

QUANDO A EDUCAÇÃO ALIA-SE À SAÚDE: O DESENVOLVIMENTO DA ESTRATÉGIA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE NAS AÇÕES DO NÚCLEO DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADO À CRIANÇA ESCOLAR – NEACE/LESTE¹

Daniely Alvim de Oliveira*

Helóisa Helena da Silva Guedes**

RESUMO

Tendo como objeto de estudo o “Desenvolvimento da Educação em Saúde nas ações do Núcleo Especializado de Atendimento à Criança Escolar – NEACE/LESTE –JF”, o presente artigo aborda as Políticas de Educação e Saúde desenvolvidas no contexto brasileiro e a interface entre esses saberes. O principal objetivo gira em torno de realizar uma reflexão crítica acerca da Educação em Saúde e como esta pode contribuir para o reforço da promoção da Saúde no espaço educacional.

Palavras-Chave: Educação, Saúde, Educação em Saúde, Saúde Escolar, Interdisciplinaridade.

INTRODUÇÃO

O NEACE/LESTE configura-se em um núcleo de atendimento especializado às crianças e jovens que enfrentam dificuldades reais ou circunstanciais no processo de aprendizagem escolar. Está vinculado à Secretaria de Educação de Juiz de Fora - MG, no Departamento de Apoio Pedagógico, na Divisão de Atenção à Educação na Diversidade, fazendo interlocução com os programas nas áreas da educação, saúde e assistência social. Dentre suas ações estão as de atenção às crianças e jovens com necessidades especiais (estimulação essencial, oficinas pedagógicas, atendimentos psicológicos e de fonoaudiologia e atividades de socialização); visando sua inclusão nos espaços educacionais, sociais e o trabalho com as famílias dos usuários.

A partir dessas frentes pode-se perceber claramente a interface entre a Educação e a Saúde, ambas compreendidas como parte integrante da formação do indivíduo, o que reforça o processo de promoção da qualidade de vida do público atendido e suas famílias. Ainda que,

* Graduada na Faculdade de Serviço Social da UFJF.

** Mestranda em Serviço Social pela UFJF.

como aponta a abordagem com os profissionais, sejam identificados além das possibilidades, muitos limites.

Para transformar o espaço educacional em uma arena de produção da saúde, faz-se necessário o envolvimento de todos os profissionais da educação e saúde que percebem o ambiente escolar como locus pro¹ficuo para as práticas do cuidado. Diante disso, optou-se em abordar os profissionais que atuam no NEACE/LESTE, pois desenvolvem ações pautadas na Educação em Saúde tendo por objetivo promover a qualidade de vida, enfatizando o trabalho coletivo e as ações preventivas.

Percebendo a necessidade de se debater as nuances do universo escolar, especialmente no que concerne à Educação em Saúde, o presente artigo desenvolve uma reflexão teórico-prática, com o intuito de contribuir com a Faculdade de Serviço Social, visto que se trata de um assunto relevante para a atuação profissional do Assistente Social.

A EDUCAÇÃO COMO UM DIREITO SOCIAL

A Educação é compreendida como um processo constitutivo do ser social, articulando a relação entre as esferas pública (perfazendo as relações sociais estabelecidas entre os sujeitos) e privada (envolvendo a instância familiar, individual e comunitária, econômica e ideológica da vida em sociedade). Logo, se aprender configura-se um processo, a Educação é fundamental para a formação do indivíduo, sendo responsabilidade de diversos atores: a família, as esferas governamentais, as instituições de educação e ensino e a sociedade como um todo. Entretanto, na sociedade brasileira, a definição do papel desses atores frente à Política de Educação foi lento, marcado pelo caráter de classe e pelo assistencialismo das ações do Estado.

Inicialmente, a educação regular era privilégio da classe burguesa que, pela sua própria condição social, investia e custeava o aprendizado de seus filhos com a intenção de garantir prestígio e ascensão social. Em relação às classes menos favorecidas, o acesso à educação básica era restrito, sendo mantido e financiado por instituições filantrópicas e assistenciais, pois o Estado investia pouco no sistema de ensino e aprendizado. Para Santos (2000) já no período do Império configurava-se a dicotomia existente no sistema de ensino, o

que espelhava a realidade da sociedade brasileira: para as elites o ensino “propedêutico” (referente ao ensino superior) e, o ensino profissional para as classes pobres.

Conforme sublinha Coutinho (1990), a tomada de decisões em diversas áreas, incluindo o campo educacional, sempre considerou prioritariamente a esfera da produção, deixando em segundo plano os interesses e necessidades da sociedade como um todo. Na década de 20 do século XX, o acesso à educação era possível somente à burguesia industrial, aos grandes latifundiários e a classe média emergente.

O analfabetismo quase que totalizava os brasileiros, chegando a 91 % da população. Nessa época o processo educativo não era considerado importante para o desenvolvimento da sociedade, dando lugar a iniciativa privada e o acesso a Educação, como apontado, era restrito aos que tinham recursos para mantê-la.

Nos anos 30 do mesmo século, para dar respostas a consolidação do capitalismo, a Educação passou a ser pensada pelas classes dirigentes como mecanismo de controle e para evitar desordens sociais, sendo justificada pela necessidade de divisão do trabalho. Os trabalhadores deveriam saber, ainda que de forma rudimentar, ler, escrever, contar e ter noções de geometria e mecânica.

Buscava-se formar um novo tipo de trabalhador que atendesse as exigências do processo de industrialização que ocorria nos principais centros urbanos e para atender a essa demanda, o Estado implementou reformas estruturais da educação em âmbito nacional. Dessa forma, em 1931, o governo provisório sancionou decretos que organizaram o ensino secundário e as universidades brasileiras ainda inexistentes, sendo estes Decretos conhecidos como "Reforma Francisco Campos"².

A partir da década de 40 do século XX, iniciou-se uma nova tendência: o ciclo da industrialização, que ampliou a procura por trabalhadores com qualificação técnica, tendo como consequência a emergência de grandes instituições formadoras e qualificadoras de mão-de-obra especializada: o Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial (SENAC) e Serviço Nacional de Aprendizagem Industrial (SENAI), com o objetivo de atender à demanda do setor industrial em ascensão, através de ações inovadoras no campo educacional técnico. Nesse

período, o Estado estabeleceu várias reformas no campo educacional, que receberam o nome de Leis Orgânicas do Ensino³, e que favoreceram o processo de industrialização do país.

No processo evolutivo de prestação do ensino na realidade brasileira, nos anos 60 e 70 do século XX desenvolveu-se a fase tecnocrata que impôs reformas educacionais nos níveis do ensino técnico, profissionalizante e superior, atendendo novamente às demandas produtivas do novo modelo de acumulação associado ao capital internacional.

A educação funcionou durante a ditadura militar como uma estratégia de hegemonia. O regime procurou difundir seus ideais através da escola, buscando o apoio de setores da sociedade para seu projeto de desenvolvimento, simultaneamente ao alargamento controlado das possibilidades de acesso ao ensino pelas camadas mais pobres.

As mudanças efetivas ocorreram a partir da década de 80 do mesmo século, devido à insatisfação popular com a realidade brasileira caracterizada pela crise econômica, política, social e pela ditadura militar. A contribuição dos movimentos populares foi de grande relevância para o processo da Constituinte, pois esses se organizaram na luta em defesa de várias causas de cunho social, dentre elas: saúde, educação, moradia e urbanização, contribuindo para o fim do regime ditatorial e abertura do processo de redemocratização da sociedade. Assim, em 5 de outubro de 1988, foi promulgada a nova Constituição Brasileira, denominada “Constituição Cidadã” que definiu os direitos sociais e quanto à Educação apregoa, em seu artigo 205 que:

A Educação, direito de todos e dever do Estado e da família, será promovida e incentivada com a colaboração da sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa, seu preparo para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho. (BRASIL. Constituição Federal 1988. 2005, p.66).

Com isso, tornou-se dever do Estado e de suas instâncias governamentais garantir a efetivação dos direitos sociais, entre eles o da Educação, à sociedade. Uma educação visando à emancipação da pessoa humana e não apenas a esfera da produção e do trabalho.

Na década de 90 do século XX, em nível mundial, três declarações especificamente relacionadas à educação foram aprovadas, reafirmando-a como direito de todos, a *Declaração Mundial Sobre Educação Para Todos* (1990 – Jomtiem/Tailândia), a

Declaração de Salamanca sobre Princípios e Práticas em Educação Especial (1994 – Espanha) e a *Declaração sobre a Educação de Jovens e Adultos* (1997 – Hamburgo/Alemanha⁴).

