



UNIVERSIDADE FEDERAL DA BAHIA
FACULDADE DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO

JAMINE BARROS OLIVEIRA



**TECENDO A SAÚDE COM A EDUCAÇÃO NAS “TRAMAS” DA
INCLUSÃO**

SALVADOR
2009

JAMINE BARROS OLIVEIRA



TECENDO A SAÚDE COM A EDUCAÇÃO NAS “TRAMAS” DA INCLUSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

SALVADOR
2009

<p>371.9 O47t</p>	<p>Oliveira, Jamine Barros</p> <p>Tecendo a saúde com a educação nas “tramas” da inclusão. / Jamine Barros Oliveira. – Salvador: Universidade Federal da Bahia/Faculdade de Educação, 2009. 79p.</p> <p>Dissertação do Programa de Pós-Graduação “<i>Strictu Senso</i>” do Curso de Especialização em Educação da Universidade Federal da Bahia. Sob a orientação da Prof^a. DSc. Theresinha G. Miranda</p> <p>1. Programa Saúde da Família – Bahia – Itapetinga. 2. Inclusão escolar – Bahia – Itapetinga. I. Universidade Federal da Bahia - Programa de Pós-Graduação em Educação. II. Miranda, Therezinha G. III. Título.</p> <p style="text-align: right;">CDD(21): 371.9</p>
-----------------------	---

Catlogação na Fonte:

Cláudia Aparecida de Souza – CRB 1014-5ª Região
Bibliotecária – UESB – Campus de Itapetinga-BA

Índice Sistemático para desdobramentos por assunto:

1. Programa Saúde da Família – Itapetinga
2. Inclusão escolar – Itapetinga
3. Educação especial

JAMINE BARROS OLIVEIRA

TECENDO A SAÚDE COM A EDUCAÇÃO NAS “TRAMAS” DA INCLUSÃO

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal da Bahia, como pré-requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Educação.

Aprovada em 01 de Abril de 2009.

Banca Examinadora

Theresinha G. Miranda – Orientadora

Doutora em Educação pela Universidade de São Paulo
Universidade Federal da Bahia

Alessandra Soares Santana e Barros

Doutora em Ciências Sociais pela Universidade Federal da Bahia

Jairnilson Silva Paim

Doutor em Saúde Pública pela Universidade Federal da Bahia
Universidade Federal da Bahia

Reginaldo de Souza Silva

Doutor em Educação pela Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho
Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia

Á

Juraci Nunes, meu pai amado, por ter me ensinado com seu exemplo a perseverança.

Elza, minha doce mãe, por ter me levado a aprender a perseverar. Amo vocês, serei eternamente grata por terem investido a vida de vocês por mim, por nós seus filhos.

AGRADECIMENTOS

Hum... são tantos, e tão especiais

A ti Jesus, querido, doce amigo, companheiro, meu suporte, minha capacidade, minha destreza em escrever por entre estas páginas, sem palavras

A meus irmãos Sarah, Marah, Aline, Dinho, Lan, meus sobrinhos Mandinha, Lipe, Vó, por serem pra mim porto seguro nas turbulências desta viagem.

À amada profa. Theresinha, minha orientadora, amiga, exemplo de mulher, de profissional, zelosa e dedicada à causa da inclusão, pela confiança e encorajamento, pelos puxões de orelha delicados, por ter segurado em minha mão e caminhado comigo quando não mais achava forças.

À Alessandra, profa., amiga, exemplo de mulher, de profissional, por ter acreditado em mim e me feito enxergar novas possibilidades.

Ao GEINE, pelas colocações que tanto me ajudaram na (re) construção deste trabalho.

A Danilo e Antônio, não me esqueço do esforço em preparar o kit multimídia na apresentação do meu projeto ao grupo (rs).

A PPG / UESB, Prof. Dr. Abel, Ronildo, Thomas, Cristiane Leal, que viabilizaram condições para o início e conclusão deste trabalho.

A Nay, querida amiga, companheira nesta jornada, exemplo de mãe, esposa e filha, pelo companheirismo e palavras de ânimo, com muito amor, agradeço.

A Lu, exemplo de perseverança, mulher determinada, esforçada, forte e ao mesmo tempo doce, obrigada amiga, pela força na UESB, e palavras de ânimo.

A Dr. Rodolfo Schettini, secretário de saúde, pela compreensão e paciência em suportar os momentos em que não pude estar presente.

Às equipes de saúde da família de minha terra querida, em especial às do Orfisia Andrade e Primavera.

À Ritinha e Alfredo pela doce acolhida, exemplos de esposa e pais pra mim, quero imita-la amada.

À Tia Blandina, Carlinha e Karica, pela também acolhida e amizade.

À Eto, meu pequeno, doce amor, por ter retornado à minha vida exatamente agora, sem palavras, tu és pra mim totalmente desejável.

“A pluralidade é condição da ação humana pelo fato de sermos todos os mesmos, isto é, humanos, sem que ninguém seja exatamente igual a qualquer pessoa que tenha existido, exista ou venha a existir”. (HANNAH ARENDT)

RESUMO

No presente trabalho, buscou-se identificar e descrever as ações intersetoriais do Programa de Saúde da Família no processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência. Esta pesquisa foi desenvolvida num município do interior da Bahia, em duas unidades de saúde da família. Trata-se de unidades responsáveis por uma área adstrita, caracterizada por uma determinada população pela qual a equipe se torna responsável, levando-se em consideração, para delimitação da área, os aspectos sócio-econômicos, culturais e políticos, com ações que envolvem demais setores, como escolas, igrejas, pontos comerciais etc. Uma questão importante no Programa de Saúde da Família (PSF) é a intersectorialidade nas ações. Partindo desse pressuposto, estabeleceu-se um diálogo entre os princípios deste programa e o processo de inclusão escolar, em que a equipe do PSF desempenha um papel de grande relevância, com destaque para o Agente Comunitário de Saúde (ACS), membro da própria comunidade, elo entre a equipe e as pessoas da área adstrita e que exerce uma importante função na identificação de pessoas com deficiência. Para tanto, revisou-se a trajetória histórica do Sistema Único de Saúde, até a criação do Programa de Saúde da Família, e do processo de inclusão escolar, no intuito de se estabelecer um elo entre os dois. Foram realizados grupos focais e entrevistas com os profissionais componentes da equipe do Programa de Saúde da Família. Participaram deste estudo nove profissionais de duas unidades de saúde da família. Foi realizada uma investigação qualitativa, com estudo de caso. A pesquisa utilizou abordagens teórico-metodológicas, sobre o processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência, de autores tais como MITTLER (2000), STAINBACK (1997), MANTOAN (2001) e SASSAKI (2002) e, sobre o Programa de Saúde da Família, os autores PAIM (2001), JUNQUEIRA & INOJOSA (2001) entre outros. O que se percebeu na análise dos dados foi a falta e articulação da equipe com a escola e o desconhecimento de alguns profissionais quanto à questão da intersectorialidade e inclusão escolar, além da prevalência do conceito médico de deficiência por parte de alguns. A autora aponta, ao final do trabalho, alguns caminhos que poderão auxiliar numa possível reorientação das ações intersetoriais da saúde e educação, no que se refere à "inclusão escolar", tal como a sugestão de que os profissionais de saúde também assumam a proposta de inclusão juntamente com a educação, por meio de um planejamento compartilhado, onde tanto a equipe de saúde da família quanto a escola apresentem proposições que direcionem a criança e o adolescente ao ensino regular.

Palavras-chave: Programa de saúde da família. Intersectorialidade. inclusão escolar.

ABSTRACT

In this work, tried sought to identify and describethe intersectorial actions of the Family Health Program in the process of school inclusion of children and adolescents with disabilities. The research was conducted in the city of Bahia, in two family health units. It is units responsible for an attached area, with a population in which the team becomes responsible, taking into account, for delineation of the area, socioeconomic aspects, cultural and political, with activities involving other sectors, as schools, churches, trade points etc. An important issue in the Family Health Program (FHP) is the intersectoriality of the actions. On this assumption, there was a dialogue between the principles of this program and the process of school inclusion, where the FHP team plays a very important role, with emphasis on the Community Health Agent (CHA), member of the community, link between the team and people in the attached area and carries an important role in identifying people with disabilities. Thus, it reviewed the historical trajectory of the Unified Health System, to the creation of the Family Health Program, and the process of school inclusion, in order to establish a link between the both. Were conducted focus groups and interviews with the professionals who compose the team the Family Health Program. Participated in this study nine professionals from two family health units. Was performed a qualitative research, with case study. About process of school inclusion of children and adolescents with disabilities, theoretical and methodological approaches by authors as Mittler (2000), STAINBACK (1997), MANTOAN (2001) and SASSAKI (2002) and on the Health Program Family, the authors PAIM (2001), Junqueira & Inojosa (2001), among others, were used by the research. In the data analysis, realized is a lack of articulation of the team with the school, the ignorance of some professionals on the issue of intersectoriality and school inclusion and the prevalence of the medical concept of disability by some of those involved in the search. Show up at the end of work, some paths that could help in a possible reorientation of intersectoral action of health and education, regarding the "inclusion school", as the suggestion that health professionals also take the proposal of inclusion along with education, using a shared planning, where both the team of family health, as the school submit proposals that guide the child and adolescent to regular education.

Keywords: Family Health Program. intersectoriality. school inclusion.

