



Ponto de Vista

ESTRATÉGIA DE SAÚDE DA FAMÍLIA: CO- PARTICIPAÇÃO NO PROCESSO DE INCLUSÃO DE CRIANÇAS E ADOLESCENTES COM NECESSIDADES EDUCATIVAS ESPECIAIS

STRATEGY FOR FAMILY HEALTH CO-PARTICIPATION IN THE PROCESS OF INCLUSION OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH SPECIALNEEDS EDUCATION

Resumo

Jamine Barros Oliveira¹
Maria Celeste Ramos da Silva¹
Nayara Alves de Sousa¹

¹Departamento de Saúde –
Universidade Estadual do Sudoeste da
Bahia (UESB)
Jequié – BA – Brasil

E-mail
nayara.sousa1@hotmail.com

A atenção dispensada à família através da equipe de saúde da família serve de modelo reorientador das ações de saúde. Dessa forma, supera, em suas práticas, a concepção de saúde enquanto ausência de doença, voltada para ações curativas e médico-assistencialistas, centradas na doença. Toda ação está voltada para práticas gerenciais e sanitárias, democráticas e participativas, sob a forma de trabalho em equipes, dirigidas às populações de territórios delimitados, pelos quais a equipe assume responsabilidades. Diante do papel integralizador da estratégia de saúde da família, é de suma importância a co-participação e articulação desta com outros setores, especificamente a educação, materializada na forma da escola, uma vez que lida diretamente com a população infanto-juvenil em plena ascensão na produção do conhecimento, sejam eles dotados de capacidades funcionais “normais” sejam acometidos por agravos que os levaram a período de hospitalização, ou outro motivo para seu afastamento escolar, necessitando da parceria equipe x escola no processo de reinserção dos mesmos neste ambiente. Destacamos o papel da estratégia de saúde da família não simplesmente na atuação em medidas diretamente ligadas à saúde, mas co-participante no processo de inclusão sócio-educacional, por meio de parcerias estabelecidas com diferentes segmentos sociais e institucionais, intervindo diretamente em situações para além da especificidade do setor saúde e que têm efeitos determinantes sobre as condições de vida do indivíduo-família-sociedade. A partir desta coresponsabilização e interdisciplinaridade entre os profissionais de saúde e educação, a saúde galga passos no sentido de ser entendida e vivida não como mera ausência de doença, mas como um processo global, holístico e integralizador, estabelecendo redes de cuidado na atenção às crianças e adolescentes. Para tanto, foi utilizado estudo bibliográfico, delimitado o estudo qualitativo, através de consultas a periódicos, acervos bibliotecários e demais artigos relevantes quanto à temática.

Palavras-chave: saúde da família, educação, co-participação.

Abstract

The attention given to the family by staff of the health family serves as a model reorientador of actions health. Thus, exceeds, in their

practices, the concept of health as absence of disease, turned to actions and curative medical-assistencial, centred on the disease. Every action is focused on management practices and health, democratic and participative, in the form of working in teams, addressed to the people of territories defined, for which the team takes responsibility. Faced integralizador the role of the health strategy in the family, it is critical to the co-participation in conjunction with the other sectors, especially education, embodied in the form of the school, since it deals directly with children and young people in full rise in the production of knowledge, they are endowed with functional capacities “normals” are affected by diseases that led to the period of hospitalization, or other reason for his expulsion school, requiring the partnership x school team in the process of reintegration of the same this environment. Highlight the role of the health strategy in the family not just in performance on measures directly related to health, but co-participant in the process of social and educational inclusion, through partnerships established with different social and institutional segments, speaking directly in situations beyond the specificity of the health sector and have decisive effects on the living conditions of the individual, family, society. From this co-responsibility and interdisciplinarity among health professionals and education, health steps to be understood and experienced not as a mere absence of disease but a process comprehensive, holistic and integralizador, thereby establishing networks of care in the care of the childrens and adolescents. For so much, bibliographical study was used, when the qualitative study was delimited, through consultations the magazines, heaps librarians and too many relevant articles as for the theme.

