

Alves Marques Pintor, Nelma; Clinton Llerena Jr, Juan; Alves Costa, Valdelúcia
Educação e saúde: um diálogo necessário às políticas de atenção integral para pessoas com deficiência
Revista Educação Especial, vol. 25, núm. 43, mayo-agosto, 2012, pp. 203-216
Universidade Federal de Santa Maria
Santa Maria, Brasil

Disponível em: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=313127405003>



Revista Educação Especial,
ISSN (Versão impressa): 1808-270X
revistaeducacaoespecial.ufsm@gmail.com
Universidade Federal de Santa Maria
Brasil

Educação e saúde: um diálogo necessário às políticas de atenção integral para pessoas com deficiência

Nelma Alves Marques Pintor*
Juan Clinton Llerena Jr.**
Valdelúcia Alves Costa***

Resumo

Este trabalho tem por objetivo refletir sobre a importância do diálogo entre a educação e a saúde, pensadas como políticas públicas basilares no contexto da atenção integral às pessoas com deficiência. É notória a dificuldade enfrentada por essas áreas para estabelecer um diálogo convergente que resulte no planejamento de ações intersetoriais para a promoção da saúde, qualidade de vida e inclusão social e educacional dos deficientes, principalmente os deficientes mentais. Com base em estudos de autores brasileiros buscamos elucidar alguns fatos que reforçam a necessidade do diálogo e que não justificam a perpetuação do hiato entre esses campos do conhecimento. Apresenta os resultados parciais de uma experiência de intersectorialidade entre essas áreas na Rede Municipal de Ensino de Niterói (Rio de Janeiro, Brasil) com alunos com deficiência, na qual se destaca a ausência de uma cultura de participação popular nas políticas públicas locais.

Palavras-chave: Inclusão Escolar; Deficiência; Intersetorialidade; Políticas Públicas; Promoção a Saúde.

Education and Health: a necessary dialogue policies of comprehensive care for people with disabilities

Abstract

This work aims to reflect on the importance of dialogue between education and health, basic thought of as public policy in the context of comprehensive care to people with disabilities. These findings emphasize the difficulty faced by these areas to establish a dialogue that results in convergent planning intersectoral action for health promotion, quality of life and social and educational inclusion of disabled people, especially the mentally handicapped. Based on studies of Brazilian authors seek to clarify some facts that underscore the need for dialogue and do not justify the perpetuation of the gap between these fields of knowledge. Presents the partial results of an experience of intersectionality

* Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher (IFF/FIOCRUS). Docente da Universidade Estácio de Sá. Coordenadora de Educação Especial da Secretaria Municipal de Educação de Niterói, Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

** Médico Geneticista. Chefe do Departamento de Genética Médica (IFF/FIOCRUZ), Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, Brasil.

*** Professora do Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal Fluminense (UFF), Niterói, Rio de Janeiro, Brasil.

between these areas in the municipal schools of Niterói (Rio de Janeiro, Brazil) with students with disabilities, which stresses the absence of a culture of popular participation in local public policies.

Keywords: School Inclusion; Disability; Intersectoral; Public policy; Health Promotion.

Este artigo tem como objetivo refletir sobre a necessidade do diálogo entre a educação e a saúde como políticas públicas basilares no contexto da atenção integral às pessoas com deficiência. Para tal, é importante destacar que o Brasil apresentou cerca de 14,7 milhões de pessoas com deficiência no censo do ano 2000, indicador que justifica o aprimoramento dos serviços de atenção integral dispostos nas políticas públicas, a fim de que sejam capazes de responder às suas demandas. Nesse contexto, é reconhecida a autoridade das disciplinas da educação e da saúde quanto ao domínio científico legitimado socialmente e que as capacitam a analisar as questões sociais referentes a essa categoria de pessoas. Entretanto, é notória a dificuldade enfrentada por ambas as áreas para estabelecer um diálogo convergente que resulte no planejamento de ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida dessas pessoas e, conseqüentemente, sua inclusão social e educacional.

Portanto, o diálogo, além de importante, complementa os papéis entre esses setores conforme Candeias (1997) e Silva e Tavares (2004), e amplia a capacidade de interlocução de seus respectivos profissionais, definindo papéis e contribuições de cada área no atendimento integral à saúde das pessoas com deficiência.

Uma experiência de ação intersetorial entre educação e saúde na Rede Municipal de Ensino de Niterói/RJ ilustra os efeitos dessa articulação sobre a escola e os alunos, desvelando a necessidade de melhor consolidação desse diálogo.