Para a regulação da Política de Educação, o Brasil passou a dispor, a partir de 1996, da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional - LDB5, lei nº 9.394/96, estabelecendo que o ato de educar:

[...] abrange os processos formativos que se desenvolvem na vida familiar, na convivência humana, no trabalho, nas instituições de ensino e pesquisa, nos movimentos sociais e organizações da sociedade civil e nas manifestações culturais (BRASIL, Lei nº 9.394/96, artigo I, 2005, p.296).

Logo, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional busca garantir o acesso e a permanência do aluno na escola, a inclusão social, o desenvolvimento de ações e projetos educacionais direcionados à comunidade escolar, estabelecendo a formação do aluno em aspecto amplo: social, emocional, físico e mental.

No que tange à perspectiva da inclusão social, esta conquista teve expressão no cenário nacional ao longo dos anos 1990, sendo incorporada pelo aparato normativo nacional, dentre eles, a Lei de Diretrizes e Bases da Educação (1996) e, em particular, nas normatizações que se referem à Educação Especial. Em 2001, o Conselho Nacional de Educação, instituiu as Diretrizes Nacionais para a Educação Especial na Educação Básica, cuja implementação foi obrigatória a partir do ano de 2002, as quais reafirmam todo o ideário presente na legislação nacional. O documento definiu, em seu artigo 3, a Educação Especial como:

[...] um processo educacional definido por uma proposta pedagógica que assegure recursos e serviços educacionais especiais, organizados institucionalmente para apoiar, complementar, suplementar e, em alguns casos, substituir os serviços educacionais comuns, de modo a garantir a educação escolar e promover o desenvolvimento das potencialidades dos educandos que apresentam necessidades educacionais especiais, em todas as etapas e modalidades da educação básica. (BRASIL. Legislação Educação Especial. Resolução nº 2, artigo 3, 2001).

Ainda que encontre obstáculos para sua plena efetivação enquanto direito social, ao longo das décadas, a Política de Educação brasileira foi, ganhando e aglutinando conquistas. Pode-se afirmar que a década de 1990 foi um momento de ruptura, representando um período crucial na trajetória da Educação, principalmente no que se refere à Educação Especial. Além da emergência de um aparato legal que buscou romper com a visão tradicionalista de educação como ação assistencial e terapêutica, estas regulamentações incorporam a noção de educação como um direito que deve atender às necessidades especiais de cada um, explicitando o respeito às diferenças.

Ao procurar atender as necessidades especiais de cada um, explorando o respeito às diferenças, o ato de educar aponta para a necessidade de se trabalhar as diversas nuances do indivíduo, como os aspectos intelectuais, sociais, físicos, e, porque não, de saúde. Pode-se afirmar a experiência da interface entre a Educação e a Saúde, principalmente quando se trata das especificidades da Educação Especial ou Educação Inclusiva. Ambas as Políticas são compreendidas como um direito social universal e como componentes essenciais para a formação educativa, intelectual, humana, social e saudável do aluno.

Essa interface é evidenciada ao considerar-se o conceito ampliado de saúde, ou seja, a saúde como um fenômeno histórico e social presente em todas as determinações constituintes do ser social: a família, a escola, o trabalho, o ambiente social e outras.

AS DETERMINAÇÕES DO CONCEITO AMPLIADO DE SAÚDE NO MARCO DA SEGURIDADE SOCIAL

Na década de 30 do século XX, para atender ao processo desenvolvimentista que impulsionou e estimulou a industrialização do país, a intervenção do Estado na área social tornou-se essencial para regular as relações entre capital e trabalho e, assim criar as bases para industrialização. Nesse período os direitos sociais eram considerados de forma particularista, obtidos através da inserção formal ao mercado de trabalho, sendo a carteira de trabalho o certificado legal de cidadania.

Essa estrutura foi definida por alguns autores como “cidadania regulada”, cujas raízes encontram-se não em um código de valores políticos, como por exemplo, a Constituição, mas em um sistema de estratificação ocupacional definido em norma legal. Em outras palavras,

seriam cidadãos todos os membros da comunidade que se encontravam localizados em qualquer uma das ocupações reconhecidas e definidas por lei. Todos aqueles, cuja profissão a lei desconhecia (trabalhadores rurais e muitos urbanos) eram considerados pré-cidadãos.

O regime burocrático-autoritário implantado no país em 1964, inicialmente manteve a concepção da “cidadania regulada” privilegiando o setor privado e, no caso da saúde, uma assistência médica previdenciária, tratando com descaso as ações de saúde pública. Em 1966 a lógica da “cidadania regulada” passou a ser desmontada pela nova estrutura da política social brasileira, em que trabalhadores rurais, empregados domésticos e autônomos passaram a ter acesso aos direitos instituídos.

Na virada dos anos 70 para os anos 80 do referido século, demarcou-se o estabelecimento de novas relações entre Estado e sociedade. Esse processo resultou na promulgação da Constituição Federal de 1988, que inscreveu em seu texto “os princípios da universalidade, equidade, uniformidade e equivalência, irredutibilidade dos valores dos benefícios, gestão democrática, descentralizada e participativa” (FLEURY, 1994, p. 224).

Esses princípios passaram a orientar a Seguridade Social, que agrupou as políticas de Saúde, Previdência e Assistência Social assumidas como questão pública e de responsabilidade do Estado. A intenção foi criar um sistema de proteção social amplo, com perspectivas universalizantes e fundado na ampliação da cidadania social.

As mudanças introduzidas pela Constituição de 1988 no que se refere à saúde foram também resultado da força organizativa do Movimento Sanitário. Segundo Simionatto (1997, p. 16):

[...] iniciado nos anos 70 por um grupo de intelectuais, médicos e lideranças políticas do setor de saúde provenientes, na sua maioria do Partido Comunista Brasileiro - PCB. Esse movimento deu origem à Reforma Sanitária Brasileira, que estabeleceu uma nova concepção na saúde em que se correlacionavam os problemas de saúde com as determinações estruturais e conjunturais vivenciadas pela sociedade.

Para Simionatto (1997, p. 17), a alteração do conceito de saúde a faz ser “entendida não como um setor, mas como um processo de convergência de políticas públicas, econômicas e sociais, como direito de cidadania e dever do Estado [...]”.

Em sentido amplo, e de acordo com a Organização Mundial da Saúde - OMS: “a saúde é um bem estar físico, mental e social e não somente a ausência de doença” (apud, BRAVO,

1998, p.122). Considera-se o indivíduo em sua totalidade, suas relações com as diferentes esferas da vida como: a família, a escola, o trabalho, o ambiente clínico e a comunidade.

Entre as diretrizes políticas consolidadas pela Constituição Federal no cenário nacional e, em conformidade com o conceito amplo de saúde, constituiu-se o Sistema Único de Saúde - SUS - através da Lei nº 8.080/90 e 8.142/90, tendo por finalidade alterar a situação de desigualdade na assistência à saúde da população, tornando obrigatório o atendimento público a qualquer cidadão, sendo proibidas cobranças de dinheiro sob qualquer pretexto.

Constitucionalmente, o SUS é organizado de acordo com as seguintes diretrizes: a descentralização, municipalização, hierarquização, regionalização, o atendimento integral e a participação da comunidade através dos Conselhos de Saúde. Quanto aos seus princípios o SUS, de acordo com a Lei nº 8.080/90 no artigo 7 estabelece um total de treze⁶ em que se destacam a universalidade, integralidade e o direito à informação.

Seguindo os princípios e diretrizes, o Sistema Único de Saúde propõe-se a um cuidado amplo, priorizando as ações de promoção, proteção e prevenção, democratizando as informações relevantes para que a população conheça seus direitos e os riscos à sua saúde.

Levando-se em conta este amplo aspecto de promoção da saúde enquanto qualidade de vida, depreende-se que a busca e vivência de um cuidado mais abrangente não se limita apenas aos níveis e instituições que ocupam a rede SUS, como UBS's e hospitais. O direito à saúde e ao bem estar completo pode ser usufruído em todas as instâncias da vida em sociedade, inclusive na escola.

De acordo com Lervolino (2000, p. 50): “para viver com qualidade e conseqüentemente ter saúde, é essencial capacitar as pessoas para aprender durante toda a vida, preparando-as para as diversas fases da existência”. Esta tarefa deve ser realizada nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários. As ações devem efetuar-se por meio de organizações educacionais, profissionais, comerciais e voluntárias, bem como pelas instituições governamentais.