Key words: family health, education, co-participation.

Introdução

A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem a 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, é o que está expresso e definido no capítulo VIII da Ordem Social e na seção II referente à Saúde. Assim sob a organização do Sistema Único de Saúde (SUS), o art. 198 dispõe que as “ações e serviços públicos de saúde integram uma rede regionalizada e hierarquizada, e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes”: I. Descentralização, com direção única em cada esfera de governo; II. Atendimento integral, com prioridade para as atividades preventivas, sem prejuízo dos serviços assistenciais; e III. Participação da comunidade.

De acordo com o exposto na constituição de 1988, percebe-se claramente a concepção de que o SUS surgia com uma missão: voltar-se contra o modelo médico-assistencialista, pautado num modelo direcionado às necessidades da população, em vista ao resgate do compromisso do Estado no desenvolvimento do bem-estar social, especialmente da coletividade.

Como pressuposto da lei, três princípios que se complementam, emergem em suas especificidades. Inicialmente, a **universalidade**, posto para quem tinha direito aos serviços de saúde como os trabalhadores segurados no

INPS e depois INAMPS. Independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais, todos os cidadãos brasileiros passam a usufruir deste direito com a implantação do SUS. Seguido da **equidade** cujo foco é levar em consideração as diferentes necessidades de cada pessoa, de modo a investir mais onde a carência é maior diminuindo as desigualdades, considerando as diferenças, tratando com desigualdade os desiguais. Trata-se, portanto, de um princípio de justiça social. E por fim, o princípio da **integralidade** que considera a pessoa como um todo, de forma a garantir acesso do usuário ao serviço de menor ao de maior complexidade, para tanto, faz-se necessário a articulação da saúde com outras políticas públicas, como educação, transporte, por exemplo, a fim de garantir a co-participação entre setores na busca da resolutividade e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

Dentro desta lógica, da integralidade da assistência, pode-se destacar a atenção à saúde da pessoa com deficiência, que vem tomando força dentro das políticas públicas de saúde do Brasil, como agente propulsor de reformulações nas práticas referentes ao cuidado de crianças e adolescentes com necessidades educativas especiais (NEE)⁷.

Os autores ao destacarem as crianças e adolescentes com NEE, tentaram aqui dar ênfase às suas habilidades, ou seja, a capacidade destas em interagir e relacionar-se com demais ditas “normais”. Dentro do processo de promoção da reinserção, inclusão, destas crianças e adolescentes, perceberam no estudo o papel articulador do Programa de Saúde da Família, enquanto Estratégia que busca não simplesmente abolir a doença, mas garantir ao indivíduo o desenvolvimento de sua autonomia, atuando no processo saúde-doença-cuidado.

Logo, este artigo propõe-se a discutir a estratégia de saúde da família como co-participante nas ações inclusivas na reinserção de crianças e adolescentes na escola, que apresentam temporária ou permanentemente uma necessidade especial, a saber: crianças cegas, surdas, cadeirantes, hospitalizadas, com deficiências múltiplas, com doenças crônicas etc.

Estratégia de Saúde da Família (ESF): reorientação e co-participação na atenção à saúde

Concebido pelo Ministério da Saúde(MS)⁸ em 1994, como instrumento de reorganização dos serviços de saúde, servindo como eixo estruturante da atenção básica, cada equipe da estratégia de saúde da família, é responsável por uma população máxima de 4.000 pessoas, distribuídas de acordo com o plano de territorialização municipal, o qual, após remapeamento e planejamento local, define a população a ser coberta, formando a área adstrita daquela unidade, ou seja, a população que será referenciada e acompanhada na pelos membros da equipe. Toda a informação relacionada àquela comunidade passa a ser de conhecimento de toda equipe e da gestão municipal. Destaca-se aqui, o papel do agente comunitário de saúde, que exerce uma função importante e primordial, assumindo papel de elo entre a

comunidade e equipe de saúde, uma vez que em visitas periódicas cadastram as famílias, detectando a presença de diabéticos, hipertensos, deficientes físicos ou mentais, gestantes, dentre outras informações pertinentes relacionadas a cada família.