A consolidação de políticas públicas de atendimento às pessoas com deficiência

A integração das áreas da educação e saúde, entre outras como assistência social, trabalho, justiça, é apontada como condição indispensável pelas políticas públicas, mas pouco exequíveis na prática. As possibilidades intersetoriais se encontram afirmadas em documentos oficiais nacionais dos Ministérios da Educação e da Saúde como a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência (MS, 2006) e a Agenda de Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil (MS, 2004). Estudos como os de Collares e Moysés (1996), Belisário Filho (1999), Werner (2005), Glat, Fernandes e Pontes (2006), entre outros, atestam os benefícios que podem ser gerados por esse diálogo para ambas as áreas disciplinares e, principalmente, para os profissionais e usuários desses serviços.

A necessidade de um diálogo entre a educação e a saúde vem se consolidando por meio de orientações integracionistas presentes nos textos legais, como a Política Nacional de Integração da Pessoa Portadora de Deficiência (Lei n. 7.853, de 24 de outubro de 1989) e a Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência, a Lei Orgânica da Saúde (LEI n.º 8.080/1990), o Decreto n. 3.298/1999, entre outros.

A partir da década de 1980 do século XX, a urgência por esse diálogo se amplia com as propostas de inclusão educacional da pessoa com deficiência nos sistemas de escolas comuns e com os movimentos internacionais de luta pelos seus direitos, como por exemplo, o Encontro Mundial de Educação Para Todos (JONTIEM, 1990) e o Encontro Mundial na cidade de Salamanca (Espanha), do qual resultou a Declaração de Salamanca e suas Linhas de Ação (1994). Nesses documentos estão as proposições educativas que visam restabelecer e consolidar os direitos e a dignidade dessas pessoas, buscando garantir a inclusão social, romper com o preconceito e a discriminação de que são alvos.

Reforçando essas proposições foram deliberados outros dispositivos legais no Brasil que referendam a política nacional de inclusão educacional dos alunos com necessidades especiais, como por exemplo, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº 9.394/1996), o Estatuto da Criança e do Adolescente (Lei nº 8.069/1990), o Plano Nacional de Educação (Lei nº 10.172/2001), o Decreto nº 3.292/1990, que regulamenta a Lei nº 7.853/89 (BRASIL, 2004), a Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (2007) e a Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva (SEESP/MEC, 2008).

Em sentido amplo, entende-se por inclusão social a garantia à todas as pessoas ao acesso a todos os espaços da vida em sociedade; e por inclusão educacional a garantia de acesso, permanência e aprendizagem com qualidade nas escolas comuns aos alunos com necessidades especiais de ordem sensorial, físico-motoras, intelectual e outras adquiridas ou congênitas, de caráter temporal ou permanente, além dos alunos que possuem altas habilidades/superdotação.

A Política Nacional de Educação Especial (MEC/SEESP, 2004a, p. 328), quanto à inclusão de alunos com deficiência nos sistemas regulares de ensino, preconiza que

Atender às necessidades específicas de cada deficiência exige, entre outras condições, a interlocução com outras áreas de saberes, como é o caso do conhecimento médico, forjando com as propostas de ações intersetoriais com vista ao atendimento integral da pessoa com deficiência.

A noção de integralidade como uma atitude médica desejável é uma característica dos valores sociais dos tempos atuais e como proposta de ação é discutida sob vários ângulos com o objetivo de situá-la como condição de efetivação da promoção de saúde. Segundo Silva e Tavares (2004), o princípio da integralidade se materializa por intermédio das várias categorias de relações que se estabelecem entre os servidores e usuários dos serviços de saúde, devendo ser pensada a partir dos princípios de igualdade e equidade. Isso porque é reconhecida a desigualdade nos padrões de saúde da população, bem como entre as classes sociais, o que reproduz a desigualdade de acesso aos bens e serviços de saúde pelas comunidades. Nesse sentido, a integralidade pressupõe a articulação entre os vários setores de política pública por meio da intersetorialidade, visando superar a desigualdade e se constituindo como essência da política pública de saúde.

De acordo com Buss (2000, p. 167), um dos conceitos relativos à Promoção de Saúde entende-a como resultado da interrelação de uma ampla gama de fatores com a qualidade de vida incluindo:

[...] um padrão adequado de alimentação e nutrição; e de habitação e saneamento; boas condições de trabalho; oportunidades de educação ao longo de toda a vida; ambiente físico limpo; apoio social para famílias e indivíduos; estilo de vida responsável; e um espectro adequado de cuidados de saúde.