SUMÁRIO

1	INTRODUZINDO O ESTUDO.....	09
2	EVOLUÇÃO DOS MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE NO BRASIL.....	15
2.1	Antecedentes históricos do Sistema Único de Saúde no Brasil.....	20
3	PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF).....	22
3.1	Princípios que norteiam as práticas das ações do PSF	25
4	DA EXCLUSÃO À INCLUSÃO	28
4.1	Educação inclusiva: um novo olhar às diferenças	37
5	A INTERSETORIALIDADE SAÚDE-EDUCAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE INCLUSÃO	46
6	CAMINHO METODOLÓGICO PARA DESVELAMENTO DO PROBLEMA.....	51
6.1	Procedimentos para coleta de dados	51
6.2	Local do estudo	53
6.2.1	Caracterização das áreas cobertas pelos PSFs	54
6.3	Sujeitos da pesquisa	54
7	E ... INICIANDO O DESENVOLVER DAS “TRAMAS”	57
7.1	Do trabalho de campo	57
8	E ... PRA NÃO FINALIZAR ... ALGUMAS CONSIDERAÇÕES	68
9	REFERÊNCIAS	71
	APÊNDICE	78

1 INTRODUZINDO O ESTUDO

Pluralidade, semelhanças, diferenças são pressupostos que impulsionam a busca de uma saúde integradora, uma educação inclusiva e uma saúde-educação voltada a um mesmo objeto, o indivíduo, autônomo, emancipado, capaz de vencer suas dificuldades, e a uma sociedade disposta a quebrar as barreiras que expõem esse indivíduo a situações de exclusão e descaso.

Este anseio torna explícito o desejo de interrelacionar saúde, caracterizada por uma complexa rede entre os diferentes setores da sociedade, com educação. A Estratégia de Saúde da Família pode ser entendida pelo seu papel como agente integralizador de ações que visam garantir, ao indivíduo, bem-estar, qualidade de vida e resolutividade em questões que o tiram da sua “normalidade”, ou seja, a Estratégia de Saúde da Família é responsável por integrar criança, adolescente, jovem, adulto e idoso à sociedade, incluindo-os na escola, no lazer, na cultura, entre outros espaços, uma vez que se entende saúde não como mera ausência de doença.

Tradicionalmente, a deficiência tem sido vista como um “problema” do indivíduo e, por isso, o próprio indivíduo teria que se adaptar à sociedade ou teria que ser transformado. Para falar sobre inclusão escolar, é preciso repensar o sentido que se atribui a esta questão, além de atualizar concepções e ressignificar o processo de construção de todo o indivíduo, compreendendo a complexidade e amplitude que o envolvem.

O processo de inclusão de alunos com necessidades educacionais especiais tem sido amplamente discutido, principalmente a partir da década de 1990, quando se iniciou o debate sobre a necessidade não somente de intervir diretamente sobre essa população, como, também, de reestruturar a sociedade para que possibilite a convivência dos diferentes.

[...] é o meio efetivo de combater as atitudes discriminatórias, criando comunidades acolhedoras, construindo uma sociedade inclusiva e alcançando a educação para todos... (UNESCO, Declaração de Salamanca, 1994, XI).

As dificuldades no atendimento de pessoas com necessidades especiais são reflexo de uma prática social que não fica circunscrita aos limites da escola. De

modo geral, a sociedade estabelece e marca as diferenças, o que resulta na utilização de mecanismos discriminatórios nos quais estão presentes processos de “coerção normalizadora e fabricação ininterrupta de desviantes” (WANDERLEY, 1999). Dessa maneira, uma população “desviante” é estabelecida por um processo social que dificulta cada vez mais a inserção de alunos com necessidades educativas especiais num meio onde os níveis de escolarização são sempre crescentes.

Todavia, mudanças determinadas por novas perspectivas já estão se verificando. Concepções pedagógicas que viam o desenvolvimento como determinante da aprendizagem deram lugar a uma abordagem mais interativa “em que a aprendizagem abre caminhos que favorecem o desenvolvimento” (MARCHESI E MARTÍN, 1995). Partindo desse pressuposto, limites de crianças com necessidades especiais deixaram de ser fronteiras, e a educação redimensionou seu papel para admitir sua importância fundamental no desenvolvimento dessas crianças.

A autora deste trabalho começou a se indagar sobre a inclusão escolar mais profundamente a partir de 2006, ainda de maneira incipiente, quando conheceu D.S.O., um garoto de 13 anos de idade, acometido desde os seis por distrofia muscular de Duchenne, doença muscular recessiva progressiva que vai alterando a integridade do músculo e evoluindo para dependência física. As manifestações clínicas incluem fraqueza muscular nos primeiros anos de vida, doenças do miocárdio e uma incidência aumentada de prejuízo das funções mentais.

O encontro da autora com D.S.O. deu-se pelo fato de trabalhar como fisioterapeuta em um Centro de Saúde de um município do interior da Bahia, quando então foi solicitada por uma Agente Comunitária de Saúde (ACS) a fazer uma visita a esta criança, visto que, segundo a ACS, D.S.O. necessitaria de tratamento fisioterapêutico. Porém, após avaliações e início do tratamento, percebeu algo que a inquietou: a criança não lia. Como o tratamento era feito no próprio domicílio do paciente, portanto tinha acesso à família, indagou a mãe a respeito da escolaridade e ela relatou que D.S.O. saiu da escola, por orientação da professora, por não se adaptar às “brincadeiras” dos colegas, ou melhor, à discriminação em relação a sua diferença. Ela pôde observar um ar triste no rosto da mãe ao relatar o fato. Ora, então começou a se questionar se D.S.O., naquele momento em que estava sendo

assistido por ela, não necessitaria mais de um profissional da educação, ou melhor, do ambiente escolar, do que do tratamento fisioterapêutico propriamente dito.

Procurou uma pedagoga, na tentativa de alfabetizá-lo, porém não obteve sucesso. Começou então a adaptar o tratamento à escrita, tentando inseri-lo no mundo das letras, da imagem e da cor. Pôde ver o brilho nos olhos da criança e nos de seus pais e irmãos. Porém, o que a frustrou foi a falta de articulação do centro de saúde (dos profissionais, inclusive ela) com a escola, pois sabia que o melhor para D.S.O., naquele momento, seria aprender a ler e a escrever mais do que andar pela casa, o que era percebido no próprio domicílio e era uma expectativa daquele adolescente.

Sabe-se que as questões que envolvem a saúde da população são complexas, multifatoriais e não devem ser vistas e/ou trabalhadas de maneira fragmentada e desarticulada.

Segundo Junqueira & Inojosa (1998), para enfrentar de forma eficiente os problemas de saúde em que vive a população, somente ações coletivas, intersetoriais, transdisciplinares e que proporcionem o desenvolvimento de autonomia nos sujeitos podem apresentar resultados satisfatórios.

Feuerwerker & Costa (2000) caracterizam essas ações coletivas como intersetorialidade, isto é, como uma articulação entre sujeitos de setores sociais diversos e, portanto, com saberes, poderes e vontades diversas. Várias experiências no que dizem respeito à intersetorialidade na saúde têm sido explicitadas em artigos, relatos e trabalhos científicos.

Entre esses, pode-se citar a ação da Secretaria de Saúde e de Educação do município de Curitiba, com trabalho de captação do analfabeto usuário do Sistema Único de Saúde (SUS) da área de abrangência das unidades de saúde, por intermédio do Agente Comunitário de Saúde (ACS). Profissionais das unidades de saúde ou cidadãos da comunidade foram capacitados para alfabetizar os usuários da unidade, participantes dos programas de hipertensos, diabéticos Saúde Mental e Mãe Curitibana. As unidades de saúde, no final da tarde ou à noite, transformavam-se em salas de aula para alunos entre 45 a 80 anos de idade (GIACOMINI, 2006, p.55).

Essa é uma entre outras atividades realizadas no intuito de articular saúde e educação, partindo do pressuposto de que escolaridade e educação implicam melhoria da qualidade de vida. A alfabetização promove a inclusão social, a

independência, a qualidade de vida, o entendimento da leitura e da escrita em várias situações do cotidiano (BRASIL, 2006, p.55). No indivíduo letrado, operam-se mudanças de vários aspectos: lingüístico, cognitivo, psicológico, político e social. Portanto, o domínio da leitura e da escrita é essencial para a qualidade de vida e saúde da população (GUSSO, 2002, apud GIACOMINI e cols.).

A inclusão, entendida como novo paradigma, impulsiona a escola a acolher todas as crianças e adolescentes, independentemente de suas limitações físicas, intelectuais, sociais, emocionais, lingüísticas e culturais. Por isso, é fundamental a avaliação das práticas intersetoriais da saúde, principalmente quanto se refere ao processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes, uma vez que a educação também implica qualidade de vida da população, algo tão almejado nas políticas públicas de saúde.

Partindo do pressuposto de que a escolaridade influencia diretamente na qualidade de vida, buscar-se-á analisar a prática dos profissionais de saúde do Programa de Saúde da Família (PSF) de um município do interior da Bahia quanto às ações intersetoriais que favoreçam o processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência da área de cobertura da unidade, partindo do princípio de intersetorialidade e com base no entendimento amplo do conceito de saúde.

Questiona-se o papel do Programa de Saúde da Família desse município frente ao processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência; as práticas intersetoriais que executa junto à educação a fim de garantir o acesso dessas crianças e adolescentes à escola; e o entendimento que os profissionais de saúde que atuam no programa têm sobre inclusão escolar e intersetorialidade.