Ao definir a parcela da comunidade que será atendida pela equipe da unidade esta se responsabilizará em garantir o acesso aos serviços de saúde, visando à consolidação dos princípios norteadores do SUS. É, portanto, a porta de entrada do sistema de saúde, tendo em vista a relação direta e co-participante com a comunidade.

Para que a estratégia se consolide, é necessária a reorientação das práticas de saúde, bem como a renovação dos vínculos de compromisso e de co-responsabilidade entre os serviços e a população, além da participação de outros setores, a exemplo da educação, transporte e cultura.

Esta ação implicaria pensar na inclusão e/ou reinserção de crianças e adolescentes que apresentam comprometimentos em relação à sua escolarização por consequência do seu distanciamento escolar por motivo de saúde, ou por uma necessidade especial, o que exige um esforço mútuo entre vários agentes, no intuito de garantir aos mesmos não simplesmente retorno à escola, mas ao convívio social.

Necessidades Educativas Especiais: um novo olhar à Inclusão

Para falar de inclusão, é necessário se reportar a momentos históricos dentro deste processo, que marcaram a luta dos movimentos inclusivistas.

O Imperador Pedro II criou em 1854 e em 1856, respectivamente, no Rio de Janeiro, o Imperial Instituto dos Meninos Cegos, posteriormente, na República, denominado Instituto Benjamim Constant, e o Instituto dos Surdos-Mudos, mais tarde denominado Instituto Nacional de Educação dos Surdos. A notoriedade do Instituto Benjamim Constant, fez com que este instituto se transformasse mais tarde, década de 1990 em diante, em “Centro de Excelência e de Referência Nacional para a Educação Especial”².

No Império, além da criação dessas duas instituições, iniciou-se em 1874 o tratamento de deficientes mentais no Hospital Psiquiátrico da Bahia (hoje Hospital Juliano Moreira). Em 1883, foi realizado o I Congresso de Instrução Pública no Brasil, convocado pelo Imperador. Entre os temas, constava a sugestão de currículos e formação de professor para atuar com pessoas cegas e surdas¹.

No início do século XX, porém, algumas instituições especializadas começaram a aparecer. “Os primeiros interlocutores oficiais que responderam pela defesa dos direitos e dos interesses das pessoas com deficiência surgiram basicamente nas décadas de 30 e 50, com a Sociedade Pestalozzi e a Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE)”².

Já a Associação de Pais e Amigos do Excepcional (APAE) foi criada no Rio de Janeiro pelo estímulo de uma norte-americana, Beatrice Bemis, que, na ocasião, se encontrava no Brasil. Outras APAEs foram criadas em todo o

território nacional, culminando com a criação da Federação Nacional das APAEs que, no início da década de 80, já congregava mais de 200 entidades.²

O processo de inclusão vem sendo discutido em várias esferas da sociedade, como novo paradigma e vem ganhando muitos espaços, direcionando programas e políticas educacionais e de reabilitação em vários países, incluindo-se o Brasil. Sendo assim, a inclusão escolar dos portadores de necessidades especiais apresentadas pelo alunado é alvo da proposta da Educação Especial e da Educação de modo geral.

Sassaki¹⁰ ao retratar o movimento da inclusão, diz que este começou de maneira insipiente na segunda metade dos anos 80, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento mais especificamente toma grande impulso na década de 90 e vai se desenvolver fortemente nos primeiros 10 anos do século 20 envolvendo todos os países.

Considerando, portanto que, alunos enquadrados nessa condição especial necessitam ser acolhidos e reintegrados à sociedade independentemente de gênero, religião, classe social, etc.

A educação é um direito de todos, sejam eles dotados de capacidades funcionais “normais” seja acometidos por agravos que os levaram a período de hospitalização, ou outro motivo para seu afastamento escolar, necessitando da parceria da equipe da estratégia de saúde da família e a escola no processo de reinserção, assegurando a continuidade dos conteúdos escolares. Para tanto, deve-se ter uma visão humanística de atenção, visando às necessidades integrais do educando, aqui retratadas como crianças e adolescentes.