Dessa forma, a educação, entre outros fatores, é considerada como condição de saúde e, mais além, um fator predeterminante de saúde, confirmando a concepção de que saúde não é apenas a ausência de doença. Entretanto, a efetivação de educação não pode prescindir de ações articuladas com outros setores sociais, se ela deseja realmente promover saúde para a população.

A ideia-força da intersetorialidade, segundo Andrade (2006), surgiu como movimento reflexivo sobre saúde na década de 1970 por ocasião da Conferência de Alma-Ata (1978), na Rússia, avançando como um dos eixos centrais de discussão nas cinco Conferências Mundiais de Promoção de Saúde, promovidas pela Organização Mundial de Saúde, no período de 1986 a 2000.¹ Ela se baseia na articulação entre os setores responsáveis pela operacionalização das políticas públicas de forma integrada, sem a supremacia de um sobre o outro, mantendo suas especificidades, mas compartilhando saberes que passam a ser incorporados por todos os envolvidos em prol da garantia da qualidade de vida. Assim, segundo Junqueira & Inojosa (1997, s.p.), entende-se por intersetorialidade “a articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeito sinérgico em situações complexas visando o desenvolvimento social, superando a exclusão social”.

No cenário brasileiro, o estudo para a compreensão da implantação das estratégias intersetoriais tem sido efetivado: a) pela análise dos conceitos de sistema e de redes como meio de articular diversos setores sociais para criar

conhecimentos e intervir na realidade (JUNQUEIRA, 2000); b) da análise da interdependência entre os conceitos de descentralização e de intersetorialidade visando explicar a articulação entre os serviços públicos na resposta às demandas dos cidadãos (JUNQUEIRA, 2005); c) da opção pela utilização de ações intersetoriais como via de promoção da saúde (CAMPOS, BARROS e CASTRO, 2004); d) de qualidade de vida pelo movimento da 'Cidade Saudável' (WESTPHAL e MENDES, 2000); pelo estudo e sistematização de alguns passos julgados necessários para desenvolver um planejamento municipal que adote a perspectiva intersetorial (TEIXEIRA e PAIM, 2000), entre outros.

Mesmo diante da complexidade (BUSS, 2000) e dos dilemas (ANDRADE, 2006) para a operacionalização e mediação de ações intersetoriais, é imprescindível a manutenção do diálogo acerca dos saberes e fazeres entre os diversos setores das instâncias governamentais. Portanto, esse processo requer a criação de redes intersetoriais juntamente ao fomento à uma nova cultura organizacional que avance do fragmento para o todo, do individual para o coletivo, do vertical para o horizontal, do fechado para o aberto. Quanto a isso, Bourguignon (2005, s/p) afirma que:

[...] o termo rede sugere a ideia de articulação, conexão, vínculos, ações complementares, relações horizontais entre parceiros, interdependência de serviços para garantir a integralidade da atenção aos segmentos sociais vulnerabilizados ou em situação de risco social e pessoa.

Nesse sentido, os setores de uma mesma esfera administrativa podem se articular para oferecer serviços públicos relevantes à sua comunidade, como por exemplo, a experiência de ação intersetorial entre educação e saúde desenvolvida pela Coordenação de Educação Especial/CEE na Rede Municipal de Ensino de Niterói/RJ, cuja experiência se constituiu como abordagem parcial de tese de doutorado (PINTOR, 2011) do Programa de Saúde da Mulher e da Criança do IFF/FIOCRUZ no Programa de Pós-Graduação de Saúde da Mulher e da Criança do IFF/FIOCRUZ, com aprovação no Comitê de Ética CEP-IFF e Registro n. 0007/2009.

A experiência teve como objetivo estabelecer parcerias com instituições locais e estaduais, visando promover programas e projetos internos, a fim de subsidiar escolas e professores com o atendimento complementar de saúde à alunos da educação infantil, ensino fundamental e educação de jovens e adultos .

Da articulação e do diálogo entre essas e outras instâncias, esperava-se produzir o *empoderamento* individual e coletivo dos envolvidos (WEARE, 2002). Segundo a autora, o *empoderamento* é o princípio chave visando atividades de promoção da saúde, uma vez que decorre do processo de participação individual ou grupal no planejamento e execução das políticas sociais.