Assim, pretende-se com isso, identificar as ações da equipe na articulação com a educação na inserção da criança e adolescente com deficiência no ensino regular do município; discutir a articulação entre a rede assistencial à saúde e a rede de ensino da área adstrita da unidade e, porque não, propor uma qualificação dos profissionais de saúde a fim de fortalecer as ações intersetoriais do Programa de Saúde da Família com a Educação Inclusiva.

Para fundamentação do presente estudo, foram utilizadas referências que servirão de base teórica para edificação da temática, nos grandes eixos: **Programa de Saúde da Família** – MINISTÉRIO DA SAÚDE (2007), PAIM (2001), MERHY (2002), JUNQUEIRA & INOJOSA (2001) e o Sistema de Informação da Atenção Básica (2001-2008); **Deficiência e Inclusão Escolar** – MINISTÉRIO DA

EDUCAÇÃO (2007), BUENO (2001), MITTLER (2000), STAINBACK (1997), MANTOAN (2001), SASSAKI (2002) além outros autores que se fizerem pertinentes ao contexto.

Para tanto, percorrer-se-á inicialmente a contextualização do Sistema de Saúde do Brasil, seu histórico e reorientação do modo de perceber a saúde, os atuais conceitos de inclusão, perpassando por um breve histórico que vai da exclusão à inclusão, a fim de estabelecer um diálogo entre o Programa de Saúde da Família e a Educação Inclusiva. Este percurso, por sua vez, subsidiará os dados coletados por meio de entrevistas e grupos focais, aos profissionais que compõem duas das nove equipes de saúde da família da zona urbana de um município do interior da Bahia.

Este trabalho acha-se estruturado em Capítulos e Considerações finais, assim distribuídos:

No Ponto 1, relatam-se os motivos que impulsionaram a pesquisa, descrevem-se os procedimentos metodológicos utilizados para a realização deste trabalho, que teve como base a pesquisa qualitativa, para análise das entrevistas com os profissionais do Programa de Saúde da Família, que se constituíram os atores entrevistados. Descrevem-se também a relação do local da pesquisa com a autora, os objetivos e relevância social e científica do trabalho.

No Ponto 2, realizam-se alguns apontamentos teóricos a respeito da Evolução Histórica dos Modelos Assistenciais em Saúde no Brasil até chegar ao conceito ampliado de saúde após a Reforma Sanitária Brasileira. Para tanto, utilizam-se os referenciais da Constituição Federal Brasileira que institui o Sistema Único de Saúde, a evolução política do Brasil e sua influência no modo de ver e de pensar saúde, como conceito oriundo de lutas de classes e comunidade em prol da incorporação da saúde enquanto direito à saúde e o dever do Estado.

O Ponto 3, apresenta a proposta do Programa de Saúde da Família e descreve os princípios que norteiam as suas práticas.

No Ponto 4, busca interrelacionar a saúde e educação, partindo da lógica da intersetorialidade, a fim de se estabelecer um diálogo entre as duas áreas no sentido de convergir para a educação inclusiva.

No Ponto 5, a autora pauta o movimento de inclusão escolar no Brasil. Contextualizaram-se os movimentos que precederam à educação inclusiva, perpassando desde a exclusão, segregação, integração até chegar à prática

inclusiva. Apresento-se ali a influência do conceito médico da deficiência sobre as práticas inclusivas, bem como a evolução do modo de reportar à pessoa com deficiência.

No Ponto 6, descrevem-se o caminho metodológico para desvelamento do problema e os procedimentos para coleta dos dados, o local do estudo e os sujeitos da pesquisa.

O Ponto 7, trata, diretamente, da análise dos dados obtidos com o acompanhamento em campo. “Desenrolaram-se as tramas” para a discussão dos limites, potencialidades e dificuldades das propostas abordadas.

Por fim, no Ponto 8, com as Considerações Finais, pretende-se estabelecer a relação da produção e/ou criação (ou não) de redes de suporte à pessoa com deficiência no que diz respeito à relação da saúde com a educação dentro do processo da inclusão.

As conclusões a que se chegou com a pesquisa realizada para este trabalho possibilitarão a ampliação das discussões, sem pretender esgotar o assunto ou generalizar, mas viabilizar a articulação das práticas de saúde com a educação, visando garantir qualidade de vida a crianças e adolescentes com deficiência, mobilização da rede de suporte da pessoa com deficiência, além de abrir caminho para desenvolvimento de novas pesquisas na área, contribuindo para a autonomia/independência dessas crianças e adolescentes.

2 EVOLUÇÃO DOS MODELOS ASSISTENCIAIS EM SAÚDE NO BRASIL

Para entender a evolução dos modelos assistenciais no Brasil, faz-se necessário sistematizar alguns aspectos conceituais. Em revisão bibliográfica levantada por Teixeira (2006), Paim (1993, 1998, 1999), definem-se modelos assistenciais como "combinações de saberes (conhecimentos) e técnicas métodos e instrumentos utilizadas para resolver problemas e atender necessidades de saúde individuais e coletivas, não sendo, portanto, simplesmente uma forma de organização dos serviços de saúde nem tampouco um modo de administrar(gerir) sistema de saúde".

Nesta perspectiva, o modelo de atenção à saúde é a "forma de organização entre os sujeitos (profissionais e usuários), mediada por tecnologias (materiais e não materiais) utilizadas no processo de trabalho em saúde, cujo propósito é intervir sobre problemas (danos e riscos) e necessidades sociais de saúde historicamente definidas".

O conhecimento do cenário político refletirá diretamente na compreensão da lógica da dinâmica organizativa do processo de construção das práticas em saúde, vivenciadas ao longo da história do país.

Em 1930, predominava o modelo liberal privado tradicional, com uma assistência médica individual oferecida pelas Santas Casas e instituições de caridade a quem não podia pagar ou por médicos tipicamente liberais mediante remuneração direta.

No início de século XX, a economia brasileira na época era essencialmente agrária e exportadora. A preocupação dos governantes era com o saneamento dos espaços pelos quais circulavam produtos e mercadorias para exportação e com o controle de doenças que poderiam vir a prejudicar o comércio exterior (SAÚDE, 2007). Para tanto, surge um modelo de intervenção "sanitarista campanhista", numa ação direta do Estado, com uma visão militar para combater as doenças de massa e acabar com as grandes endemias que prejudicavam as exportações, como a cólera, a varíola e a febre amarela (BRASIL, 2007).

A Revolução de 1930 (Presidente Getúlio Vargas – 1930 a 1945), que implicou a substituição do poder da oligarquia rural pelo populismo, introduz importantes mudanças no setor da saúde, com a crescente intervenção do Estado.

Entram em cena novos segmentos anteriormente marginalizados, principalmente o trabalhador urbano, produto do processo de industrialização (BRASIL, 2007).

Neste contexto, surge a Previdência Social com atuação nos Institutos de Aposentadoria e Pensão (IAP) das diversas categorias profissionais, como, por exemplo: Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Industriais (IAPI), Instituto de Aposentadoria e Pensões dos Empregados em Transporte e Cargas (IAPETEC) e Instituto de Aposentadorias e Pensões dos Comerciais (BRASIL, 2007).

Nesse período dá-se a ampliação dos IAPs, antes restritas a uma parcela de assalariados, a todos os trabalhadores dos “serviços públicos” e consolida-se toda a legislação a elas referente (DONNANGELO, 1975).

No período de 1930 a 1950, foram realizadas duas Conferências Nacionais de Saúde, cujas ações ainda eram resolvidas pelo Ministério da Educação. No entanto, em 1953, foi criado o Ministério da Saúde, desmembrado do Ministério da Educação, por meio da Lei nº. 1920 de 25 de Julho (BRASIL, 2007).

Em março de 1964, um golpe militar instala no Brasil o período mais repressor, dominador e autoritário da história brasileira, com evidentes reflexos na política de saúde. Na IV Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1967, pouco se viu a participação da comunidade e de profissionais, pelo fato de ter sido a primeira depois do golpe militar. Limitou-se ao tema dos recursos humanos com ênfase em identificar o tipo de profissional necessário às demandas do país (BRASIL, 2007).

Nos anos 1970, consolida-se a posição hegemônica da Previdência Social. A aceleração do crescimento da atenção médica da Previdência e o esvaziamento da “saúde pública” levam ao esgotamento do modelo e à busca de alternativas racionalizadoras de extensão de cobertura a um custo suportável pelo sistema, aparecendo, então, várias experiências, principalmente em áreas menos interessantes à iniciativa privada (BRASIL, 2007).

Durante os anos 70, foi construída uma sólida estrutura privada de atenção médica, com destaque para a medicina curativa. A rede privada chegou a ser financiada em mais de 80% pelo Estado, e os recursos para saúde eram mínimos (LUZ, 1991).

O sistema previdenciário sofreu mudanças institucionais, como a separação do componente benefício da assistência médica. Com a criação do Sistema Nacional de Previdência Social (SINPAS), foram organizados o Instituto Nacional de

Previdência Social (INPS), o Instituto Nacional de Assistência Médica da Previdência Social (INAMPS) e o Instituto de Administração da Previdência Social (IAPAS); foram reorganizados os órgãos de assistência social (LBA e FUNABEM) e constituída uma empresa de processamento de dados (DATAPREV). Essa reorganização significou, também, um novo momento de concentração do poder econômico e político no sistema previdenciário (CORDEIRO, 1991).

Em 1975, foi promulgada a Lei no. 6.229, que dispõe sobre a organização do Sistema Nacional de Saúde (SMS), em uma tentativa de institucionalização e racionalização do modelo vigente sem, entretanto, enfrentar as contradições fundamentais do sistema. Também nesse ano, realizou-se a V Conferência Nacional de Saúde, a segunda no regime militar, que explicita e reconhece este modelo dicotômico com dois grandes campos institucionais de ação: o Ministério da Saúde, responsável pelo MPAS, voltado para a assistência médica individual, principalmente pela compra e venda de serviços (BRASIL, 2007).

