção no Brasil**. São Paulo: Atlas, 2003.

GRUNSPUN, H. **O trabalho das Crianças e Adolescentes**. São Paulo: LTR, 2000.

HELENE, O. **A desigualdade educacional**. Disponível in: http://www.inep.gov.br/imprensa/artigos/desigualdade_educacional.htm Janeiro de 2003. Acessado em 20 de outubro de 2003.

ISHIDA, V. K. **Estatuto da Criança e Adolescente: doutrina e jurisprudência**. 3. ed. São Paulo: Atlas, 2001.

JUSTEN, C. C. **O Estatuto da Criança e do Adolescente**. Curitiba: Secretária do estado da Educação. Centro Brasileiro para Infância e adolescência, 1997.

MARTINELLI, R. **Trajatória Histórica e a Relação Estado/Sociedade**. Disponível in <http://www.cse.ufsc.br/~neta/artigos.htm>, 2003. Acessado em 05 de março de 2004

MARTINS, A. G. **O Direito do Menor**. São Paulo: Universitária, 1988.

MORAN, J. M.; MASSETO, M.T.; BEHRENS, M. A. **Novas tecnologias e mediação pedagógica**. Campinas: Papyrus, 2000.

NAHAS, V. **Atividade Física, Saúde e Qualidade de Vida: conceito e sugestões para um estilo de vida ativo**. Londrina: Midiograf, 2001.

NAHAS, M. V. N; FRANCALACCI, V.L.; ALVAREZ, B.R. Hábitos de saúde e aptidão física dos servidores da UFSC. **Relatório de pesquisa não publicado. Núcleo de pesquisa em atividade física e saúde, Centro de Desportos**: Florianópolis, Universidade Federal de Santa Catarina, 1995.

NISKIER, A. **LDB: A Nova Lei da Educação: Tudo Sobe a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional: uma visão crítica**. Rio de Janeiro: Consultor, 1998.

NUNES, T. **Dificuldades na Aprendizagem da Leitura: Teoria e Prática**. 2 ed. São Paulo: Cortez, 1997.

OLIVEIRA, S. L. **Tratado de metodologia científica – projetos de pesquisas, TGI, TCC, monografias, dissertações e teses**. São Paulo: Pioneira, 1999.

OTAWA. **Declaração de Adelaide, Declaração de Sundsvall, Declaração de Santafé de Bogotá, Declaração de Jacarta, Rede de Megapaises e Declaração do México**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001.

PAIVA, B. A. Políticas Sociais no Brasil Contemporâneo: Dilemas Perspectivas e Desafios. **Encontro Nacional de Pesquisadores em Serviço Social**, 1995.

PIAGET, J. **Psicologia da Inteligência**. Rio de Janeiro, Zahar, 1970.

RICHARDSON, R. J. **Pesquisa Social**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 1999.

RIZZINI, I. (organizador). **Olhares Sobre a Criança no Brasil: séculos XIX e XX**, Rio de Janeiro: Universitária, 1997.

SANTOS, C.C. **Dislexia específica de evolução**. São Paulo: Sarvier, 1975.

SEVERINO, A. J. **Revista de Educação AEC** Ano 29 nº 114 jan/mar 2000.

SILVA, R. **Construção do Estatuto da Criança e do Adolescente**. São Paulo: USP, 2000.

SOUZA, F. H. M. **Estratégias do Banco Mundial e Definição de Políticas Educacionais no Brasil**. Disponível in: http://www.apropucsp.org.br/r14_r4.htm. acessado em 10 de outubro de 2003.

SOUZA, D. B. ; FARIA, L. C. M. O processo de Construção da Educação municipal pós LDB 9394/96: políticas de financiamento e gestão. In **Desafios da Educação Municipal**. Rio de Janeiro, DP&A Editora, 2003.

SPOSATI, A. **A Lei Orgânica da Assistência Social e a Política de Atenção a Infância e a Juventude**. Ciclo de Seminários” Discutindo a Assistência Social no Brasil. Brasília:MPAS,1996.

TASSI, M. M. **Estatuto Da Criança E Do Adolescente**. Disponível in <http://www.reprodusite.hpg.ig.com.br/estatuto.htm>, Acessado em 10 de novembro de 2003.

UNICEF BRASIL. **Declaração dos Direitos da Criança**. Disponível in: http://www.unicef.org/brazil/decl_dir.htm, acessado 25 de novembro de 2003.

WALTON, M. **Fim da Desigualdade Social na América Latina Requer Reformas Institucionais e Políticas**. Disponível in: <http://www.bancomundial.org.br/index>. Acessado em 12 de dezembro de 2003.

YIN, R. K. **Estudo de caso: planejamento e métodos**. 2.ed. Porto Alegre: Bookman, 2001.

ANEXO

Terra Roxa, 6 de julho de 2004.