Dos parceiros no campo da saúde, foram destacadas para este artigo as ações organizadas e desenvolvidas junto à Associação Fluminense de Reabilitação (AFR) no período de 2006 a 2009. A AFR é uma instituição filantrópica fundada em 1959 e se constitui em Centro de Referência de Alta Complexidade em Medicina Física e Reabilitação junto ao Ministério da Saúde (MS)². Entre os serviços que desenvolve, de forma inter e multidisciplinar, estão os da área da fisioterapia, da fonoaudiologia, da psicologia, da psicopedagogia, da terapia ocupacional e serviço social.

Em julho de 2006 teve início um espaço de diálogo e negociação em torno da proposta de estabelecimento de ações conjuntas entre a Secretaria e a Fundação Municipal de Educação de Niterói (SME/FME) e a AFR para o atendimento inter e multidisciplinar para alunos com deficiência e com necessidades educacionais especiais, indicados pela Coordenação de Educação Especial (CEE). O diálogo visou estabelecer um planejamento de ações materializado por meio de um Convênio, tendo por objetivo prestar serviços técnico-científicos para os professores e profissionais da educação da SME/FME, bem como oferecer atendimento médico complementar nos setores de psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, fisioterapia, terapia ocupacional, neurologia e serviço social, prioritariamente para alunos com deficiência incluídos nas escolas da rede municipal de ensino de Niterói, Rio de Janeiro.

Metodologia

Os sujeitos envolvidos na ação foram 100 alunos por ano, de 2006 a 2009, de 6 a 14 anos com necessidades educacionais especiais e com deficiência intelectual, visual, auditiva, físico-motora e transtornos globais de desenvolvimento; os profissionais da educação da SME/FME e os profissionais da saúde da AFR.

As Estratégias de Atendimento iniciaram com cada instituição (SME/FME e AFR) indicando um 'porta-voz' como elo das relações entre os profissionais, as famílias e a comunidade escolar com finalidade de acompanhar o desenvolvimento das ações. Após avaliação da necessidade de atendimento complementar de saúde solicitado pela escola, o profissional da CEE procedia ao encaminhamento do aluno para atendimento na AFR tendo em mãos um documento de encaminhamento, a fim de que a família comparecesse à AFR para marcação da Anamnese e dos atendimentos destinados ao seu filho.

Os atendimentos na AFR iniciavam após a avaliação e confirmação do diagnóstico do aluno pelos setores competentes. A avaliação e acompanhamento dos atendimentos e das ações desenvolvidas pela AFR foram realizados pela CEE mediante a escuta dos professores em encontros de planejamento e estudo nas escolas municipais e por meio de relatório mensal enviado pela AFR, contendo informações sobre o trabalho desenvolvido no período em relação às escolas (palestras, visitas, reuniões, estudo de casos, dentre outros) e aos

alunos (relação nominal de alunos atendidos por escola, por deficiência e por setor com a respectiva evolução dos atendimentos ao aluno).

As ações intersetoriais foram complementadas com a participação dos profissionais da CEE em encontros com os professores e profissionais da educação, na AFR, para discussão dos casos dos alunos em atendimento.

Resultados

A AFR realizou pesquisas em dezenove municípios brasileiros com apoio técnico e financeiro do MS, sendo a primeira delas em Niterói/RJ nos anos de 1992 e 1993, denominado “Estudo de Prevalência de Incapacidade”, utilizando a metodologia da Organização Pan-Americana de Saúde (OPS) tendo como objetivo indicar, por amostragem, a prevalência de incapacidade em Niterói/RJ. Naqueles anos, o índice de prevalência encontrado foi de 7,5%.

Em 2006, visando atualizar os dados sobre a realidade epidemiológica das deficiências no Município de Niterói/RJ, o Relatório de Pesquisa (2006, p.20) revela que a taxa de prevalência foi de 9,38%. Portanto, inferior à taxa comparativa encontrada no Censo Demográfico do IBGE (2000), que foi de 14,5%. Os resultados desse estudo chamou a atenção para o percentual de 44% de deficiências mentais e psicológicas na população de 5 a 9 anos e de 17% na faixa dos 10 a 19 anos. As deficiências de linguagem apresentaram índices significativos de defasagem de 13% na faixa de 5 a 9 anos e de 19% na faixa de 10 a 19 anos (AFR, 2006, p. 17), sugerindo a hipótese de uma relação com os índices encontrados de deficiências mentais e psicológicas.