Em 12 de setembro de 1978, aconteceu em Alma-Ata, URSS, a Conferência Internacional sobre os Cuidados Primários de Saúde, quando foi formulada uma Declaração, a qual entende a saúde como resultado de ações conjuntas entre vários setores, conforme o parágrafo primeiro, que enfatiza a saúde como estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente ausência de doença ou enfermidade, como um direito humano fundamental, e que a consecução do mais alto nível possível de saúde é a mais importante meta social mundial, cuja realização requer a ação de muitos outros setores sociais e econômicos, além do setor saúde (Declaração de Alma-Ata, 1978).

Numa outra parte da Declaração, no quinto parágrafo, observa-se novamente o interesse em congregar outros setores à questão da saúde, ao afirmar que os cuidados primários de saúde envolvem, além do setor saúde, todos os setores e aspectos correlatos do desenvolvimento nacional e comunitário, mormente a agricultura, a pecuária, a produção de alimentos, a indústria, a educação, a habitação, as obras públicas, as comunicações, entre outros.

Em março de 1986, ocorreu o evento político-sanitário brasileiro mais importante da segunda metade do século XX, a VIII Conferência Nacional de Saúde, quando foram lançadas as bases doutrinárias de um novo sistema público de saúde centrado no indivíduo e no coletivo, e não na doença. Estes foram os temas oficiais

dessa conferência: 1) Saúde como Dever do Estado e Direito do Cidadão; 2) Reformulação do Sistema Nacional de Saúde e 3) Financiamento Setorial.

Nesta Conferência, foi constituído o Sistema Único de Saúde como resposta a uma intensa mobilização da sociedade, que vivenciava uma crise conjuntural profunda na organização política do modelo assistencial vigente no país, o qual não mais atendia às mudanças epidemiológicas e necessidades financeiras. Era também necessário garantir a sustentabilidade aspirada por profissionais e comunidade. O modelo vigente no país naquele período era hegemônico e hospitalocêntrico, ou seja, baseava-se em ações curativas e pontuais, caracterizadas pelas campanhas. A ineficácia e ineficiência desse modelo impuseram a necessidade de reformulação no sistema e desencadearam os intensos debates ocorridos na VIII Conferência Nacional de Saúde, quando foram discutidos e determinados os eixos que, a partir de então, norteariam as políticas públicas de saúde no Brasil, marcando a Reforma Sanitária Brasileira (BRASIL, 2007). Este momento de reformulação das políticas de saúde se deu de maneira articulada com a evolução político-econômica no Brasil e em outros países.

Nessa perspectiva, em 1988 a saúde é incorporada ao texto da Constituição Federal como “direito do cidadão e dever do estado”. A mudança no modelo assistencial perpassa então a concretização dos princípios e diretrizes organizativas que desenham uma nova prática de saúde, a produção do cuidar (TEIXEIRA, 2006). A Constituição Federal, promulgada em 5 de Outubro de 1988, no Título VIII, da Ordem Social; Capítulo II, da Seguridade Social; Seção II, da Saúde, artigos 196 a 200, cria então o Sistema Único de Saúde (SUS) e, em decorrência, elaborou-se, no período de 1989-1990, a Lei no. 8.080 de setembro de 1990, conhecida como Lei Orgânica da Saúde.

Em dezembro de 1990, como uma conquista da sociedade civil organizada, foi promulgada a Lei 8.142, que dispõe sobre a participação da comunidade na gestão do SUS e sobre as transferências intergovernamentais de recursos financeiros na área da saúde. O Art. 1º regula a participação da comunidade no SUS por meio dos Conselhos e Conferências de Saúde (BRASIL, 2007).

A partir de então, a saúde passa a ser de responsabilidade do Estado, como está expresso no Capítulo VIII da Ordem Social, Seção II referente à Saúde, Art. 196: “[a] saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doença e de outros agravos e

ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação”.

O Art. 198 dispõe sobre a organização do SUS, estabelecendo 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”.

Porém, é o Art. 3º. da Lei Orgânica da Saúde (8.080/1990) que define o que se pretende aprofundar no diálogo da saúde com a educação e diz que a saúde tem como fatores determinantes e condicionantes, entre outros, a alimentação, a moradia, o saneamento básico, o meio ambiente, o trabalho, a renda, a educação, o transporte, o lazer e o acesso aos bens e serviços essenciais; os níveis de saúde da população expressam a organização social e econômica do país.

No momento atual, os debates políticos giram em torno das questões do modelo assistencial explicitadas na 12ª CNS e ratificadas na 13ª CNS, tendo em vista as dimensões política, tecnológica e organizacional (TEXEIRA, 2006).

Para TEIXEIRA e cols. (1998) e Paim (1999), no Brasil existem dois modelos assistenciais de saúde que convergem entre si ou de certa forma se complementam: o modelo assistencial médico-privatista com ênfase na assistência médico-hospitalar e nos serviços de apoio diagnóstico e terapêutico, e o modelo assistencial sanitarista, concentrado em campanhas, programas especiais e ações de vigilância epidemiológica e sanitária.

Conforme se observa na Constituição Federal de 1988, o SUS surgiu com uma missão: alternativa aos modelos vigentes com a proposta do modelo de vigilância da saúde, pautado nas necessidades da população, tendo em vista o resgate do compromisso do Estado no desenvolvimento do bem-estar social, especialmente da coletividade. Para tanto, necessitaria romper com a concepção reducionista de saúde como mera ausência de doença e voltar-se ao conjunto de fatores que a influenciam determinando ou condicionando-a, como a educação.

2.1 Antecedentes históricos do sistema único de saúde no Brasil

A Reforma Sanitária Brasileira foi um movimento político organizado, que teve início na década de 1970, por meio da mobilização de trabalhadores de saúde, sociedade civil organizada, pesquisadores, estudantes e docentes da Academia, que instigou debates importantes sobre a organização da saúde no país e as reais necessidades do povo brasileiro, fazendo uma crítica contundente a Medicina Preventiva, Comunitária e da prática da Medicina Previdenciária. Este movimento apresentou um cunho político e intelectual, fundamentando a luta pelo direito universal à saúde.

A VIII Conferência Nacional de Saúde (CNS) é considerada como o marco da Reforma Sanitária Brasileira, cujos referenciais são o conceito amplo de saúde, a saúde como direito da cidadania e dever do Estado e a instituição de um Sistema Único de Saúde (SUS), organizado pelos princípios da universalidade, integralidade, descentralização e participação da comunidade (SAÚDE, 2007). Essa Conferência teve papel fundamental sobre o fortalecimento do conceito ampliado de saúde – ratificado em 1988 pela Constituição Federal – no qual foram incluídos diversos fatores como determinantes e condicionantes dos níveis de saúde da população, tais como: alimentação, moradia, saneamento básico, meio ambiente, trabalho, renda, educação, transporte, lazer e o acesso da população a bens e serviços. Ihes são essenciais e de direito (Escola Promotora de Saúde, 2005, p.7). Foram, assim, reiterados os pressupostos da Conferência de Alma Ata, que concebe a saúde como uma meta social que requer a ação de outras políticas públicas.

Esta concepção ampliada de saúde aponta, segundo PAIM (2002), para a necessidade de políticas públicas intersetoriais, que envolvam a área econômica e os setores sociais, no sentido de redução de riscos e não apenas de danos. Para o autor, além de conceber a saúde com uma concepção ampla, a Constituição também propõe uma atenção integral, com um amplo espectro de ações. Estas reflexões modificam a forma de pensar a gestão do sistema de saúde, pautando modelos assistenciais focados na promoção da saúde e políticas saudáveis.

O SUS nasce de uma intensa participação da comunidade, dos profissionais de saúde e de outros setores da sociedade na questão de saúde, principalmente contra o modelo vigente e hegemônico da década de 1980, centrado em ações

curativas e com foco nos hospitais, modelo também conhecido como hospitalocêntrico.

3. PROGRAMA DE SAÚDE DA FAMÍLIA (PSF)

Embora rotulado como programa, o PSF, por suas especificidades, foge à concepção usual dos demais programas concebidos pelo Ministério da Saúde, já que não é uma intervenção vertical e paralela às atividades dos serviços de saúde. Pelo contrário, caracteriza-se como estratégia que possibilita a integração e promove a organização das atividades em um território definido com o propósito de enfrentar e resolver os problemas identificados (SES, 1997). No decorrer deste trabalho, será utilizado o termo Programa com o sentido de estratégia, meio de reordenamento de práticas e teorias de acordo com o conceito amplo de saúde, abordado anteriormente.

O Programa de Saúde da Família visa à reorganização da Atenção Primária no país, de acordo com os preceitos do Sistema Único de Saúde, além dos princípios gerais da Atenção Básica: promover a saúde no âmbito individual e coletivo, abrangendo a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação e a manutenção da saúde, desenvolvida por meio do exercício de práticas gerenciais e sanitárias democráticas e participativas, sob forma de trabalho em equipe, dirigidas a populações de territórios bem delimitados, pelas quais assume a responsabilidade sanitária.