As instituições educacionais são um centro importante de ensino-aprendizagem, convivência, crescimento e de formação de valores vitais fundamentais constituindo, dessa forma, o lugar ideal para a aplicação de programas de promoção da saúde, ressaltando como

exposto anteriormente, a importância da interface entre a Educação e a Saúde para a formação pessoal, profissional e social dos sujeitos.

Dentre os recursos utilizados no ambiente educacional como estratégia de promoção da saúde está as ações de Educação em Saúde, englobando a prevenção, a socialização de informações e o conhecimento do processo saúde-doença do indivíduo, numa perspectiva dialógica, crítica e emancipatória.

A EDUCAÇÃO EM SAÚDE COMO EIXO NORTEADOR NO PROCESSO DO CUIDADO

Diante da situação do Brasil nas primeiras décadas do século XX, repleto de epidemias graves e péssimas condições sanitárias decorrentes do intenso processo de urbanização, o Estado intervinha de forma autoritária e disciplinadora através da “polícia sanitária” que:

[...] liderada por Oswaldo Cruz, adotou medidas de controle de enfermidades (febre amarela, peste varíola, tuberculose, sífilis, entre outras), mediante a vacinação compulsória, da vigilância sobre atitudes e moralidades dos pobres, da normatização arquitetônica do espaço urbano e dos portos (demolições periódicas de estalagens e cômodos, legislações municipais determinando a construção de vilas operárias baratas e saudáveis em áreas pouco povoadas). (SMEKE E OLIVEIRA, 2001, p. 118).

Neste panorama, a Educação em Saúde caracterizava-se como uma estratégia de controle social por parte das elites e do Estado voltada, principalmente, às classes subalternas no sentido de adaptar o indivíduo à ordem vigente através de normas de conduta moral, social e de higiene. Para Alves (2005), a Educação em Saúde tinha como objetivo tornar os indivíduos mais propensos a aceitar suas condições de vida e trabalho e mais aptos a suportá-las.

As práticas educativas em saúde eram pautadas no discurso biologicista, que reduzia a determinação do processo saúde-doença à dimensão individual, não assimilada às implicações sociais, condições de vida e trabalho, dentre outros. Esse discurso propagava que os problemas de saúde seriam decorrentes do discernimento dos indivíduos e que a mudança de comportamento garantiria a resolução dos mesmos.

Durante o regime militar, o campo da Educação em Saúde permaneceu inexpressivo em virtude da limitação dos espaços institucionais para sua realização. Verificou-se uma expansão dos serviços médicos privados e da Medicina Curativa⁷, em detrimento dos serviços de atenção preventiva. Em contrapartida, este mesmo regime despertou uma resistência e insatisfação na população que precipitou, ao longo da década de 1970, a organização de movimentos sociais que reuniram intelectuais e populares.

Neste contexto, foram retomadas as proposta pedagógicas de Paulo Freire⁸ e, os profissionais de saúde revisaram suas práticas a partir da interlocução com as teorias das ciências humanas por um novo projeto. Estes movimentos deram início às críticas das práticas educativas autoritárias e normalizadoras apontando, ao mesmo tempo, para uma ruptura.

Dentre os movimentos que tiveram início nessa época e que buscavam romper com perspectiva tradicional, destacou-se o movimento da Educação Popular em Saúde. Este movimento foi precipitado pela insatisfação de alguns profissionais da área com os serviços oficiais e pelo envolvimento de intelectuais católicos com a questão social⁹.

A aproximação favoreceu a convivência dos profissionais com a dinâmica do processo de adoecimento e cura no meio popular, bem como o confronto com a complexidade dos problemas de saúde nessas populações, o que levou muitos trabalhadores da saúde a buscarem a reorientação de suas práticas com a finalidade de enfrentar, de forma mais global, os problemas identificados. Com isso, as discussões teóricas sobre a Educação em Saúde ganharam novos contornos, se aproximando de uma perspectiva crítica.

Com a crise econômica, política e social instalada no Brasil na década de 80 do século XX, associada à insatisfação popular com o regime militar, o Estado foi obrigado, segundo Vasconcelos (2002, p. 17), “[...] a preocupar-se mais com os problemas de saúde, educação, habitação e saneamento da população” firmando-se a perspectiva crítica da Educação em Saúde. Esta deixou de ser um processo de persuasão e moldagem, para torna-se um processo de capacitação de indivíduos e grupos, ressaltando as práticas coletivas.

No final dessa mesma década, com as mudanças realizadas na legislação brasileira referentes a assistência à saúde, observou-se uma valorização das práticas de Educação em

Saúde crítica como uma estratégia dialógica para o reforço da promoção da saúde. Promoção essa compreendida como de responsabilidade do Estado, profissionais de educação, de saúde e afins, além da sociedade civil como um todo, abrangendo todas as esferas constituintes do ser social.

O modelo de Educação em Saúde – na perspectiva crítica – segundo Alves (2005, p.40), “é referido como modelo dialógico por ser, [a interação entre os indivíduos], seu instrumento essencial”. Ainda de acordo com a autora, “o usuário dos serviços é reconhecido [como] sujeito portador de um saber que, embora [diferente] do saber técnico-científico, não é deslegitimado pelos serviços”.

O objetivo da educação dialógica não é o de informar apenas para saúde, mas de transformar saberes existentes. A prática educativa, nesta perspectiva, visa ao desenvolvimento da autonomia e da responsabilidade dos indivíduos no cuidado com a saúde, porém não mais pela imposição de um saber técnico-científico detido pelo profissional, mas sim, pelo desenvolvimento da compreensão da situação de saúde experienciada pelo indivíduo, levando-se em consideração também o saber popular.

Seguindo essa perspectiva, de acordo com Silva (2007), os educadores definem como objeto de trabalho a construção de mecanismos que estimulem a livre comunicação entre as pessoas e os grupos no nível da sociedade civil e dentro das instituições envolvidas na solução de questões ligadas à saúde. Assim, institui-se uma nova forma de conceber a prática marcada por relações horizontais, desmontando-se a neutralidade presente nas abordagens pois, citando Freire (1975, p.130), “[...] é escutando que aprendemos a falar com eles, quebrando os traços impositivos de uma comunicação, instaurando uma relação de troca”.

Ressaltando a importância da interface entre o conceito de Educação que, segundo Freire (1975) se constitui como uma “prática libertadora” e o conceito ampliado de Saúde considerado processo histórico que leva em conta os determinantes sociais, a Educação em Saúde no seu enfoque crítico e no ambiente educacional, se constitui numa estratégia profícua para a promoção da saúde e qualidade de vida.

A SAÚDE ESCOLAR NO CONTEXTO BRASILEIRO

As práticas educativas em saúde nos espaços educacionais brasileiros, inicialmente, apresentaram características da perspectiva tradicional da Educação em Saúde. Nesse sentido, as ações de “saúde na escola”¹⁰ eram centradas no ensino de comportamentos e hábitos considerados saudáveis, estando essas práticas presentes nos discursos oficiais a partir de 1889, época da Primeira República. Nesse período, a Saúde Escolar – denominada Higiene Escolar – seguindo o modelo alemão de “Polícia Médica”, propunha medidas de asseio e higiene dos escolares com a finalidade de evitar que doenças contagiosas invadissem a escola, ameaçando o ambiente.

Segundo Valadão (2004), na concepção higienista, saúde e educação eram concebidas em diversos sentidos. A primeira era pensada nos seus aspectos físicos, mentais e morais, com repercussões individuais e, sobretudo, sociais. A segunda não se resumia à transmissão de conhecimentos, devendo consistir, também, na incorporação de hábitos, controle de impulsos, e na prática convicta de preceitos higiênicos e saudáveis. A Educação em Saúde visava o desenvolvimento de uma raça sadia e produtiva, a partir da observação, exame, controle e disciplinamento na infância, com vistas a prevenir ou corrigir precocemente os desvios de comportamento e as imperfeições de caráter por meio de uma consciência sanitária, saúde e educação eram tratadas, como um binômio indissolúvel. Assim, durante cerca de cinquenta anos, houve a predominância de uma educação sanitária normativa e prescritiva, com ênfase na responsabilidade individual sobre as questões de saúde.