Coerentemente com esses dados, havia na população escolar da rede municipal de ensino em 2006, alunos com deficiência e com necessidades educacionais especiais na faixa dos 5 aos 19 anos de idade, julgados pelos professores com necessidade de atendimento complementar nos setores de saúde. Diante dessa realidade, foi efetivado um Convênio de Apoio Técnico e Científico entre a Associação Fluminense de Reabilitação e a Fundação Municipal de Educação de Niterói/FME buscando sedimentar uma política intersetorial em desenvolvimento na cidade.

Nos anos de 2006 a 2009 foram atendidos 100 alunos a cada ano, nos setores de psicologia, fonoaudiologia, psicopedagogia, fisioterapia, terapia ocupacional, neurologia e serviço social, dependendo da demanda individual de cada aluno, participando de dois ou mais atendimentos concomitantemente. Houve casos em que o aluno permaneceu por mais de um ano no(s) atendimento(s), até o momento da alta do atendimento.

Entre os resultados alcançados até o mês de outubro de 2009, além dos atendimentos na área de saúde nos setores acima citados para os 100 alunos com deficiência, no período de quarenta e oito meses, aconteceram

setenta e nove encontros entre os profissionais da AFR e os profissionais da educação (SME/FME/CEE/Profissionais das escolas).

Desde o início do Convênio, em agosto de 2006 até dezembro de 2009, foram discutidos 66 estudos de caso de alunos matriculados em 48 das 103 unidades escolares da rede municipal. As reuniões entre os profissionais para tratar de estudo de caso de alunos e orientação aconteceram na própria escola ou na instituição conveniada

Nos encontros intersetoriais foram discutidos assuntos de natureza diversa, como por exemplo: a) dificuldades de aprendizagem dos alunos; b) dificuldades da escola/professor em relação a procedimentos e condutas com os alunos; c) busca de informações e orientações à família em relação à saúde do aluno; d) encontros de devolução sobre o avanço na aprendizagem e melhoria de comportamento do aluno; e) palestras de profissionais da AFR, a convite das escolas; f) visitas de profissionais da AFR para conhecer a dinâmica da escola.

Os profissionais das instituições participaram dos cursos de capacitação e atualização promovidos pelas respectivas parcerias.

Discussão

No que tange aos serviços de educação e saúde destinados às pessoas com deficiência, são raros os exemplos de publicação sobre práticas intersetoriais bem sucedidas, como atestado por meio de uma visita ao banco de dados no Scielo no período de 1997 a 2006, cuja pesquisa ao descritor 'Intersetorialidade' identificou cinco artigos. Porém, nenhum deles relacionando educação e saúde no atendimento às pessoas com deficiência. No Lilacs, os 59 artigos encontrados referem-se a temas gerais ou ligados à área da sexualidade e saúde, com ênfase na transmissão do HIV e na epidemia de AIDS.

A despeito do avanço alcançado pela educação e pela saúde nas últimas décadas, ainda há muito a atingir para o atendimento integral a esses alunos e cidadãos. Por exemplo, as últimas pesquisas na área da genética mostram a realidade brasileira e a carência de serviços especializados na prevenção, diagnóstico e acompanhamento das deficiências congênitas, bem como para a necessidade de articulação das políticas públicas para seu atendimento (LLERENA Jr. et. al., 2000, 2006, 2007).

A aproximação entre as instituições resultou em impactos bidirecionais tanto junto ao corpo docente das escolas como da reabilitação. A participação dos professores nos cursos oferecidos pela AFR foi avaliada como positiva e contribuiu para a formação continuada na área dos conhecimentos da saúde relativos às deficiências dos alunos. Em depoimentos verbais, as famílias relataram satisfação com os atendimentos dos filhos em função da carência desse serviço nas policlínicas de saúde pública local. As escolas também revelaram observar melhora no desempenho escolar dos alunos atendidos, o que nos leva

a questionar se ela aconteceu em função exclusivamente do atendimento médico-terapêutico ou pela abordagem da intervenção conjunta ao aluno.

Em relação aos alunos que apresentaram deficiências de origem genética ou congênita, não foi possível o atendimento para exames e esclarecimento de diagnósticos pela via dessa ação de parceria, em função da ausência do profissional de Genética Médica naquela instituição, confirmando as informações dos estudos de Llerena Jr. et. al. (2000, 2006, 2007). Há que se verificar que embora o número de alunos atendidos pela ação intersetorial tenha sido irrisória em comparação com a demanda da Rede de Ensino, esse quantitativo foi representativo para as famílias e para os alunos, e principalmente para o grupo gestor da FME/Niterói que encontram barreiras no acesso a esse serviço na rede de saúde pública do município.