Considerando a dinamicidade existente no território em que vivem essas populações, orientada pelos princípios da universalidade, da acessibilidade e da coordenação do cuidado, do vínculo e continuidade, da integralidade, da responsabilização, da humanização, da equidade e da participação social, considerando o sujeito em sua singularidade, na complexidade, na integralidade e na inserção sócio-cultural, o Programa de Saúde da Família deve:

- I – ter caráter substitutivo em relação à rede de Atenção Básica tradicional nos territórios em que as Equipes Saúde da Família atuam;
- II – atuar no território, realizando cadastramento domiciliar, diagnóstico situacional, ações dirigidas aos problemas de saúde de maneira pactuada com a comunidade onde atua, buscando o cuidado dos indivíduos e das famílias ao longo do tempo, mantendo sempre postura pró-ativa frente aos problemas de saúde-doença da população;
- III – desenvolver atividades de acordo com o planejamento e a programação realizados com base no diagnóstico situacional e tendo como foco a família e a comunidade;

IV – buscar a integração com instituições e organizações sociais, em especial em sua área de abrangência, para o desenvolvimento de parcerias; e

V – ser um espaço de construção de cidadania. (Portaria 648/GM, de 28 de Março de 2006).

O Programa Saúde da Família, considerado como estratégia, tem um aspecto fundamental que o diferencia de outras propostas de organização de serviços e políticas de saúde, que é o fato de trabalhar com o estabelecimento de vínculo entre as Equipes de Saúde da Família (ESF) e a população. O termo população aqui utilizado inclui todo o contexto no qual ela está inserida, como trabalho, escola, lazer, entre outros, demonstrando seu caráter integralizador, capaz de produzir reflexões intersetoriais, a fim de não permitir sobreposições de ações, mas, sim, a articulação destas para o bem-estar da comunidade, do indivíduo.

Esta estratégia foi iniciada em junho de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em janeiro de 1994, foram formadas as primeiras Equipes de Saúde da Família, incorporando a atuação dos agentes numa proporção média de 1:575 pessoas acompanhadas (MEDEIROS, 2007) .

O primeiro programa consistiu de um modelo de transição para o Programa Saúde da Família. Neste último, não só o agente é responsável pelo acompanhamento daquelas pessoas/famílias da área de abrangência/adscrita da unidade, como também uma equipe multiprofissional. Além disso, o Agente Comunitário de Saúde também se responsabiliza por atuar em outras áreas como a educação, com a identificação de crianças em idade escolar que não estão freqüentando a escola, o que é notificado em instrumento específico, a ficha A.

O PSF propõe nova dinâmica para a estruturação dos serviços de saúde, em que haja uma relação mais próxima dos profissionais com o seu objeto de trabalho, ou seja, que eles estejam mais próximos das pessoas, famílias e comunidades, assumindo compromisso de prestar assistência integral e resolutiva a toda população, a qual tem seu acesso garantido por meio de uma equipe multiprofissional e interdisciplinar que presta assistência de acordo com as reais necessidades dessa população, identificando os fatores de risco aos quais ela está exposta e neles intervindo de forma apropriada. Portanto, o PSF torna-se estratégia significativa para a mudança do modelo assistencial visando à qualidade de vida da comunidade (ROSA, 2005).

Outro dado importante é que o agente comunitário de saúde deve residir na sua área de atuação, ou seja, é um membro da própria comunidade, o que o permite conhecer de perto a realidade local e servir de elo entre a população e a equipe.

A equipe de Saúde da Família (ESF) é composta, minimamente, de um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde (ACS) (MERCADANTE, 2002). Outros profissionais podem ser incorporados à equipe, a exemplo do odontólogo; porém, demais especialistas, como fisioterapeutas, psiquiatras, profissionais de educação física, nutricionistas, pedagogos, entre outros, podem compor o Núcleo de Apoio à Saúde da Família (NASF), incorporado à atenção primária em 2008, por meio da Portaria nº. 154 de 24 de Janeiro, com a finalidade de dar apoio às ESFs nas quais está vinculado. O Anexo 1 dessa Portaria, no que tange às ações de responsabilidade de todos os profissionais que constituem os NASF, prevê o desenvolvimento coletivo, com vistas à intersectorialidade de ações que se integrem a outras políticas sociais como educação, esporte, cultura, trabalho, lazer, entre outras. Mais uma vez reforça a intenção do governo em articular setores e diferentes atores para desenvolvimento do quesito saúde.

Para desenvolver as atividades na Unidade de Saúde da Família (USF), os profissionais que irão compor a equipe devem ser treinados e instruídos segundo a ótica da assistência à saúde, baseada na vigilância à saúde e nos princípios que norteiam o PSF, como também estarem preparados para conhecer a realidade das famílias pelas quais serão responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas, identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta, desenvolver processos educativos para a saúde, com ações voltadas à melhoria do auto-cuidado dos indivíduos, promover ações **intersectoriais** (grifo meu) para o enfrentamento dos problemas identificados (BRASIL, 1997), além de outras habilidades específicas de cada profissional, porém nunca desarticulados dos demais membros da equipe.

A fim de que tais habilidades possam ser desenvolvidas, os membros da equipe devem passar pelo treinamento introdutório do programa, hoje melhor denominado de acolhimento pedagógico, fazendo parte do programa de educação permanente dentro das linhas de cuidado, desenvolvidas pelo Ministério da Saúde, em conjunto com os estados e municípios.

A ESF é responsável por uma área, um território delimitado, que, segundo Mendes e cols. (1995, apud Aquino 2001), é conceituado por duas correntes de pensamento que se distinguem: a primeira entende território como solo, espaço físico, definido exclusivamente por critérios geopolíticos; a segunda, vê território como processo, espaço em permanente construção, produto de uma dinâmica social, não acabado, que vai além do território solo, pois envolve economia, cultura e epidemiologia. É nesta segunda concepção que se baseia a definição de territorialização. Para planejar e avaliar a atenção à saúde da população, é necessário estabelecer a área e a população sob a responsabilidade de cada unidade (AQUINO, 2001).

Além da territorialização, a equipe é capacitada quanto ao trabalho conjunto com a comunidade da área adscrita da unidade, onde se incluem escolas, creches, lanchonetes, bares e demais estabelecimentos e organizações existentes, a fim de identificar populações de risco e traçar as prioridades a serem alcançadas no planejamento e desenvolvimento das ações.

O PSF foi escolhido pela pesquisadora como ator do processo de inclusão pelo seu caráter integralizador, aqui visto como ingrediente capaz de proporcionar evolução nas práticas de inclusão de crianças e adolescentes com deficiência.

3.1 Princípios que norteiam as práticas das ações do PSF

Segundo o Manual da Atenção Básica (BRASIL, 1999), citado no Manual para Treinamento Introdutório das Equipes de Saúde da Família, por Aquino (2001), a organização da atenção básica, conforme a Lei Orgânica da Saúde (Lei 8.080), tem como fundamento os princípios do SUS, que são:

- **Universalidade:** Historicamente, quem tinha direito aos serviços de saúde eram os trabalhadores assegurados no INPS e depois INAMPS. Com a implantação do SUS, este direito passou a ser de todos os cidadãos brasileiros, independente de sexo, raça, renda, ocupação ou outras características sociais ou pessoais. É a garantia de acesso de toda a população aos serviços de saúde, em todos os níveis de assistência.

- **Equidade:** o foco aqui é diminuir as desigualdades não como sinônimo de igualdade, uma vez que considera as diferenças e trata com desigualdade os

desiguais, mas levando em consideração as diferentes necessidades de cada pessoa, de modo a investir mais onde a carência é maior. Trata-se de um princípio de justiça social.

- **Integralidade:** considera-se com este princípio a pessoa como um todo, de forma a garantir acesso do usuário ao serviço do 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 intersetorialidade das ações na busca da resolutividade e melhoria da qualidade de vida dos indivíduos.

- **Saúde como Direito:** aqui o Estado se coloca na condição de provedor, com a criação de condições indispensáveis ao pleno exercício da saúde, por meio de políticas econômicas e sociais que visem à redução de riscos de doenças e de outros agravos como também assegurando o acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação da saúde individual e coletiva.

- **Resolutividade:** eficiência na capacidade de resolução das ações e serviços de saúde, mediante a assistência integral resolutiva, contínua e de boa qualidade à população adscrita, no domicílio e na unidade de saúde, buscando identificar e intervir sobre as causas e fatores de riscos aos quais essa população está exposta.

- **Intersetorialidade:** desenvolvimento de ações integradas entre os serviços de saúde e os demais órgãos públicos, com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do Sistema Único de Saúde, potencializando, assim, os recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos.

- **Humanização do atendimento:** responsabilização mútua entre os serviços de saúde e a comunidade e estreitamento do vínculo entre as equipes de profissionais e a população.

- **Participação popular:** democratização do conhecimento do processo saúde/doença e dos serviços, estimulando a organização da comunidade para o efetivo exercício do controle social na gestão do sistema.

Aqui atentar-se-á para um desses princípios, a **intersetorialidade**, entendendo-a como uma ponte, um elo entre a saúde e a educação na busca por políticas e propostas inclusivas, partindo do pressuposto da estratégia fundamentar-

se no conceito amplo de saúde, isto é, a saúde não como mera ausência de doença, mas na inter-relação de vários setores que se somam na intervenção sobre seus determinantes. Com relação a isso, Moysés; Krempel (2004), citados por Rocha (2006), consideram que “intersetorialidade surge como proposta de uma nova forma de trabalhar, de governar e de construir políticas públicas voltadas para a promoção da saúde e melhoria da qualidade de vida” (ROCHA, 2006).