A partir dos anos 50 do século XX, surgiram algumas propostas que representaram um movimento no sentido da biologização de questões relacionadas à aprendizagem escolar, bem como no modo de tratar a saúde. A visão biologicista tornou-se hegemônica, justificando a introdução progressiva de informações mais detalhadas sobre o funcionamento do corpo humano e sobre as doenças a serem prevenidas, com recorrência às ciências biológicas.

Prevaleceram as ações de inspeção, prescrição de comportamentos e busca de correção da educação defeituosa eventualmente trazida da família. As triagens auditivas e visuais¹¹ foram incorporadas às tarefas da saúde escolar, bem como, o enfrentamento da desnutrição por meio da merenda escolar, já que supunha-se que o baixo rendimento escolar do aluno estava relacionado ao estado nutricional ou à capacidade mental do indivíduo, sugerido pelos

“diagnósticos patológicos”, atribuídos aos “distúrbios de aprendizagem” ou “disfunção cerebral”.

Na década de 70 do mesmo século, a saúde escolar passou a ser denominada de Medicina Escolar, tendo como prioridade os exames físicos de massa e fichas padronizadas para o registro de saúde. O exame clínico era obrigatório para o ingresso do aluno na escola, estando previstas revisões durante o ano letivo. Na prática, mantinha-se a mesma lógica iniciada em 1950, ou seja, as ações de saúde objetivavam verificar a existência ou não de problemas auditivos e visuais, as condições de higiene dos alunos e disfunções comportamentais, ocasionando uma intensa procura por consultas médicas dentro e fora das instituições de ensino.

Diante da crescente demanda implicada na medicalização da saúde escolar, ocorreu a necessidade de se concentrar os atendimentos dos profissionais de saúde nos alunos com supostos déficits de aprendizagem ou distúrbios de comportamento, buscando fatores orgânicos que justificassem o atendimento especializado e o possível tratamento, ignorando-se a existência de outros determinantes como, as questões ambientais, emocionais, sociais e econômicas que pudessem contribuir para o surgimento de tais questões. Simultaneamente, iniciou-se a construção do conceito ampliado de saúde, configurado entre os anos de 1970 a 1990, período de nova inflexão doutrinária, que abriu caminho para uma revisão ampla da concepção de educação em saúde.

Essa época, segundo Meyer (1998), foi marcada pela emergência de novos movimentos e temáticas que mobilizaram os setores profissionais e a sociedade civil. A concepção tradicional de Educação em Saúde passou a ser fortemente questionada, acompanhando as tendências que se manifestaram tanto na saúde quanto na educação. Novos projetos de promoção da saúde e prevenção de doenças emergiam no campo teórico da saúde coletiva e juntamente com os princípios da educação libertadora, levando ao surgimento de práticas pedagógicas mais participativas e democráticas.

As décadas de 1980 e 1990 trouxeram um conjunto de mudanças no cenário epidemiológico¹² e político-institucional¹³ brasileiro, potencialmente relevante para o campo da saúde na escola, em especial, a criação do Sistema Único de Saúde e a formulação da

proposta de Escolas Promotoras de Saúde. Como afirma Cyrino (1999), contemplar os princípios do SUS implicaria na revisão da atenção à saúde da criança em idade escolar, “fazendo emergir uma concepção de saúde escolar enquanto competência da esfera da saúde, mesmo que concretizada no espaço da escola, e criando a expectativa de priorizar as atividades preventivas” (apud, VALADÃO, 2004, p.31), através de ações e programas que promovam a saúde e qualidade de vida.

De acordo com as propostas de integração de saúde e educação, o Programa de Saúde Escolar deveria ser direcionado por uma política de saúde única para atendimento das reais necessidades da população. Destas propostas, muito pouco chegou a ser viabilizado, embora tentativas isoladas tenham ocorrido e continuaram correndo nesse sentido¹⁴.

A iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde ganhou força nos anos 90 do século XX, pretendendo superar o modelo vigente, o qual considerava as escolas passivas nas realizações de saúde escolar. As instituições de ensino ganharam um papel ativo e dinamizador, tendo as práticas de educação em saúde um caráter crítico e dialógico.

A Escola Promotora de Saúde trouxe uma nova visão para área, considerando que o desenvolvimento do escolar está ligado às condições ambientais, de convivência familiar e com a sociedade, de alimentação e nutrição adequadas, às oportunidades de aprendizagem de habilidades, de construção de conhecimentos, de acesso à recreação e às condições de segurança que lhes são oferecidas. Cada escola é uma combinação particular de elementos físicos, culturais, emocionais e sociais que lhe outorgam um caráter especial e que definem o processo de ensino-aprendizagem, determinando a qualidade da educação que oferece. Segundo a Organização Panamericana da Saúde (apud LERVOLINO, 2000, p. 30): “[...] a promoção da saúde na escola faz parte de uma visão integral do ser humano, que considera as crianças e os adolescentes, dentro de seu entorno familiar, comunitário e social [...]”.

Portanto, a Escola Promotora de Saúde objetiva melhorar a saúde de todos que convivem na escola, prevenir as enfermidades, contribuir com a manutenção de um ambiente ecologicamente sustentável, promover a auto-estima e avaliar a eficácia de suas ações.

Como apontado anteriormente, na segunda metade da década de 90 do século XX, foi homologada a nova Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Nacional (LDB), que não

trouxe nenhuma menção específica à saúde na escola. Ainda assim, nos estados e municípios brasileiros foram desencadeados processos autônomos de reformulação curricular, como no Rio Grande do Sul e Belo Horizonte¹⁵, onde a saúde ganhou espaço como um tema de relevância social e conteúdo a ser trabalhado na experiência escolar cotidiana.

Nesse mesmo período, seguindo os preceitos constitucionais, foram elaboradas pelo Conselho Nacional de Educação e aprovadas pelo Congresso Nacional, as Diretrizes Curriculares Nacionais que, ao contrário da LDB, estabeleceram eixos gerais para a organização curricular, incluindo a saúde entre os conteúdos relevantes para uma educação cidadã. No caso da educação fundamental, foram especificadas as chamadas “áreas tradicionais” do currículo, como português, matemática, ciências e alguns temas de relevância social, organizados na forma de “temas transversais”. Nestes documentos, a saúde e a sexualidade, juntamente com outras temáticas que têm conexão direta com o campo da saúde, como meio ambiente e pluralidade cultural, ganharam um tratamento destacado.

Os temas transversais se constituem como “recursos culturais relevantes para a conquista da cidadania, temas considerados preocupações contemporâneas, que devem ser incluídos aos saberes tradicionalmente presentes no trabalho escolar” (LOMÔNACO, 2004, p.04). Esses temas trazem consigo fatores de caráter prescritivo das atitudes e valores, possibilitando a formação do cidadão crítico, inserido num mundo em que não está apenas como espectador, mas é parte atuante da realidade.

Conforme Valadão (2004) foi realizado no ano de 2002 um levantamento junto aos Secretários Estaduais de Educação em todo Brasil, demonstrando que inúmeros programas e projetos voltados para a inclusão de temas sociais no currículo escolar vinham sendo implantados em todos os sistemas estaduais de ensino, ainda que não fossem necessariamente idealizados pela concepção da Escola Promotora de Saúde ou formalizados sob essa rubrica. Isso porque na prática, os projetos tenderiam a realizar-se de forma descontínua e pouco abrangente em relação às redes de ensino, e as instâncias de promoção da saúde na escola seriam raramente formalizadas, seja nos sistemas de educação ou da saúde.

No ano de 2005, com objetivo de criar uma articulação entre as ações do Ministério da Saúde e o Ministério da Educação, no que se refere a saúde escolar e, considerando a

existência de vários projetos e programas voltados à promoção da saúde nas escolas em diferentes graus de implementação, e nas diversas esferas de governo, foi instituída a Câmara Interministerial, portaria nº 749 de 13 de maio de 2005, com a atribuição de “ [...] elaborar diretrizes para subsidiar a Política Nacional de Educação em Saúde na Escola” (BRASIL, Ministério da Saúde, 2005, p.02).

No que diz respeito ao governo federal permanece existindo, no Ministério da Educação, o Programa de Saúde do Escolar¹⁶ encarregado, basicamente, da realização periódica de procedimentos de detecção de problemas de visão. No Ministério da Saúde, desde a definição do SUS, a saúde na escola não chegou a constituir-se em política, programa ou área claramente definida. Na prática, a escola continua sendo palco de disputa entre os diversos programas.