Esta, não está restrita ao espaço formal da escola. Segundo Bersch e Machado⁴, o ambiente escolar é para qualquer criança, o espaço por natureza de interação de uns com os outros. É nesse espaço que nos vemos motivados a estabelecer comunicação, a sentir a necessidade de nos locomover, entre outras habilidades que nos fazem pertencer ao gênero humano.

Neste contexto, ao refletirmos as dificuldades colocadas pela sociedade, à escola, evidenciada na questão da re-socialização destes educandos, percebemos, no decorrer da caminhada, a importância significativa da qualidade do ensino para crianças e adolescentes com necessidades educativas especiais.

Para tanto, estes precisam se sentir acolhidos no retorno às suas atividades escolares, e até mesmo os que fora da escola estiverem, sentindo-se melhores motivados, estimulados para ser re-integrados à sua escola de origem, conseqüentemente incluídos.

Um grande número desses alunos estão sendo integrados ou reintegrados ao ensino regular. Entretanto, precisam mais do que ser colocados nas escolas com todos os direitos, sendo valorizados e respeitados como quaisquer outros mantidos regularmente em suas classes e séries correspondentes. O que já representa um salto positivo para se pensar que o processo inclusivo como uma necessidade para todos.

A escola deve apresentar qualidade de ensino para todos independente da situação ora apresentada, tendo organização de propostas pedagógicas eficazes e flexibilizadas, relacionadas às necessidades de cada aluno, seja ele dito normal ou portador de necessidades educativas especiais.

Como ressalta Ross⁹, a escola inclusiva é o processo de adaptação da escola, dos profissionais, dos currículos, dos procedimentos, das metodologias, avaliações, interações espaço, tempo, critérios e programas para inclusão de todos em todos os seus graus.

A educação inclusiva amplia a participação de todos os estudantes no ensino regular, busca perceber e atender as necessidades educativas especiais de todos de forma a promover a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal.

Crianças e adolescentes cegos, surdos, cadeirantes, hospitalizados, com deficiências múltiplas, com doenças crônicas, entre outras, precisam retornar a sua escola de origem. A partir daí surge uma nova realidade, que propõe novos desafios aos educadores, possibilitando a construção de novos conhecimentos, tendo em vista a melhor recuperação e socialização da criança no espaço escolar, ao permitir a continuidade de suas aprendizagens evitando assim, o fracasso em sua vida acadêmica.

Como destaca Ross⁹, a escola inclusiva é o processo de adaptação da escola, dos profissionais, dos currículos, dos procedimentos, das metodologias, avaliações, interações espaço, tempo, critérios e programas para inclusão de todos em todos os seus graus. Ela amplia a participação de todos os estudantes no ensino regular, buscando perceber e atender às necessidades educativas especiais de todos de forma a promover a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal.

Destacamos, portanto que todos os portadores de necessidades educativas especiais como os pós-hospitalizados, os alunos que necessitam de atenção escolar domiciliar, os lesados medulares, os deficientes auditivos, visuais, os alunos com doenças crônicas e outros, necessitam de atenção em suas aprendizagens e devem relacionar-se diretamente com o saber.

Assim, fica evidente que uma relação de igualdade com o professor, permitiria que este fosse capaz de adquirir uma consciência crítica de si, do outro e do mundo, estabelecendo equilíbrio na sua auto-estima, e, portanto, buscar sempre novos objetivos e horizontes. Dessa forma, defendemos como indica Mantoan⁸ que, para a escola ser inclusiva, é urgente que seus planos se redefinam para uma educação voltada para a cidadania global, plena, livre de preconceitos, que reconheça e valorize as diferenças.