4. DA EXCLUSÃO À INCLUSÃO

A perspectiva da deficiência ao longo do tempo andou ligada a crenças sobrenaturais, demoníacas e supersticiosas, desde a seleção natural para além da seleção biológica dos espartanos – que eliminavam as crianças malformadas ou deficientes – passando pelo cristianismo, até a Idade Média. Essa trajetória culminava com dois tipos de atitudes: proteção/assistencialismo ou eliminação/menosprezo.

Em 1600, no Brasil, ainda no período colonial, registra-se o atendimento às pessoas com deficiência, voltado para o deficiente físico, em instituição especializada particular, localizada em São Paulo, junto à Irmandade da Santa Casa de Misericórdia (JANNUZZI, 1985, apud ALMEIDA, 2003, p. 15).

No século XVII (1690), Locke (apud CHICON, 2001), ao dizer que “a experiência é o fundamento de todo saber”, dá um novo olhar à educação, pois remete à necessidade de estimular a criança desde a tenra idade, levando-a a vivenciar as mais diversas situações no seu cotidiano.

No século XIX (1800), a experiência do médico francês Itard, com a observação de uma criança que havia vivido num bosque em meio a animais, deu uma nova perspectiva para a deficiência demonstrando que a pessoa com deficiência é capaz de aprender. Daí surgiu a pedagogia para os “portadores de deficiência” (CHICON, 2001).

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” (ALMEIDA, 2003, p.14).

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 surdas (ALMEIDA, 2003, p.14).

O fim do Império levou a sociedade brasileira a aquietar-se quanto à pessoa com deficiência. As pessoas com deficiência mental passaram a fazer parte da população desescolarizada e as demais pessoas com deficiência, neste caso alunos, também ficaram à margem do processo educacional, tudo isso reflexo do descaso pela educação (ALMEIDA, 2003).

No início do século XX, 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)” (ALMEIDA, 2003, p.14).

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 (ALMEIDA, 2003).

Em 1950, observa-se um movimento que tende a aceitar as pessoas com deficiência e integrá-las tanto quanto possível na sociedade. Este movimento tem início, de acordo com Pereira (1980, apud CHICON, 2001), nos países escandinavos, mais precisamente na Dinamarca, onde se levantaram questionamentos a respeito das práticas sociais e escolares de segregação. Este país promulgou o novo Ato Legal que colocava como objetivo da educação especial “a criação de condições de vida para a pessoa retardada mental semelhantes às condições normais da sociedade em que vivem” (CHICON, 2001, p.2).

Segundo Mazzotta (1996, apud Almeida, 2003) “a educação de deficientes na política educacional brasileira só ocorreu no final dos anos 1950 e início da década de 1960, com a criação de campanhas para a educação e reabilitação de surdos (Decreto n. 42.728 de 03/12/57), deficientes da visão (Decreto n. 44.236 de 31/05/60) e deficientes mentais (Decreto n. 48.961 de 22/09/60)”.

Em 1971, Helena Antipoff, psicóloga russa, residente no Brasil desde 1929, criou a primeira Sociedade Pestalozzi em Minas Gerais, no ano de 1932, e fundou em 1945 a Sociedade Pestalozzi do Brasil no Rio de Janeiro, além de ter contribuído muito com a Educação Especial em todo o país. A Federação Nacional das Sociedades Pestalozzi do Brasil, criada em 1971, aglutinou todas as Sociedades distribuídas pelo país.

Por volta da década 80 e início dos anos 90, do século XX, sob influência de profissionais, pais e pessoas com deficiência, surge no contexto mundial um movimento em torno da reformulação das práticas educacionais que colocavam a educação especial enclausurada num mundo à parte, às margens da sociedade e da educação tradicional. Inicia-se a prévia do que mais tarde se configuraria como inclusão.

No decorrer da década de 1960, entretanto, ainda surgiram, por todo o país, inúmeras instituições tidas legalmente como educacionais, sobretudo de caráter particular e filantrópico, mas com vista ao atendimento assistencial ou à proteção das pessoas com deficiência. A escolaridade não era, pois, prioritária, primava-se pelo assistencialismo, segregação e segmentação das deficiências (ALMEIDA, 2003, p.15).

Para Ferreira (1994, p. 17, apud ALMEIDA, 2003):

A educação escolar dos indivíduos deficientes, iniciada em instituições de reabilitação e seus setores de “escolaridade”, traz para as escolas as marcas do “modelo médico”; a visão de patologias individuais com a indicação de estratégias compensatórias ou de arranjos ambientais.

Nesta mesma época, nos Estados Unidos da América, surge o movimento denominado “Regular Education Initiative” (REI), cujo objetivo era a inclusão de crianças com alguma deficiência na escola comum, indo de encontro à educação especial e sugerindo a unificação desta com a educação regular (Villa e Thousand, 1995).

Mazzotta (1996, apud ALMEIDA, 2003, p.15) esclarece nos anos 1960 e 1970 o modelo médico-psicológico “contribuía com a Educação Especial, na medida em que utilizava um diagnóstico classificatório, mediante o qual a criança era enquadrada em uma dada categoria médico-psicológica, exigida para encaminhamentos aos serviços especiais de educação”.

Por outro lado, o modelo médico da deficiência designa o papel de passividade e desvantagem de pacientes, considerando a pessoa com deficiência dependente de cuidados de terceiros, incapaz, isenta dos deveres normais, rotulando-a como deficiente, levando-a a uma situação de segregação. Quanto a isso, Sasaki (2002) afirma que:

“Este modelo tem contribuído, em parte, pela resistência da sociedade em aceitar a necessidade de mudar suas estruturas e atitudes para incluir em seu seio as pessoas com deficiência”.

Ou seja, enquanto por um lado o modelo médico influenciou positivamente o movimento da educação especial, por outro incutiu na sociedade uma atitude preconceituosa em relação à deficiência.

Tal concepção, de modelo médico da deficiência, tem permeado os discursos dos próprios defensores da causa das pessoas com deficiência, como bem analisa Sasaki, 2002, ao citar o Art. 7º. da Declaração dos Direitos das Pessoas Deficientes aprovada em 1975:

As pessoas deficientes têm direito a tratamentos médico, psicológico e funcional, inclusive aparelhos protéticos e ortóticos, à reabilitação física, à reabilitação social, à educação, ao treinamento e reabilitação profissionais, à assistência, ao aconselhamento, aos serviços de colocação e a outros serviços que lhes possibilitarão desenvolver suas capacidades e habilidades ao máximo e acelerar o processo de sua integração ou reintegração social.

Apesar do preconceito embutido neste modelo, que caracterizava a deficiência enquanto desvantagem, várias foram as iniciativas de caráter privado e beneficente lideradas no geral por pais de pessoas com deficiência (ALMEIDA, 2003).

No Brasil, portanto, o movimento de inclusão é proveniente de diferentes influências, como a *Liga Mundial pela Inclusão*, que surgiu nos países europeus na luta contra a exclusão de pessoas deficientes que ficavam isoladas em instituições especializadas com educação de caráter segregacionista; a *Liga Internacional pela Inclusão do Deficiente Mental*, conhecida atualmente como *Inclusion International*, baseada na concepção de que, para o desenvolvimento da criança com deficiência mental, o processo de aprendizagem social na sala de aula, convivendo com crianças normais, é muito importante; e a *Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais*, realizada em Salamanca (1994), na qual se firmou um compromisso com a educação para todos, decidindo-se pela inclusão de crianças, jovens e adultos com necessidades educativas especiais no sistema comum de educação.

Participaram desta conferência 92 governos e 25 organizações internacionais, que reconheceram a necessidade e urgência que o ensino chegasse

a todas as crianças, jovens e adultos com necessidades educacionais especiais no âmbito da escola regular. Com este fim, os especialistas ali reunidos estabeleceram um plano de ação cujo princípio norteador mostrava que as escolas deveriam acolher todas as crianças, independentemente de suas condições físicas, intelectuais, sociais, emocionais, lingüísticas e outras (SÁNCHEZ, 2005).

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional, Lei n.º. 4.024/61, reafirmou o direito das pessoas com deficiência à educação, estabelecendo em seu artigo 88 que, “para integrá-los na comunidade, sua educação deverá, dentro do possível, enquadrar-se no sistema geral de educação” (ALMEIDA, 2003, p.15).

Vale ressaltar que a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (Lei n.º. 9.394 de 20.12.1996), no Capítulo V, Art. 58, § 3º. remete ao Estado as condições de oferta da educação especial, ao expressar ser esta “dever constitucional do Estado” (BRASIL, 1996). Isso leva a fazer uma analogia com a Lei 8.080 da saúde, que também concebe a saúde como direito de todos e dever do Estado (BRASIL, 1990). Ambas dão início a uma via de diálogo que precisa ser estabelecida em prol das pessoas com deficiência, no intuito de garantir-lhes o desenvolvimento de sua autonomia.

Segundo Sasaki (1997), a prática da integração social dá-se de três formas: pela inserção das pessoas com deficiência que conseguem utilizar os espaços físicos e sociais, os programas e serviços, sem nenhuma modificação da sociedade; pela inserção das pessoas com deficiência que necessitam de alguma adaptação específica no espaço físico comum, no procedimento da atividade comum, a fim de só, então, estudar, trabalhar, ter lazer, conviver com pessoas não deficientes; e pela inserção de pessoas com deficiência em ambientes separados dentro dos sistemas gerais, como escola especial junto à comunidade.

Por outro lado, a inclusão significa compreender, fazer parte de ou participar de. Participação é uma necessidade fundamental do ser humano, e o homem só terá possibilidade de total desenvolvimento numa sociedade que permita e facilite a sua participação (BORDENAVE, 1992).