Segundo Valadão (2004), os debates realizados na academia e nas instâncias de participação da sociedade civil, assim como as inúmeras experiências realizadas nas instituições de educação e de prestação de serviços de saúde ainda não levaram à conformação de novas políticas estratégicas nos sistemas de ensino, em nível nacional. Hoje, a saúde na escola brasileira contempla uma mescla de antigas e novas idéias e práticas, de acordo com a realidade de cada estado e município.

Vale ressaltar que, as práticas educativas em saúde, de acordo com a perspectiva crítica e dialógica, constituem-se em ferramentas essenciais para a promoção da saúde do escolar, sendo de grande relevância para seu sucesso o envolvimento de todas as esferas governamentais e de todos profissionais, tanto da educação e quanto da saúde, que exercem atividades nesse âmbito. As atividades podem ser desenvolvidas através de estratégias diversificadas e de acordo com a realidade existente, como por exemplo: programas e projetos de promoção do bem estar e qualidade de vida, palestras, trabalhos com grupos e famílias, recursos áudio - visuais e pedagógicos e, o trabalho interdisciplinar entre os profissionais da educação e da saúde.

A IMPORTÂNCIA DA INTERDISCIPLINARIDADE NA CONSTRUÇÃO DE NOVAS PRÁTICAS

De acordo com Lomônaco (2004), para se trabalhar os conteúdos relacionados à saúde em todas as áreas do conhecimento e, em especial, no campo educacional, é necessário que as fronteiras entre os diferentes conteúdos estejam permeáveis e as especializações de cada profissão, ao invés de fragmentar, sejam fatores que contribuam para a qualificação do trabalho coletivo, como propõe o conceito de interdisciplinaridade.

Na área da educação, em que a saúde é considerada como um tema transversal, sendo compreendida como um assunto de interesse social, aparece a idéia de interdisciplinaridade que deve ocorrer com a cooperação e a troca entre os profissionais envolvidos.

Segundo Stephan-Souza (1999), no processo do trabalho coletivo, a interseção entre os conceitos, significa estar disponível para compreender o discurso das outras disciplinas, assim como se “despojar de conceitos, técnicas e procedimentos que reproduzem conhecimentos, atitudes e metodologias quase sempre corporativas e refratárias a um tipo de convívio, no qual tem espaço a comunicação aberta e democrática” (Ibid, 1999, p.10).

Em especial no ambiente educacional que envolve a questão da saúde, o trabalho coletivo é necessário uma vez que as ações se constroem coletivamente, ou seja, envolvendo e reunindo os diversos profissionais em um mesmo projeto.

Assim, como já abordado, as práticas de Educação em Saúde, em sua perspectiva crítica e dialógica sejam elas desenvolvidas na área da educação ou da saúde, tornam-se instrumento potencializador para o trabalho coletivo, pois privilegiam a troca de saberes e experiências.

Neste sentido o NEACE/LESTE é um campo fértil para as práticas interdisciplinares, pois possui profissionais de diferentes áreas atuando. De acordo com Alves (2007, p. 170): “a interdisciplinaridade – processo de intercâmbio entre os diferentes saberes em torno de objetivos comuns torna-se, portanto, uma meta indispensável à evolução do trabalho em equipe”, tendo como base a comunicação, o vínculo, a troca de saberes e experiências em “prol de um trabalho comum”, visando oferecer um serviço de qualidade e que atenda às demandas do público alvo.

CONSTRUINDO NOVAS PRÁTICAS NO AMBIENTE EDUCACIONAL: A EXPERIÊNCIA OBSERVADA NO NEACE/LESTE

Atualmente devido às constantes transformações em curso e aos sérios problemas de saúde pública, faz-se necessário a utilização de todos os espaços possíveis para a socialização de informações, visando a prevenção de doenças e a promoção da saúde, e a valorização do indivíduo enquanto agente capaz de ser sujeito do seu processo ensino/aprendizagem/cuidado. Assim, possibilita-se aos sujeitos condições de participar por completo e com total autonomia da vida social, em especial na área da educação.

Neste sentido, o objetivo da escola regular é transmitir o saber, educar para vida e formar cidadãos críticos e conscientes, e para tal, é necessário superar as dificuldades decorrentes desse processo, sejam elas físicas, psíquicas, mentais, econômicas e sociais. É de responsabilidade das instituições de ensino e do poder público favorecer o acesso e a permanência do aluno nesses espaços, bem como, estabelecer ações que promovam a efetivação desses direitos e a inclusão social.

Diante disso e, devido ao aumento significativo de solicitações para atendimentos neurológicos no SUS e encaminhamentos de alunos da rede municipal de ensino para atendimentos médicos¹⁷, no município de Juiz de Fora surgiu a necessidade de se criar um espaço com características pedagógicas diferenciadas para atender às demandas das escolas e programas sociais, capazes de desenvolver o pleno processo dos indivíduos, independente de suas especificidades.

Criado em 2001 o NEACE/LESTE¹⁸, estando vinculado à Secretária de Educação de Juiz de Fora, no Departamento de Apoio Pedagógico, na Divisão de Atenção à Educação na Diversidade, com a participação da Associação Municipal de Apoio Comunitário - AMAC e da Secretaria de Saúde, Saneamento e Desenvolvimento Ambiental, tendo, como finalidade:

[...] atender crianças e jovens vinculados à rede municipal de ensino e programas municipais de assistência social que enfrentam barreiras na aprendizagem, sejam elas de origem real ou circunstancial, bem como crianças de 0 a 3 anos que necessitam de estimulação essencial (OLIVEIRA et al, 2007, p.29)

O Núcleo tem como público alvo crianças e jovens com necessidades especiais permanentes (déficits reais)¹⁹ ou temporárias (déficits circunstanciais)²⁰ e suas famílias, que

são encaminhadas à Divisão de Atenção à Educação na Diversidade – SE/JF, a partir de relatórios enviados pelas escolas municipais e creches comunitárias da AMAC.

O NEACE/LESTE possui uma equipe interdisciplinar composta por profissionais das seguintes áreas: pedagogia, educação física, fonoaudiologia²¹, serviço social, além de uma estagiária do curso de Serviço Social da UFJF e uma auxiliar de serviços gerais. Quanto ao número de crianças e adolescentes atendidos na instituição no ano de 2006²², tem-se um total de 112 atendimentos especializados.

Segundo informações contidas no Relatório Anual NEACE/LESTE (2006), estas atividades constituem-se em: *Atendimentos Especializado* (atendimentos realizados pelos profissionais e seus respectivos setores existentes no núcleo), *Oficinas Pedagógicas* (coordenadas por quatro profissionais de pedagogia), *Atendimentos Psicoterápicos* (realizados pela profissional da psicologia), *Atendimentos Fonoaudiológicos* (realizados pela fonoaudióloga em conjunto com a profissional de Estimulação Essencial), *Reuniões de Pais* (realizadas através do “Projeto Sala de Pais”, coordenado pelo Serviço Social).

As atividades citadas são realizadas pela equipe técnica como um todo, de acordo com a disponibilidade dos profissionais e com as demandas existentes, evidenciando um trabalho em conjunto de promoção da saúde. Diante do conhecimento sobre as ações realizadas no NEACE/LESTE e a proximidade das mesmas com as práticas educativas em saúde em seu enfoque crítico, o ambiente educacional em questão revelou-se profícuo para se realizar o presente trabalho.

Procurando evidenciar as práticas educativas em saúde realizadas no âmbito Núcleo e que formam a equipe interdisciplinar. A coleta de dados foi realizada através de fontes secundárias: documentos, registros, informações e dados originais. O instrumento utilizado na pesquisa configurou-se na entrevista, em que se utilizou um formulário semi-estruturado.

A pesquisa objetivou a elaboração de um estudo acerca da interface entre Educação e Saúde no ambiente educacional, demonstrando a importância desta como uma estratégia de promoção em saúde nesse espaço e, ao mesmo tempo, sinalizando para a contribuição do

trabalho em equipe no alcance desse propósito, evidenciando as práticas educativas em saúde desenvolvidas no NEACE/LESTE.

Didaticamente, a abordagem contemplou sete eixos: Interface entre Educação e Saúde, Educação em Saúde, Práticas educativas no NEACE/LESTE, Promoção da Saúde, Interdisciplinaridade, Limites e possibilidades das práticas educativas no Núcleo e Efetividade das Políticas de Educação e de Saúde.