Quanto ao empoderamento, segundo Weare (2002), que deveria resultar da ação para as famílias e usuários do serviço, ainda esteve longe de ser concretizado porque não houve a participação deles no planejamento das políticas de educação e de saúde. Antes, foram mantidos como beneficiários das ações, com pouca inserção nas atividades. As famílias foram convocadas ou para prestar informações sobre as crianças ou para receber devolutiva sobre o andamento dos atendimentos e raramente se manifestaram com intervenções sobre o atendimento realizado, o que nos leva a confirmar a ausência da cultura de participação popular nas políticas públicas locais.

Entretanto, alguns problemas a essa proposta de intersectorialidade foram observados na medida em que o atendimento complementar de saúde indicado para o aluno, além de perpetuar os procedimentos decorrentes do *modelo médico da deficiência* (SASSAKI, 1997), consolidou o paradigma da medicalização do ensino e do fracasso escolar (COLLARES e MOYSÉS, 1996) nas representações sociais de alguns professores das escolas municipais. O número crescente de encaminhamentos feitos pelas escolas sugere a hipótese de que algumas delas parecem acreditar que o encaminhamento do aluno para o setor de saúde é suficiente para solucionar os problemas pedagógicos e de aprendizagem, eximindo a escola da auto avaliação. Infelizmente os processos de avaliação da aprendizagem centrados exclusivamente no aluno, isolando o contexto social e suas intercorrências, resultam em resultados enviesados e equivocados que servem para determinar o futuro de fracassos de algumas crianças e jovens, antecipando sua evasão da escola.

É fundamental registrar o impacto da ação de medicalização do processo ensino-aprendizagem para a educação de crianças oriundas principalmente das camadas sociais menos favorecidas. De acordo com Collares e Moysés (1996, p. 28), “Na escola, este processo de biologização geralmente se manifesta colocando como causa do fracasso escolar quaisquer doenças das crianças”. Nesse sentido, as referidas autoras afirmam que “Desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto, inacessíveis à Educação”.

Nesse sentido, as estratégias intersetoriais concorreram mais para a exclusão do que para a inclusão escolar desses alunos, na medida em que, majoritariamente, continua a recair sobre eles a responsabilidade por sua não aprendizagem. Ou seja, da mesma forma em que a escola continua se eximindo de aprofundar a análise em torno de sua prática pedagógica e da qualidade das relações interpessoais no contexto da escola.

Por outro lado, os encontros de discussão coletiva entre os profissionais das instituições envolvidas nesse programa, deram indícios de que os professores começaram a repensar sua prática docente à luz do conhecimento da história de vida de seus alunos, por ocasião dos estudos de caso. Esse, portanto, deverá ser o tema central nas futuras mesas de discussão e de planejamento das ações articuladas buscando dar robustez e potencializar o diálogo entre a educação e a saúde.

Considerações finais

Este estudo, que teve por objetivo refletir sobre a necessidade do diálogo entre as políticas públicas de saúde e educação, que são basilares no contexto de atenção integral às pessoas com deficiência, discutiu como esse diálogo, além de complementar os papéis entre esses setores (CANDEIAS, 1997; SILVA e TAVARES, 2004), ampliou a capacidade de interlocução de seus profissionais.

No século XX, quando os movimentos políticos relativos às pessoas com deficiência avançaram de uma visão excludente para uma proposta de inclusão social, essas pessoas saíram da invisibilidade e começaram a assumir seu lugar na sociedade. Esses movimentos preliminares que trouxeram as pessoas com deficiência ao convívio social provocaram inquietações, questionamentos e até resistências por parte de alguns setores sociais, com destaque para a escola.

Educar alunos com deficiência continua ser um desafio ainda no século XXI, da mesma maneira como ocorreu com Dr. Jean Itard, na França, na virada do século XVIII para o século XIX, quando se propôs a educar o menino Victor, com hábitos selvagens e que havia sido encontrado nas florestas de Aveyron (BANKS-LEITE & GALVÃO, 2000), tendo sido essa uma das conclusões apresentadas na experiência de ação intersetorial vivida entre os setores da educação (FME) e da saúde (AFR) na Rede Municipal de Ensino de Niterói/RJ.