Prezado(a) Gestor

Para concretizar minha contribuição no curso de Mestrado em Engenharia de Produção, necessito de sua valorosa ajuda em responder o questionário anexo. Gostaria de salientar que as perguntas ora apresentadas são estritamente para fins de pesquisa acadêmica e análise, não envolvendo aspectos confidenciais. A confidencialidade das respostas individuais é garantida pelo Código de Ética de Pesquisa.

Aproveito ainda, para colocar-me à vossa disposição para possíveis contatos através do telefone 44- 36451415, assim como disponibilizar também telefone da Instituição da qual faço mestrado 48- 3317003, Secretaria de Pós Graduação da Universidade Federal de Santa Catarina .

Antecipo meus agradecimentos na certeza da compreensão dos motivos que me levaram a convidá-lo(a) para partilhar desta missão, comprometendo-me retornar com os resultados alcançados. Assim, aproveito a oportunidade para, tão logo tenha concluído esta etapa, convidá-lo para a apresentação dos resultados em local, data e horário a serem definidos oportunamente.

Atenciosamente

Maria do Rocio Fagundes Ramos

1. Quantos alunos são atendidos pela escola?

Educação infantil _____

Ensino fundamental _____

2. Qual o índice (%) geral de faltas em comparação aos dias letivos?

3. A escola possui algum programa de controle de evasão?

() Sim

() Não

Qual?

Por que?

3.1 Na sua opinião quais as causas de evasão e reprovação?

4. Quais os 3 principais fatores que levam o aluno a faltar as aulas?

() falta de atenção dos pais

() trabalho infantil

() saúde física

() saúde odontológica

() saúde psicológica

() transporte

5. O que você entende por distúrbios de aprendizagem?

6. A escola faz algum tipo de acompanhamento visando identificar e avaliar alguma dificuldade/distúrbio na aprendizagem?

() Sim

() Não

Por que?

7. Quais os tipos de distúrbios de aprendizagem mais encontrados na sua escola?

() Distúrbio da fala

() Distúrbio da escrita

() Distúrbio da leitura

- Distúrbio da Aritmética
- Distúrbios psicomotores
- Distúrbios da saúde
- Distúrbios de comportamento
- Outros

7.1 A escola tem identificado fatores físicos e psíquicos que interferem na aprendizagem?

- De visão
- Audição
- Disgrafia
- Dislalia
- Deficiência mental leve

8. Na sua opinião, quais as causas mais comuns que levam a criança a apresentar um distúrbio de aprendizagem?

- a - Fatores orgânicos:
- saúde física (deficiente)
 - falta de integridade neurológica
 - alimentação inadequada

- b – Fatores psicológicos:
- inibição
 - ansiedade
 - inadequação à realidade
 - sentimento generalizado de rejeição
 - superproteção dos pais

c – Fatores ambientais:

- Tipo de educação familiar
- Grau de estimulação que a criança recebeu desde os primeiros dias de vida
- Influências do meio de comunicação
- sócio-econômico

9. Existe demanda reprimida no atendimento das causas identificadas?

9.1. Se há quais dão as causas?

10. Qual a situação sócio-econômica destas crianças que apresentam deficiência de aprendizagem?

11. Qual é o envolvimento e interesse dos pais no processo de aprendizagem das crianças?

- Participam de reuniões

- Visitam a escola frequentemente
- Não participam de reuniões
- Outro

12. A escola faz algum acompanhamento da incidência de cáries e doenças da gengiva nas crianças das escolas municipais.

- Sim
 - Não
- Porque?

13. Existe algum programa que visa detectar e encaminhar o aluno portador de deficiência visual e de audição para avaliação e tratamento?

- Sim
 - Não
- Por que?

14. Que atitudes são tomadas na sua escola quando um aluno apresenta um distúrbio de aprendizagem ou deficiência?

- apoio pedagógico individualizado;
- encaminhamento à avaliação psicoeducacional
- coleta de dados junto à família do educando;
- encaminhamento à avaliação médica (psicológica, neurológica, fonoaudiológica, pediátrica, oftalmológica, etc.)

14.1 Estas assistências são internas na escola, com o atendimento de profissionais ou em um local específico?

14.2 Explique como funciona tal assistência?

14.3 Existe alguma parceria com alguma instituição de assistência a saúde do município?

- Sim Não

15. Existem projetos de políticas públicas municipais que promovam o desenvolvimento físico, social, emocional e cognitivo das crianças?

- Sim
- Não

Quais? Fale de cada um?

16. Como você acha que deveria ser a assistência à saúdes das crianças que fazem parte do ensino municipal?

17. Se fosse criado e implantado um projeto de assistência integral à saúde dos alunos das escolas municipais, como este deveria ser na sua opinião?

18. Neste caso, o que iria mudar na escola com a implantação deste projeto?

19. Deveria criar-se um local próprio para este atendimento, ou o mesmo deveria ser em cada escola?

20. Quantos profissionais deveriam atender, em cada área, para dar conta da demanda?

Físico _____

Psíquico _____

Odontológico _____

Atendimento a Deficientes _____

21. Quais as vantagens da escola em dar assistência integral à saúde da criança?