Ao se abordar sobre a interface entre a Educação e a Saúde, a mesma foi evidenciada ao se considerar os conceitos em sentido amplo, como fenômenos históricos e sociais, como um direito social universal e como componentes essenciais para o desenvolvimento e formação do indivíduo. A criação dos Núcleos de Atendimentos Especializados – NEACEs e as atividades desenvolvidas nesses locais representam a interface entre esses saberes, na medida em que estes núcleos objetivam a promoção da saúde e a inclusão social de crianças e jovens com necessidades especiais.

No que se refere à compreensão sobre a estratégia de Educação em Saúde constatou-se que há uma aproximação das ações dos profissionais com a perspectiva crítica. As afirmações coadunam com o conceito de Educação em Saúde, em seu enfoque crítico e dialógico, que defende a saúde em seu conceito ampliado, deixando de ser um processo de persuasão ou transferência de conhecimento para se tornar um processo de capacitação de indivíduos e grupos, visando o desenvolvimento da autonomia no cuidado com a saúde.

Pertinente a esta questão abordou-se sobre as ações que espelham a atuação profissional nesta perspectiva de Educação em Saúde. Foram citados como instrumentos de trabalho: entrevistas, atendimento individual e com a família do usuário, trabalho em grupo, visitas institucionais, palestras, oficinas e sala de pais.

Quando questionado se as práticas educativas em saúde desenvolvidas na instituição contribuem para a promoção da saúde, os profissionais, em sua maioria, responderam que a contribuição consiste na articulação entre a Educação e a Saúde, na informação e conscientização dos usuários, na prevenção de doenças, na inclusão social, nos trabalhos realizados na estimulação essencial e na oficina pedagógica que lidam com as deficiências reais e circunstanciais das crianças e jovens, nos atendimentos realizados pelo setor da psicologia e fonodialogia e nas atividades desenvolvidas pelo Serviço Social.

Quanto ao papel da interdisciplinaridade no desenvolvimento do trabalho, os profissionais novamente foram unânimes em relação a importância do trabalho em equipe. Apesar do núcleo ser dividido em setores, existe uma articulação efetiva entre os mesmos, uma troca de saberes, conhecimentos e experiências que favorece a qualidade dos serviços prestados pela instituição.

Observou-se que os entrevistados relatam a existência de uma articulação com outros profissionais (médicos especialistas) que atendem as crianças e jovens, com outras instituições (escolas, CRAS, CAPS²³), com os programas sociais que atendem as famílias e com a rede municipal de serviços, o que segundo eles, é uma forma de trabalho interdisciplinar.

No que tange a capacitação da equipe, foi apontado que esta ocorre através da Secretaria de Educação do município, que oferece cursos para os profissionais da Educação como um todo. A equipe do NEACE/LESTE, muitas vezes, participa também na organização e desenvolvimento dos mesmos.

Foi relatado que os cursos são voltados mais especificamente para a área da Pedagogia, com isso as demais áreas, como o Serviço Social e Psicologia participam dos mesmos, mas sentem necessidade de algo mais específico para sua formação. Uma outra afirmação refere-se a necessidade da intensificação dessa capacitação para os profissionais atuarem dentro da diversidade e das necessidades especiais do público atendido.

Ainda que com limites – operacionais e/ou capacitação profissional – os profissionais avaliaram as atividades desenvolvidas pelo Núcleo de forma positiva, relatando que desde a implantação do mesmo a instituição vem construindo um trabalho sólido, com qualidade e com respeito aos usuários, principalmente por se tratar de um órgão público comprometido com a prestação de bons serviços à comunidade.

Refletindo sobre as ponderações feitas pelos profissionais, observou-se que os NEACEs atualmente, constituem-se como centros de referência de atendimento especializado às crianças e jovens com necessidades educacionais especiais. Como comentado em uma das abordagens, os núcleos aparecem como “modelos” para as outras cidades da região, já que os

mesmos recebem visitantes de várias localidades interessados em conhecer o trabalho desenvolvido.

As possibilidades não foram descritas de forma objetiva, o que se pôde observar durante a abordagem, através do acompanhamento da dinâmica cotidiana da instituição e, com embasamento na pesquisa realizada nos documentos disponibilizados pelo núcleo, é que as mesmas consistem na ampliação do número de vagas para os atendimentos ao público alvo, na reestruturação do serviço de fonodialogia, na contratação de um número maior de profissionais, na capacitação mais ampla da equipe em conformidade com as áreas de atuação de cada profissional, em uma maior articulação com a rede de serviços do município e em uma divulgação mais ampla do trabalho desenvolvido pelo NEACE.

Em relação aos limites, pode-se constatar que a questão da demanda por serviços ser maior que a oferta dos mesmos é algo que preocupa os profissionais, pois muitas vezes é necessário priorizar os atendimentos nos casos mais urgentes e os demais acabam sendo encaminhados para uma lista de espera.

Como relatado, existe o limite na compreensão do trabalho do NEACE junto às escolas e as demais instâncias da área da educação, compreendendo-a como uma instituição de atendimento especializado a crianças e adolescentes com necessidades especiais e não como uma referência da política de assistência. O que existe na prática é uma articulação com os programas da área da educação, saúde e assistência social.

Observou-se na abordagem que existe uma carência da equipe profissional junto à rede de serviços do município, necessitando de uma articulação mais efetiva e ampla, para assim, otimizar os encaminhamentos e garantir qualidade na realização das atividades.

Outro ponto a destacar refere-se à necessidade de ampliação de investimentos e recursos para a obtenção e renovação dos materiais utilizados nas atividades desenvolvidas com as crianças e jovens atendidos pelo núcleo. Como relatado e observado, a grande parte do que se tem na instituição, no que diz respeito a brinquedos; materiais educativos; jogos; materiais utilizados na estimulação essencial; são doados pela equipe ou foram elaborados de acordo com a criatividade dos profissionais.

A própria questão da diversidade aparece com um limite, no que tange ao grande número de escolas atendidas, cada uma vivenciando uma realidade diferente e seguindo diretrizes pedagógicas diversificadas. Essa condição exige que NEACE estabeleça um contato

contínuo com as instituições, com o objetivo de compreender a realidade do ambiente escolar vivida pela criança, orientando sobre a conduta com esse aluno, para assim, garantir a articulação com a escola e conseguir progressos nos atendimentos realizados.

As refrações da questão social também aparecem como um limite, já que a maioria das famílias atendidas pelo núcleo está em condição de vulnerabilidade social, o que muitas vezes acarreta dificuldades no processo de desenvolvimento e recuperação das crianças e adolescentes atendidos. Daí a importância de uma articulação com a rede de serviços, pois em muitos casos a família é atendida por outros programas sociais ou faz-se necessário o encaminhamento aos demais projetos existentes.

Ao se abordar sobre a efetividade das políticas de Educação e de Saúde, os profissionais tiveram como consenso que as mesmas não atendem as necessidades do público alvo, reconhecem que houve avanços, mas que essas políticas ainda não atendem a todos. Segundo os profissionais, há uma necessidade de implementação e de uma efetivação da rede que compõe essas políticas, para assim ampliar e qualificar os serviços prestados. Pode-se citar como um dos avanços a criação dos NEACEs no município.

As ponderações dos profissionais coadunam com a realidade vivenciada pela sociedade brasileira, ou seja, fortemente marcada pelo neoliberalismo e suas conseqüências. As Políticas de Educação e Saúde estão fortemente imbricadas pelo ideário neoliberal que, muitas vezes, como aponta Laurell (1995) caracterizam-se por apresentarem um caráter assistencialista e com imposição governamental, associando sua concessão à comprovação de indigência, o que reduz o conceito de direitos sociais a benemerência do Estado e, o que na prática infringe à universalidade, a igualdade e gratuidade dos serviços sociais.

Lançando um olhar sobre os eixos abordados, pode-se depreender que há uma interface entre a Educação e a Saúde e que práticas educativas em saúde no ambiente escolar são profícuas para o processo saúde-cuidado. Entretanto, muito ainda há por avançar, já que ainda o NEACE/LESTE consiga realizar suas atividades com qualidade, muitos limites cercam os serviços públicos dada a conjuntura econômica-política e social do Estado brasileiro.

A abordagem aos profissionais revelou que o ambiente educacional em questão desenvolve práticas educativas que realmente contribuem para a promoção da saúde e qualidade de vida dos usuários.