Nesse sentido, urge analisar a escola como espaço potencial para o desenvolvimento de ações interdisciplinares, no qual os vários atores e entre eles, os alunos e suas famílias, os professores, diretores, supervisores, servidores, enfim, todos os membros da comunidade escolar devem ser co-partícipes da construção coletiva da escola e do conhecimento. A possibilidade de uma equipe intersetorial pode ser pensada como uma colaboração a mais, desde que respeitados determinados critérios para sua ação na escola. A compreen-

são da missão educativa da escola, o engajamento nos princípios e procedimentos metodológicos, a articulação e compartilhamento de informações entre os profissionais, são aspectos a serem observados quando há a participação de profissionais de outros campos de conhecimento para colaborar com as crianças que não aprendem na escola denominada regular.

Enfim, nosso objetivo foi discutir a necessidade de diálogo entre os sujeitos que se interessam por mais conhecimento sobre as pessoas com deficiência a fim de poder oferecer atenção integral à sua saúde, à luz da demanda de suas necessidades. Concepção que parte da compreensão de que educação e saúde são condições interdependentes e inseparáveis. Pois, reafirmando Rodriguez, Kolling e Mesquida (2007, p.61) "Para se ter educação, precisa-se da saúde, ao mesmo tempo em que a saúde só é alcançável quando se tem uma boa educação".

Assim, estudos e pesquisas articulados nas áreas de educação e saúde revelam urgência de mais compreensão e conhecimento em relação às pessoas com deficiência, com alterações congênitas e outras comorbidades, que por força de mais longevidade têm chegado às escolas e aos ainda escassos serviços especializados de saúde pública, carecendo de participação em ações e/ou rede intersetoriais. Por tudo isso, na atual conjuntura brasileira, é possível e necessário o diálogo entre educação e saúde.

Responsabilidades:

Nelma Alves Marques Pintor se responsabilizou pela pesquisa e produção textual; Juan Clinton Llerena Jr. e Valdelúcia Alves da Costa orientaram a produção textual, indicaram as referências bibliográficas e se responsabilizaram pela revisão do texto.

Referências

ASSOCIAÇÃO FLUMINENSE DE REABILITAÇÃO. **Estudo de Prevalência de Incapacidade no Município de Niterói, RJ**. Niterói: AFR, 2006. Mimeo.

ANDRADE, L. O. M. A. **A Saúde e o Dilema da Intersetorialidade**. São Paulo: Hucitec, 2006.

BANKS-LEITE, L.; GALVÃO, I. (Orgs.). **A Educação de um Selvagem**: as experiências pedagógicas de Jean Itard. São Paulo: Cortez, 2000.

BELISÁRIO FILHO, J. E. **Inclusão**: uma revolução na saúde. Rio de Janeiro: WVA, 1999.

BOURGUIGNON, J. A. **Concepção de Rede Intersetorial**. Disponível em: www.uepg.br/nupes/intersector.htm. Acesso em: 17 set. 2005.

BRASIL. **Agenda do Compromisso para a Saúde Integral da Criança e Redução da Mortalidade Infantil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2004.

_____. **Direito à Educação:** Subsídios para a gestão de sistemas educacionais: Orientações gerais e marcos legais. Brasília: MEC/SEESP, 2004a.

_____. Política Nacional de Saúde da Pessoa Portadora de Deficiência. Disponível em: <http://portal.saude.gov.br/portal/arquivos/pdf/manual2.pdf>. Acesso em: 30 jun. 2006.

_____. Convenção sobre os direitos das pessoas com deficiência. Brasília, DF: MEC/SEESP, 2007

_____. Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva Brasília, DF: MEC/SEESP, 2008.

BUSS, P. M. Promoção da saúde e qualidade de vida. **Ciência e Saúde Coletiva**, 5(1): 163-177, 2000.

CAMPOS, G. W.; BARROS, R. B.; CASTRO, A. M. Avaliação de Política Nacional de Promoção da Saúde. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 9, n. 3, jul./set., 2004.

CANDEIAS, N. M. F. Conceitos de educação de promoção em saúde: mudanças individuais e mudanças organizacionais. **Rev. Saúde Pública**, 31(2): 209–213, 1997.

CARVALHO, M. M. C. Quando a história da educação é a história da disciplina e da higienização das pessoas. In: FREITAS, M.C. (Org.). **História Social da Infância no Brasil**. 6. ed. São Paulo: Cortez, 2006. p. 291–309.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. **Preconceito no cotidiano escolar:** ensino e medicalização. São Paulo: Cortez: Campinas: UNICAMP: Faculdade de Educação: Faculdade de Ciências Médicas, 1996.

CORDE. **Declaração de Salamanca e suas linhas de ação sobre necessidades educativas especiais**. 2. ed. Brasília: CORDE, 1997.