A escola tradicional, segregadora, excluía aqueles alunos com as problemáticas mais diversas, sobretudo aqueles com necessidades especiais mais severas. Trata-se de um reflexo da concepção do modelo médico da deficiência, como afirma a Cooperativa de Vida Independente de Estocolmo (STIL), na Suécia (1997), nos seguintes termos:

Uma das razões pelas quais as pessoas deficientes estão expostas à discriminação é que os diferentes são frequentemente declarados doentes. Este modelo médico da deficiência nos designa o papel desamparado e passivo de pacientes, no qual somos considerados dependentes do cuidado de outras pessoas, incapazes de trabalhar, isentos dos deveres normais, levando vidas inúteis, como está evidenciado na palavra “inválido” (“sem valor”, em latim). (STIL, 1990 apud SASSAKI, 1997, p.28).

Após perpassarem pelo processo de exclusão à inclusão, autores começam a discutir o termo “deficiente”, começam a questionar o modo preconceituoso como eram tratadas as pessoas com deficiência. Porém, para tanto houve um longo percurso. Sasaki (2003) descreve sucintamente a trajetória dos termos utilizados ao longo da história da atenção às pessoas com deficiência no Brasil. Segundo o autor, no começo da história, durante séculos, o termo mencionado em romances, mídias e outros meios era “inválido”, indivíduo sem valor, segundo o significado da palavra. É o que se observa nas citações extraídas de diferentes órgãos em SASSAKI (2003):

A reabilitação profissional visa a proporcionar aos beneficiários inválidos... (Decreto federal nº 60.501, de 14/3/67)

Inválidos insatisfeitos com lei relativa aos ambulantes (Diário Popular, 21/4/76).

Servidor inválido pode voltar (*Folha de S. Paulo*, 20/7/82).

Os cegos e o inválido (Isto É, 7/7/99).

No século XX até aproximadamente 1960, utilizava-se o termo incapacitado, significando indivíduo sem capacidade, que evoluiu para indivíduos com capacidade residual. Ao mesmo tempo em que reconhecia que a pessoa com deficiência tinha capacidade residual, mesmo que reduzida, considerava a deficiência como um fator limitante ou redutor da capacidade da pessoa em todos os aspectos sejam físico, psicológico, social, profissional, etc. Como pode se observar nas citações recortadas por Sasaki (2003):

Escolas para crianças incapazes (*Shopping News*, 13/12/64).

Derivativo para incapacitados (*Shopping News*, Coluna Radioamadorismo, 1973).

De 1960 a 1980, aproximadamente, para caracterizar a pessoa com deficiência, utilizavam-se os termos “defeituoso”, entendendo o indivíduo como tendo deformidade; “deficiente”, indivíduos com deficiência, física, intelectual, auditiva, visual ou múltipla; e “excepcional”, que significa indivíduos com deficiência intelectual. Esses três termos focalizam as deficiências em si. Posteriormente o termo “excepcional” foi questionado em função dos superdotados, os quais não eram deficientes intelectuais, mas eram excepcionais por estarem na outra ponta da curva da inteligência humana. Sasaki (2003) cita outro recorte de jornal que demonstra o modo pelo qual era concebida a pessoa com deficiência:

Crianças defeituosas na Grã-Bretanha tem educação especial
(*Shopping News*, 31/8/65).

De 1981 a 1987, aproximadamente, as organizações de pessoas com deficiência começaram a pressionar, por meio de conferências e manifestos, o que levou a Organização das Nações Unidas (ONU) a instituir o ano de 1981 como “Ano Internacional das Pessoas Deficientes”. A partir daí, o mundo começou a se adaptar e a chamar não mais indivíduos, mas pessoas deficientes. A Organização Mundial de Saúde (OMS) lançou em 1980 a *Classificação Internacional de Impedimentos, Deficiências e Incapacidades*, mostrando que estas três dimensões existem simultaneamente em cada pessoa com deficiência.

A expressão “pessoa deficiente” começou a ser contestada por alguns líderes de organizações de pessoas com deficiência por volta de, aproximadamente, 1988 até 1993, alegando que dava idéia de que toda a pessoa era deficiente, algo inaceitável para eles. Propôs-se, como substituição, a expressão “pessoa portadora de deficiência”, passando a deficiência a ser um detalhe da pessoa. Este termo foi adotado na Constituição Federal e nas Constituições Estaduais e em todas as leis e políticas pertinentes ao campo das deficiências. Conselhos, coordenadorias e associações passaram a incluir o termo em suas denominações oficiais (SASSAKI, 2003).

O Art. 5º da Resolução CNE/CEB nº 2, de 11/9/01, (apud Sasaki 2003), explica que as necessidades especiais decorrem de três situações, uma das quais envolve dificuldades vinculadas a deficiências e dificuldades não vinculadas a uma causa orgânica. Daí, de 1990 até hoje, passou-se a adotar o termo pessoas com

necessidades especiais, agregando as necessidades especiais tanto às pessoas com deficiência quanto às sem deficiência. Nesta mesma época, algumas pessoas passaram a adotar o termo “pessoas especiais”, apenas como um eufemismo, e não um termo aceito pela abrangência de seu significado.

Quanto a este termo, Plaisance (2003: 31-32, apud SANCHES ; TEODORO, 2006), aponta que:

considerar as “necessidades educativas especiais” conduz a “desmedicalizar” as perspectivas de ação e a prestar atenção às eventuais dificuldades de aprendizagem, quaisquer que sejam as suas causas possíveis (deficiência, doença, meio social, etc.). É também reconhecer um “continuum” entre os alunos com necessidades especiais e os outros. (...) Alguns defendem a sua adoção pelo fato de que permitiria incluir, no conjunto dos dispositivos de ajuda, não somente as crianças e os adolescentes habitualmente designados como “deficientes”, mas também os que têm insucesso escolar, rejeitados pela escola regular e orientados para estabelecimentos especializados, tais como os Institutos de reabilitação.

Nesta mesma linha, Armstrong e Barton (2003: 87, apud SANCHES ; TEODORO, 2006) afirmam que os alunos que têm

necessidades educativas especiais (...) são alunos que têm dificuldades de aprendizagem, muito ligeiras ou mais graves, no plano intelectual ou no domínio da escrita e da leitura. A maioria dos alunos tem insucesso nas aprendizagens básicas. Muitos deles são jovens que têm perturbações afetivas ou do comportamento, mais ou menos graves, de origem diversa.

Ambos caracterizam necessidades educacionais especiais contrapondo a perspectiva médica à perspectiva educacional (SANCHES ; TEODORO, 2006).

A década de 90 é marcada por eventos mundiais, liderados por organizações de pessoas com deficiência. “**Pessoa com deficiência**” passa a ser a expressão mais utilizada por um número cada vez maior de pessoas, incluindo aí as próprias pessoas com deficiência. Elas esclareceram que não são “portadoras de deficiência” e que não querem ser chamadas com tal nome, pois a condição de ter uma deficiência faz parte da pessoa e esta pessoa não porta sua deficiência (SASSAKI, 2003).

Ainda segundo o autor, são sete os princípios básicos que levaram os movimentos a chegar à locução “pessoas com deficiência”:

1. Não esconder ou camuflar a deficiência.

2. Não aceitar o consolo da falsa idéia de que todo mundo tem deficiência.
3. Mostrar com dignidade a realidade da deficiência.
4. Valorizar as diferenças e necessidades decorrentes da deficiência.
5. Combater neologismos que tentam diluir as diferenças, tais como “pessoas com capacidades especiais”, “pessoas com eficiências diferentes”, “pessoas com habilidades diferenciadas”, “pessoas deficientes”, “pessoas especiais”, “é desnecessário discutir a questão das deficiências porque todos nós somos imperfeitos”, “não se preocupem, agiremos como avestruzes com a cabeça dentro da areia” (i.é, “aceitaremos vocês sem olhar para as suas deficiências”).
6. Defender a igualdade entre as pessoas com deficiência e as demais pessoas em termos de direitos e dignidade, o que exige a equiparação de oportunidades para pessoas com deficiência atendendo às diferenças individuais e necessidades especiais, que não devem ser ignoradas.
7. Identificar nas diferenças todos os direitos que lhes são pertinentes e a partir daí encontrar medidas específicas para o Estado e a sociedade diminuírem ou eliminarem as “restrições de participação” (dificuldades ou incapacidades causadas pelos ambientes humano e físico contra as pessoas com deficiência).

Nota-se, nesta evolução, que a expressão “pessoas com deficiência” tem sido permeada por lutas e questionamentos das próprias pessoas com deficiência, demonstrando que a evolução não só da terminologia, mas das práticas inclusivas está diretamente ligada ao modo como elas mesmas entendem o que é estar inserido.

Neste trabalho, será utilizada a expressão “pessoa com deficiência”, por ser a maneira como elas próprias querem ser chamadas em todos os idiomas; essa denominação faz parte do texto da Convenção Internacional para Proteção e Promoção dos Direitos e Dignidade das Pessoas com Deficiência, aprovado pela Assembléia Geral das Nações Unidas, no dia 6 de dezembro de 2006, através da resolução A/61/611.

4.1 Educação inclusiva: um novo olhar às diferenças

“O princípio fundamental da escola inclusiva é o de que todas as crianças devem aprender juntas, sempre que possível, independentemente de quaisquer dificuldades ou diferenças que elas possam ter. Escolas inclusivas devem reconhecer e responder às necessidades diversas de seus alunos, acomodando ambos os estilos e ritmos de aprendizagem e assegurando uma educação de qualidade a todos através de um currículo apropriado, arranjos organizacionais, estratégias de ensino, uso de recursos e parceria com as comunidades”. (Declaração de Salamanca, 1994, p.5).