A sociedade de modo geral precisa rever suas práticas; precisa educar-se. As dificuldades dessas crianças e adolescentes devem ser superadas, evitando-se discriminação, descomprometimento e irresponsabilidades por parte daqueles que compõem o quadro integrativo tanto da escola quanto da família, esse alunado deve freqüentar classes e ambientes comuns obtendo apoios diversificados. E para tanto, os princípios do SUS como equidade e integralidade podem somar-se às bases que orientam as diretrizes da educação de crianças e adolescentes com deficiência, no que tange ao acesso destas à escola, como visto na nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei nº. 9.394 de 20.12.1996), no Capítulo V, Art. 58, § 3º que remete ao Estado as condições de oferta da educação especial, ao expressar ser esta “dever constitucional do Estado”, semelhantemente ao observado à garantia do direito à saúde⁷.

São muitos os benefícios das ações inclusivas para todos os envolvidos com a escola. A facilitação programática da inclusão na organização e nos processos escolares é um fator primordial e necessário para o sucesso na escolarização do alunado.

A educação inclusiva enfatiza uma nova realidade para a tradicional educação especial, onde estes alunos ganharão mais oportunidades marcadas pela oferta de ajuda, visando uma conquista da autonomia e da independência tendo uma melhor qualidade de vida educacional e social.

Saúde-educação: uma integração necessária

Ao analisar a estratégia de saúde da família, pode-se detectar seu papel enquanto agente integralizador, com ações que visem garantir ao indivíduo bem estar, qualidade de vida e resolutividade em questões que o tiram da sua “normalidade”. Enquanto porta de entrada do sistema de saúde, a atenção básica, por meio da estratégia de saúde da família, tem como assistir a família, uma vez determinada uma área de cobertura, detecta os mais vulneráveis e suscetíveis a doenças e acompanha os que foram hospitalizados, por causas externas ou não.

A equipe pode atuar juntamente com a educação na detecção de crianças e adolescentes que por determinado motivo necessitaram de hospitalização, ausentando-se do convívio familiar e social, principalmente da escola, local de aprender a interpretar o mundo para poder transformá-lo, a partir do convívio com o próximo e com o meio.

A inclusão e reinserção de crianças e adolescentes após alta-hospitalar tem que ser também uma questão de preocupação da equipe de saúde da família, que deve estar atenta e apta a detectar condições que desfavoreçam o desenvolvimento cognitivo destes a fim de que os mesmos possam se tornar agentes que contribuam de maneira eficaz no processo de retorno destas crianças e adolescentes ao ambiente escolar. Para tanto, é imprescindível uma ação intersetorial entre família - equipe de saúde – escola.

Verifica-se que um número significativo desta população, aqui expressa pelos alunos pós-hospitalizados, permanece afastado da escola, interrompendo um ciclo de estudo por considerar incômoda sua volta à escola (por aconselhamento da própria escola ou da família que desconhecem o potencial de desenvolvimento cognitivo do educando). A ausência na atenção às potencialidades do educando que necessitou de uma hospitalização gera desconforto aos profissionais de educação, pois as informações sobre como lidar com esta situação são pouco discutidas ou desconhecidas por este profissional, apesar de constar informações sobre saúde em documentos oficiais como nos Parâmetros Curriculares Nacionais que tratam desta abordagem como tema transversal e da Educação Especial, através vários documentos disponibilizados pelo Ministério da Educação e da Cultura (MEC), aí entra também a parceria dos profissionais da saúde, auxiliando-os na compreensão das possíveis limitações e potencialidades que serão desenvolvidas pelas crianças e adolescentes pós-internação hospitalar.

Segundo Armond e Temporini ³, o conceito de saúde está diretamente relacionado com a cultura da população. As concepções em saúde, apesar de, por vezes, não corresponderem ao conhecimento científico, podem ser integrados ao conhecimento social e cultural de uma população. Entretanto, é possível que surja outros conceitos nos microssistemas que a compõe. Conceito esses que podem ser influenciados por fatores históricos de uma determinada época e que divergem ou convergem-se de acordo o extrato social.