GLAT, R.; FERNANDES, E. M.; PONTES, M. L. Educação e saúde no atendimento integral e promoção da qualidade de vida de pessoas com deficiência. **Revista Linhas**, v. 7, n. 2, jul./dez., 2006.

JUNQUEIRA, L. A. P.; INOJOSA; R. M. **Desenvolvimento Social e Intersetorialidade:** a cidade solidária. São Paulo: FUNDAP, 1997. Mimeo.

JUNQUEIRA, L. A. P. **Articulações entre o serviço público e o cidadão**. X CONGRESO INTERNACIONAL DEL CLAD SOBRE REFORMA DEL ESTADO Y DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Santiago, Chile, 18–21, 2005.

_____. Intersetorialidade, transetorialidade e redes sociais na saúde. **Revista de Administração Pública**, 34(6): 35–45, nov./dez., 2000.

LLERENA JR., J. C.; SANTA-ROSA. A. A.; CORREIA, P.; HOROVITZ, D. ; SILVA, E. J. C.; MASCARENHAS, E. F. et al. Investigação do retardo mental e

doenças genéticas a partir de um estudo transversal em escolas do estado do Rio de Janeiro. **Informe Epidemiológico do SUS**: 9(4): 251-262, 2000.

LLERENA JR., J. C.; HOROVITZ, D.; CARDOSO, M. H. C. A.; MATTOS, R. A. Atenção aos defeitos congênitos no Brasil: características do atendimento e propostas para formulação de políticas públicas em genética clínica. **Cadernos de Saúde Pública**, 22(12): 2599-2609, 2006.

LLERENA JR., J. C.; SILVA, E. J. C.; CARDOSO, M. H. C. A. Estudo seccional descritivo de crianças com deficiência auditiva atendidas no Instituto Nacional de Educação de Surdos. **Cadernos de. Saúde Pública**, 23(3): 627-633, 2007.

MATTOS, R. A. Os Sentidos da integralidade: algumas reflexões acerca dos valores que merecem ser defendidos. In: **os sentidos da integralidade na atenção e no cuidado à saúde**. [Apostila do Curso de Pós-Graduação em Saúde da Mulher e da Criança]. Rio de Janeiro: IFF/FIOCRUZ, 2003.

PINTOR, N. A. M. **Uma análise do projeto espaço integrado de desenvolvimento e estimulação (EIDE) na rede municipal de ensino de Niterói / RJ**. Período 2008 – 2009. 267f. Tese (Doutorado em Saúde da Criança e da Mulher) – Instituto Fernandes Figueira, Rio de Janeiro, 2011.

RODRÍGUEZ, C. A.; KOLLING, M. G.; MESQUIDA, P. Educação e saúde: um binômio que merece ser resgatado. **Revista Brasileira de Educação Médica**. 31(1): 60–66, 2007.

SASSAKI, R. K. **Inclusão: construindo uma sociedade para todos**. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

SILVA, J. P. V.; TAVARES, C. M. M. Integralidade: dispositivo para a formação crítica de profissionais de saúde. **Trabalho, Educação e Saúde**, v.2, n.2, p. 271-285, 2004.

TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e qualidade de vida. **Revista de Administração Pública**, 34(6): 63 – 80, nov./dez., 2000.

WEARE, K. The Contribution of Education to Health. In: BUNTON, R.; MACDONALD, G. (Editors). **Health Promotion**. Disciplines, diversity, and developments. Second edition. London, New York: Routledge, 2002. p. 103-125.

WERNER, J. **Saúde e Educação: desenvolvimento e aprendizagem do aluno**. Rio de Janeiro: Gryphus, 2005.

WESTPHAL, M. F.; MENDES, R. Cidade saudável: uma experiência de interdisciplinaridade e intersetorialidade. **Revista de Administração Pública**, FGV. 34(6): 47–61, nov./dez., 2000.

*Nelma Alves Marques Pintor – Juan Clinton Llerena Jr.
Valdelúcia Alves Costa*

Notas

¹ Maiores informações sobre o desenvolvimento das ideias de promoção de saúde e condições de operacionalização da intersectorialidade, conferir Buss (2000) e Andrade (2006).

² Disponível em www.afr.org.br. Acesso em: 10 nov. 2010.

Correspondência

Nelma Alves Marques Pintor – Rua Madre Maria Vitória, 01/701, Bl. 02, Charitasm, Niterói, Rio de Janeiro. CEP 24370-035

E-mail: nemapintor@uol.com.br

Recebido em 09 de março de 2012

Aprovado em 21 de março de 2012