CONCLUSÃO

A partir da pesquisa bibliográfica e dos relatos da equipe profissional do NEACE/LESTE, no decorrer deste trabalho, foi possível contemplar o objeto do estudo: O desenvolvimento da Educação em Saúde nas ações do Núcleo de Atendimento a Criança Escolar – NEACE/LESTE – JF, bem como, possibilitou várias reflexões que serão expostas a seguir.

Conjugando o arcabouço teórico com a experiência vivenciada pelos profissionais alvos da pesquisa, pode-se depreender que a interface entre a Educação e a Saúde é compreendida como de grande relevância para a prestação de serviços de qualidade pelo Núcleo, pois ambas são consideradas essenciais para a formação do indivíduo em seu aspecto social, emocional, físico e mental e enquanto sujeito de direitos.

Outro fato relevante configura-se nas práticas educativas desenvolvidas pela instituição, que estão diretamente relacionadas com perspectiva da Educação em Saúde crítica, e que de fato contribuem na promoção da saúde e da qualidade de vida do público atendido. Pelo que se pôde observar, a equipe profissional tem a compreensão clara do que sejam essas práticas em seu cunho dialógico, que propõe a informação e conscientização de indivíduos e grupos, e sua importância para o processo saúde-doença-cuidado.

É possível afirmar que, o trabalho realizado pela equipe do NEACE/LESTE apresenta como foco a interdisciplinaridade. Na prática, apesar do Núcleo estar dividido em setores, as ações são realizadas em conjunto e com a troca de saberes e experiências. Pode-se verificar a unidade, o respeito, a confiança na equipe de trabalho e como os profissionais valorizam e prática interdisciplinar, o que acaba por garantir a qualidade dos serviços oferecidos.

Cabe ressaltar que as possibilidades de trabalho são muitas quando se trata da interface entre a educação e a saúde especialmente nas práticas educativas em saúde pautadas no diálogo constante entre profissional/usuário/família, na criação de vínculos, na confiança e na promoção do cuidado.

Quanto aos limites, a grande maioria deles foge ao domínio da equipe de trabalho e esbarram em questões como: a seletividade, a burocracia dos serviços públicos, a falta de recursos e investimentos, o desconhecimento sobre os conceitos de inclusão social,

diversidade e sua aplicabilidade no cotidiano, fatos esses que caracterizam as políticas públicas embasadas no ideário neoliberal. Apesar das limitações pode-se dizer que os serviços oferecidos pelo NEACE/LESTE aos seus usuários são de excelência e de qualidade, sendo resultado da dedicação, amadurecimento e de aplicabilidade de conceitos como o de Educação em Saúde e interdisciplinaridade, que contribuem positivamente na realização das atividades.

Cabe destacar que os Núcleos Especializados de Atendimentos à Criança Escolar - NEACEs são considerados como centros de referência, representando a interface entre a Educação e Saúde, ao mesmo tempo em que contribuem para a promoção da saúde, da qualidade de vida e a inclusão social de crianças e jovens com necessidades especiais.

No estudo realizado, percebeu-se também a importância do trabalho realizado pelo Serviço Social junto às famílias dos usuários, contribuindo efetivamente para o desenvolvimento e estímulo das crianças e jovens, bem como na melhoria da qualidade de vida dessas famílias.

Salienta-se a importância para futuros estudos do objeto ora tratado, pois a presente temática é de grande relevância para o agir profissional dos trabalhadores da educação e da saúde, em especial para o Assistente Social, visto que este profissional está cada vez mais sendo solicitado para atuar em ambas as áreas, onde poderá utilizar a Educação em Saúde como estratégia de trabalho, visando assim, a promoção do indivíduo.

ABSTRACT

Having the study entitled: “The Development of Health Education in the actions of the Specialized Nucleus for School Children Assistance – NEACE/LESTE – JF” as the object of analysis, this paper discusses the Educational and Health Policies developed in the Brazilian context and the interface between the two fields of knowledge. The main objective is to achieve a critical reflection on Health Education and its contribution to promote health in the educational environment.

Keywords: Education. Health. Health Education. School Health. Interdisciplinarity.

Notas:

¹ Texto extraído do Trabalho de Conclusão de Curso (TCC) apresentado a Faculdade de Serviço Social – UFJF como requisito obrigatório ao título de Assistente Social.

² A Reforma Francisco Campos foi um marco no sistema educacional brasileiro, pois organizou o sistema de ensino secundário e universitário. Criou o Conselho Nacional de Educação e os Conselhos Estaduais, instituiu o Estatuto das Universidades Brasileiras. Aprofundamento: www.brasilecola.com/educação/educaçãoobrasil.

³ Lei nº 4.073 de 30 de janeiro de 1942 que regulamenta o ensino industrial. Lei nº 4.481 de 16 de julho de 1942 que dispõe sobre a obrigatoriedade dos estabelecimentos industriais matricularem um total de 8% correspondente

ao número de operários nas escolas do SENAI. Lei nº 4.984 de 21 de novembro de 1942, compelindo as empresas oficiais com mais de cem empregados a manter, por conta própria, uma escola de aprendizagem destinada à formação profissional de seus aprendizes (Texto original: OLIVEIRA, 2007, p.14).

⁴ Maior aprofundamento ver texto original (OLIVEIRA, 2007, p.16-17).

⁵ O Projeto de Lei da LDB foi encaminhado à Câmara Federal, pelo Deputado Octávio Elisio em 1988. No ano seguinte o Deputado Jorge Hage envia a Câmara um substitutivo ao Projeto e, em 1992, o Senador Darcy Ribeiro apresenta um novo Projeto que acaba por ser aprovado em dezembro de 1996, oito anos após o encaminhamento do Deputado Octávio Elisio. Maior aprofundamento: www.brasilecola.com/educação/educaçãonobrasil.

⁶ Os demais princípios são: preservação da autonomia das pessoas na defesa de sua integridade física e moral; igualdade da assistência à saúde; divulgação de informações quanto ao potencial dos serviços de saúde e sua utilização pelo usuário; utilização da epidemiologia para o estabelecimento de prioridades, a alocação de recursos e a orientação programática; participação da comunidade; descentralização político-administrativa; integração em nível executivo das ações de saúde, meio ambiente e saneamento básico; conjugação dos recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos da União, dos Estados, do Distrito Federal e dos Municípios na prestação de serviços de assistência à saúde da população; capacidade de resolução dos serviços em todos os níveis de assistência; organização dos serviços públicos de modo a evitar duplicidade de meios para fins idênticos (BRASIL, Lei nº 8.080/90, 2005, p. 80).

⁷ Valorização do aspecto biológico das doenças sem considerar os aspectos sociais. Praticada nos consultórios particulares, nos hospitais e nos grandes ambulatórios da Previdência Social (Ibid).

⁸ Destacou-se por seu trabalho na área da educação popular voltada tanto para a escolarização como para a formação da consciência. No início da década de 1960 montou, no estado de Pernambuco, um plano de alfabetização de adultos que serviu como base ao desenvolvimento do que se denominou de Método Paulo Freire de alfabetização popular, reconhecido internacionalmente. Paulo Freire delineou uma pedagogia da libertação, intimamente relacionada com a visão do terceiro mundo e das classes oprimidas na tentativa de elucidá-las e conscientizá-las politicamente. As suas maiores contribuições foram no campo da educação popular para jovens e adultos, no entanto, sua obra ultrapassa esse espaço e atinge toda a educação, sempre com o conceito básico de que não existe uma educação neutra: segundo sua visão, toda educação é, em si, política. (BRASIL, Instituto Paulo Freire, disponível em www.paulofreire.org/)

⁹ A questão social diz respeito ao conjunto das expressões das desigualdades na sociedade capitalista madura, impensáveis sem a intermediação do Estado. Tem sua gênese no caráter coletivo da produção, contraposto à apropriação privada da própria atividade humana - o trabalho -, das condições necessárias à sua realização, assim como de seus frutos. (IAMAMOTO, 2001, p.16-17).

¹⁰ A expressão “saúde na escola” é utilizada para designar o campo que compreende concepções, diretrizes, programas, projetos e ações relacionadas à saúde que acontecem no cenário da escola, sejam elas de natureza educativa, preventiva ou assistencial (VALADÃO, 2004, p.15).