Mas, o mais recorrente é que, de maneira geral, tanto os profissionais de educação quanto as famílias tendem a incluir no conceito de saúde apenas o bem estar físico da pessoa doente, esquecendo e/ou menosprezando os aspectos psico-sociais. Nesse sentido, a presença da equipe da ESF pode contribuir conscientizando e orientado escola / família quanto ao seu papel na vida deste escolar reforçando o trabalho integrado entre os setores saúde-educação.

Para não finalizar... Breves considerações

A educação por si só não deve ser a responsável pelo processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes após a alta hospitalar, é necessário integração com outros setores, e no que diz respeito à saúde, a estratégia de saúde da família se torna agente aliado neste processo, uma vez ter conhecimento e acesso às famílias adstritas à sua área de cobertura, possibilitando o contato família-escola.

O profissional da equipe de saúde da família deve, portanto, ter uma visão holística do processo de saúde-doença-cuidado, a fim de contribuir para o pleno desenvolvimento biopsicossocial de crianças e adolescentes pós-hospitalizados, como também os profissionais da educação, a fim de que as iniciativas para o processo de inclusão se dêem de maneira conjunta, intersetorial.

Como promover essa ação conjunta? Uma proposta seria o planejamento participativo e coletivo entre a equipe de saúde da família e a escola da área de abrangência, onde seriam abordadas questões como inclusão escolar, acessibilidade, estipulando-se competências e atribuições a curto e médio prazo. Para tanto, faz-se necessário incluir no processo de educação permanente em saúde questões que abordem também a educação e vice-versa. Outra sugestão importante seria incluir no planejamento as famílias, pais e cuidadores, de crianças e adolescentes com deficiência.

Interrelacionar saúde e educação permite, portanto, não apenas uma aproximação dos profissionais dessas áreas, mas, contudo, uma contribuição, de maneira mais dialógica, para o aperfeiçoamento das políticas públicas que servem às populações alvo de crianças e adolescentes. Além disso, corroborariam, gradativamente, para a diminuição das distâncias entre sucesso e fracasso escolar colocadas na vida dessas crianças, devolvendo-lhes a confiança e o convívio social, condições indispensáveis para o desenvolvimento pleno de sua saúde e cidadania.

Referências Bibliográficas

1. Ação Coletiva para Qualidade de Vida: Autonomia, transdisciplinaridade e intersectorialidade [base de dados na internet]. Wimmer GF; Figueiredo GO. [Citado 2007 Set 10]. Disponível em: [http:// www.bireme.com.br](http://www.bireme.com.br).
2. Almeida DB. Do especial ao inclusivo? Um estudo da proposta de inclusão escolar da rede Estadual de Goiás, município de Goiânia [tese]. Campinas: SP: Universidade Estadual de Campinas; 2003.
3. Armond JE, Temporini ER. Crenças sobre saúde ocular entre professores do sistema público de ensino do Município de São Paulo. S. Paulo: Rev Saude Publica 2000; 34(1): 9-14.
4. Bersch RCR, Machado R. Conhecendo o aluno com deficiência Física. In: Schirmer CS, Browning N. Atendimento Educacional Especializado: deficiência física. São Paulo: MEC/SEESP; 2007.
5. Ministério da Saúde. Coordenação de Gestão da Atenção Básica (S.d.). Brasília.
6. Gazinelli MF, Gazinelli A. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença. Rio de Janeiro: Cad Saude Publica 2005; 21(1): 200-6..
7. Ministério da Educação. Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº. 9394 (Dezembro 20, 1996).
8. Mantoan MTE. Inclusão escolar: O que é? Por quê? Como fazer? 2ª ed. São Paulo: Moderna; 2006.
9. Ross P. Fundamentos Legais e Filosóficos da Inclusão na Educação Especial. Curitiba: IBPEX; 2004.
10. Sasaki RK. Inclusão: Construindo uma sociedade para todos. 4ª ed. Rio de Janeiro: WVA; 2002.

Endereço para correspondência

Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB)
Departamento de Saúde
Av. José Moreira Sobrinho, s/n – Jequiezinho
Jequié – Bahia - Brasil
CEP: 45206-190

Recebido em 28/02/2008
Revisado em 27/04/2009
Aprovado em 06/05/2009