¹¹ Realizavam-se exames auditivos (audição perfeita ou não) e visuais (necessidade ou não do uso de óculos) com o objetivo de sanar possíveis problemas que comprometessem a atenção e o rendimento escolar do aluno (Ibid, p.16)

¹² A urgência no enfrentamento de doenças emergentes, como a aids, impulsionou a implantação de novos projetos educativos relacionados à saúde e à sexualidade. A abordagem desses temas envolvia dimensões afetivas e sociais, assim como conteúdos e métodos que não aceitavam a biologia como nicho. (LERVOLINO, 2000, p. 25)

¹³ Refere-se ao processo de redemocratização do país e a promulgação da Constituição Federal de 1988. (LERVOLINO, 2000, p. 25)

¹⁴ Segundo Valadão (2004), existem práticas educativas em saúde realizadas em vários espaços educacionais em todo país, onde se desenvolvem programas e projetos abordando temas como: a saúde bucal, sexualidade, drogas, violência, dentre outros.

¹⁵ Os referenciais curriculares adotados podem ser obtidos mediante consulta direta às Secretarias de Educação ou via internet no endereço: www.mec.gov.br/seb/index

¹⁶ Criado em 1984, o Programa Nacional de Saúde do Escolar, concede aos municípios apoio financeiro, em caráter suplementar, para a realização de consultas oftalmológicas, aquisição e distribuição de óculos para os alunos com problemas visuais, matriculados na 1ª série do ensino fundamental público das redes municipais e estaduais de ensino. Maior aprofundamento ver -www.mec.gov.br.

¹⁷ Dados identificados nos cadastros realizados pelo Serviço Social de educação Especial/GEB, nos anos de 1994 e 1999 (OLIVEIRA, et all. 2007, p. 28).

¹⁸ Localizado na Rua Diva Garcia S/N, Linhares, Juiz de Fora – MG. Telefone: 3690-7700

¹⁹ Pessoas que possuem deficiências permanentes; mentais, físicas, sensoriais e múltiplas (Ibid, p. 04)

²⁰ Pessoas que possuem deficiências que temporariamente necessitam de apoio especializado, sejam por estarem em situações de risco pessoal e social ou por apresentarem problemas emocionais, de conduta, dificuldades de aprendizagem, etc (Ibid, 2006, p. 04).

²¹ O setor era formado por duas profissionais da área, uma foi afastada do cargo por questões administrativas, a outra pediu demissão por razões pessoais, como ainda não houve substituições o serviço foi suspenso temporariamente.

²² As informações foram retiradas do Relatório Anual da Instituição do ano de 2006 já que, o desse ano - 2007- está em fase de construção, pois o mesmo é entregue a Secretaria de Educação de Juiz de Fora ao termino de cada ano.

²³ CRAS – Centro de Referência da Assistência Social; CAPS – Centro de Atenção Psicossocial da Infância e Juventude.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ALVES, Anna Cláudia Rodrigues. *Reflexões sobre o processo de trabalho na área da saúde: o cotidiano das profissões na realidade do Hospital Universitário de Juiz de Fora*. Trabalho de Conclusão de Curso (Especialização). Universidade Federal de Juiz de Fora. 2007.

ALVES, Vânia Sampaio. Um modelo de Educação em Saúde para o Programa da Saúde da Família: pela integralidade da atenção e reorientação do modelo assistencial. In: *Revista Interface – Comunicação, Saúde, Educação*. [S.I].v.9, n.16.set. 2004/fev.2005. p. 39-52.

BRASIL, Constituição Federal de 1988. In: *Coletânea de Leis*. 4 ed. Belo Horizonte: CRESS, 2005. p. 49-59.

BRASIL, Lei nº 8.080/90 de 19 de setembro de 1990. In: *Coletânea de Leis*. 4 ed. Belo Horizonte: CRESS, 2005. p. 77-95.

BRASIL, Lei nº 9394/96 de 20 de dezembro de 1996. In: *Coletânea de Leis*. 4 ed. Belo Horizonte: CRESS, 2005. p. 296-319.

BRASIL, Ministério da Educação. Secretaria de Educação Especial. *Legislação Educação Especial*. Resolução nº 2. MEC/SEESP, 2005.

BRASIL, Portaria nº749 de 13 de maio de 2005. *Ministério da Saúde*. 2005.

BRAVO, Maria Inês Souza. Principais marcos e características da atenção à saúde nos países centrais. *Revista Em Pauta*. Rio de Janeiro, n. 13, p.117-140. 1998.

COUTINHO, Carlos Nelson. *Cultura e sociedade no Brasil: ensaios sobre idéias e reforma*. Belo Horizonte: Oficina de Livros, 1990.

CYRINO, EG. Reflexões sobre uma proposta de integração saúde-escola: o projeto saúde e educação de Botucatu. In: *Cadernos de Saúde Pública*, nº 15, suppl. 02. Rio de Janeiro. 1999. p. 39-44.

EDUCAÇÃO no Brasil. *A História da educação no Brasil*. Disponível em: www.brasilecola.com/educacao/educacaonobrasil.htm. Acesso: 30 de agosto de 2007.

FLEURY. S. *Estado sem cidadãos*. Rio de Janeiro: FIOCRUZ. 1994

FREIRE, Paulo. *Educação como prática da Liberdade*. 5 ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1975.

IAMAMOTO, Marilda Villela. A Questão Social no Capitalismo. In: *Revista Temporalis*. [S.I.]. ABEPSS, n.3. 2001. p. 09-31.

INSTITUTO Paulo Freire. Disponível em: < www.paulofreire.org/ >. Acesso: 12 de setembro de 2007.

LAUREL, Asa Cristina. Avançando em direção ao passado: a política social do neoliberalismo. In: _____ (org). *Estado e Políticas Sociais no Neoliberalismo*. São Paulo: Cortez, 1995. p. 151-178.

LERVOLINO, Solange Abrocesi. *Escola Promotora da Saúde: um projeto de qualidade de vida*. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública. USP. 2000.

LOMÔNACO, Aparecida de Fátima Soane. Concepções de Saúde e Cotidiano Escolar: o viés do saber e da prática. In: *Educação Popular*. [S. I.]:UFU, n. 6, p. 01-16.2004.

MEYER D. Educação, saúde e prescrição de "formas de ser e habitar": uma relação a ser ressignificada na contemporaneidade. In: FONSECA T. (org). *Formas de ser e de habitar a contemporaneidade*. Porto Alegre: Editora UFRGS. 1998. p. 71-80.

OLIVEIRA, Daniely Alvim de. et all. *Relatório de Estágio*. Faculdade de Serviço Social – UFJF. 2007

OLIVEIRA, Daniely Alvim de. *Quando a Educação alia-se à Saúde: o desenvolvimento da Estratégia de Educação em Saúde nas ações do Núcleo de Atendimento à Criança Escolar – NEACE/LESTE*. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social – UFJF. 2007

RELATÓRIO ANUAL NEACE/LESTE. Secretaria de Educação de Juiz de Fora. 2006.

SANTOS, Paulo Sergio, et all. *Historia Geral da Civilização Brasileira*. 4 ed. [S.I.]:Bertrand. 2000.

SMEKE, E.L.M., OLIVEIRA, N.L.S. Educação em Saúde e concepções de sujeito. In: VASCONCELOS, E.M. (org). *A Saúde nas palavras e nos gestos: reflexões da rede de educação popular e saúde*. São Paulo: HUCITEC. 2001. p. 115-136.

SETPHAN-SOUZA, A . A interdisciplinaridade e o Trabalho Coletivo em Saúde. In: *Revista APS. NATES/UFJF*. Ano 2, nº 2, março a junho de 1999.

SILVA, Cassiane Garcia B. ; NASCIMENTO, Juliana Zagnoli do; VALE, Viviane Pereira do. *A Contribuição da Educação em Saúde Frente aos Desafios da Humanização da Saúde*. Trabalho de Conclusão de Curso. Faculdade de Serviço Social – UFJF. 2007

SILVA, José Maria da; SILVEIRA, Emerson Sena da. *Apresentação de Trabalhos Acadêmicos: normas e técnicas*. Petrópolis: Vozes. 2007.

SIMIONATTO, Ivete. Caminhos e descaminhos da política de saúde no Brasil. *Revista Inscrita*. [S. I.]:CEFESS, n. 1, p. 15-20.1997.

VASCONCELOS, Eymar M. Os centros de saúde como espaços educativos. In: *Apostila do curso introdutório para a saúde da família – 1ª etapa*. Núcleo de Assessoria, Treinamento e Estudos em Saúde – UFJF. 2002. p. 17-20.

VALADÃO, Marina Marcos. *Saúde na Escola: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial*. Trabalho de Conclusão de Curso (Mestrado). Faculdade de Saúde Pública. USP. 2004.