A inclusão escolar de crianças e jovens com necessidades educacionais especiais é proposta na Educação Especial e na Educação em geral, direcionando programas e políticas educacionais de reabilitação em vários países, inclusive no Brasil, como se viu anteriormente.

A Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional n°. 5.692/71, em seu Art. 9º, previa tratamento especial aos alunos que apresentassem deficiências físicas ou mentais, que se encontrassem em atraso considerável quanto à idade regular de matrícula e aos superdotados, de acordo com as normas fixadas pelos competentes Conselhos de Educação.

Em 1972, conforme Mantoan (2001a, apud Almeida 2003, p. 16), o então Conselho Federal de Educação, em Parecer de 10/08/1972, considerou a educação de excepcionais como uma linha de escolarização, ou seja, como educação escolar. Logo em seguida, portarias ministeriais, envolvendo assuntos de assistência e de previdência social, ao definirem a clientela de educação especial, posicionaram-se segundo uma concepção diferente da do Parecer citado anteriormente, evidenciando uma visão terapêutica de prestação de serviços às pessoas com deficiência. Elegeram os aspectos corretivos e preventivos dessas ações, sem nenhuma intenção de promover a educação escolar.

Ainda segundo a autora, a pedido do Ministério da Educação e Cultura (MEC), educadores envolvidos com a educação especial, elaboraram o Projeto Prioritário n°. 35 (específico da educação de alunos com deficiência), que foi incluído no Plano Setorial de Educação e Cultura do Governo Federal, 1972–1974. O Projeto n°. 35 do Plano Setorial de Educação – sobre Educação Especial – procurou garantir a tão desejada igualdade de oportunidades de acesso à educação a todos os

excepcionais, oferecendo-lhes, ao mesmo tempo, as condições ideais para o seu atendimento.

Em 3 de julho de 1973, sob influência do Projeto n°. 35, foi criado, no MEC, o Centro Nacional de Educação Especial (CENESP), com sede no Rio de Janeiro, com a “finalidade de planejar, coordenar e promover o desenvolvimento da Educação Especial no período pré-escolar, nos ensinos de 1º e 2º graus, superior e supletivo, para os deficientes da visão, da audição, mentais, físicos, portadores de deficiências múltiplas, educandos com problemas de conduta e os superdotados, visando à sua participação progressiva na comunidade, obedecendo aos princípios doutrinários, políticos e científicos que orientam a Educação Especial” (Apud ALMEIDA, 2003).

Sasaki (2002), ao retratar o movimento da inclusão, diz que este começou de maneira insipiente na segunda metade dos anos 1980, tanto nos países desenvolvidos, quanto nos países em desenvolvimento, mais especificamente toma grande impulso na década de 1990.

Considerando, portanto que, tanto os alunos que não apresentam visivelmente uma condição da deficiência, quanto outros enquadrados na condição especial, necessitam ser acolhidos e reintegrados à sociedade independentemente de gênero, religião, classe social etc.

A educação é um direito de todos, assim como a saúde. Ao Estado compete, portanto, criar condições para que estes direitos saiam da singularidade e passem a ser conjugados, tornando-se o direito de pleno desenvolvimento da autonomia.

Deve-se ter uma visão humanística com vista às necessidades integrais do educando, aqui retratadas como crianças, adolescentes e jovens, sejam físicas, psíquicas ou sociais. Como questão social, a prática pedagógica não deve estar restrita às escolas, mas a todas as práticas educativas de uma sociedade, interrelacionando-se com outros setores como o da saúde, uma vez que a educação é resultado da ação de todo o meio sociocultural sobre os seus participantes.

Ao se refletir sobre as dificuldades impostas pela sociedade no processo de inclusão escolar, percebe-se que a falta de acesso à escola e, conseqüentemente, à escolarização, coloca a criança e o adolescente com deficiência numa situação de desvantagem, desvantagem esta não caracterizada pelo seu estado natural, mas

pela impossibilidade de desfrutar de um universo de aprendizagem no convívio com outros na escola.

É comum a existência de crianças e adolescentes com deficiência fora da escola ou simplesmente estudando em escolas “especiais”, sem terem acesso ao ensino regular, ao convívio com demais colegas ditos “normais”, com dificuldade no seu desenvolvimento sócio-cognitivo, algumas vezes tendo o seu ciclo de estudo interrompido por ser considerada incômoda a sua volta à escola, como o caso do garoto citado no início do trabalho, por aconselhamento ora da própria escola, ora da família, que desconhecem o potencial de desenvolvimento cognitivo dessas crianças e adolescentes.

Por outro lado, um número crescente de alunos previamente excluídos está sendo integrado ou reintegrado ao ensino regular. É o que se pode observar nos dados do INEP, que demonstram que o atendimento em classes comuns, caracterizado pela inclusão escolar, apresentou progressivo crescimento nas escolas brasileiras, conforme os resultados do Censo Escolar de 2004 a 2006. Em 2004, 34,5% das matrículas da educação especial encontravam-se em classes comuns; em 2005, essa proporção equivalia a 41,0% das matrículas; em 2006, a 46,4% das matrículas e, em 2007, praticamente manteve-se igual a do ano anterior (46,8 %) (Ministério da Educação, 2008).

Entretanto, esses alunos precisam mais do que ser colocados nas escolas; eles precisam ter todos os direitos, ser valorizados e respeitados como quaisquer outros mantidos regularmente em suas classes e séries correspondentes. O que já representa um salto positivo para se pensar o processo inclusivo como uma necessidade para todos.

A escola deve apresentar qualidade de ensino para todos, com propostas pedagógicas eficazes e flexibilizadas, relacionadas às necessidades de cada aluno, seja ele dito “normal” ou com necessidades educacionais especiais.

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. (ROSS, 2004, p.31).

A educação inclusiva amplia a participação de todos os estudantes no ensino regular. Ela está atenta para a diversidade inerente à espécie humana, busca

perceber e atender às necessidades educacionais especiais de todos, de forma a promover a aprendizagem e o desenvolvimento pessoal.

As dificuldades apresentadas por crianças e adolescentes com deficiência devem ser superadas, evitando-se discriminação, descomprometimento e irresponsabilidades por parte daqueles que compõem o quadro integrativo tanto da escola quanto da família. Aqui entram também os profissionais de saúde, principalmente os componentes do PSF, uma vez estarem diretamente ligados à comunidade como agentes integralizadores do processo de inclusão. É o que pode ser notado com o que Ross (2004, p. 32) ao postular o processo de inclusão como aquele “pelo qual pessoas com ou sem deficiência, profissionais ou não e instituições buscam, em parceria, resolver problemas, tomar decisões e promover transformações nos serviços, nas leis e na realidade”.

No entanto, a sociedade de modo geral precisa rever suas práticas, precisa educar-se a fim de que crianças e adolescentes com deficiência possam ser inseridos, incluídos no meio educacional, freqüentando classes e ambientes comuns obtendo apoios diversificados.

Do ponto de vista educacional, embora tanto a integração como a inclusão tratem da incorporação da criança com deficiência no ensino regular, existe uma diferença básica. Alguns autores, tais como Carvalho (1997), Mantoan (1997), Bueno (2001), Mrech (1999), assinalam tal diferença e enfatizam que os dois termos referem-se a situações de inserção diferentes.

Bueno (2001) também diferencia integração de inclusão de acordo com o comportamento da escola em relação à deficiência. Para esse autor, a integração parte do pressuposto de que o problema reside nas características das crianças com necessidades educativas especiais, e a inserção em escolas comuns ocorre “sempre que suas condições pessoais permitirem”.

Mrech (1999) afirma que a integração é uma prática seletiva, pois é o aluno com deficiência que deve se adaptar aos parâmetros de normalidade; na inclusão, por sua vez, o objetivo é que o aluno com deficiência atinja o máximo de sua potencialidade em um ambiente menos restrito, com ajuda e suportes necessários.

Carvalho (1997) acredita que, assim como a integração, a inclusão é um processo gradual e que, para que o ideal de integração de todos ou de não-exclusão de alguns se torne realidade nas escolas, deve-se trabalhar todo o contexto onde o processo deve ocorrer.

O Ministério da Educação (MEC, 1994 apud Veríssimo 2001) também caracteriza a integração escolar como um processo gradual, porém dinâmico, que pode ter sua forma alterada de acordo com as necessidades e habilidades dos alunos, ou seja, refere-se ao processo de educar – ensinar, no mesmo grupo, todas as crianças, quer tenham ou não necessidades educacionais especiais, durante o tempo de permanência na escola. De acordo com Sasaki (1997 p. 30-31):

A idéia de integração surgiu para derrubar a prática de exclusão social a que foram submetidas as pessoas deficientes por vários séculos. A exclusão ocorria em seu sentido total, ou seja, as pessoas portadoras de deficiências eram excluídas da sociedade para qualquer atividade porque antigamente elas eram consideradas inválidas, sem utilidade para a sociedade e incapazes para trabalhar, características estas atribuídas indistintamente a todos que tivessem alguma deficiência.

A base filosófico-ideológica da integração seria o princípio da normalização, que, segundo o MEC (1994), “não se trata de normalizar as pessoas, mas sim o contexto em que se desenvolvem, ou seja, oferecer às pessoas com deficiência, condições da vida cotidiana as mais semelhantes possíveis às formas de viver do resto da sociedade. A respeito disto, revela Mantoan (1998):

a normalização visa tornar acessíveis às pessoas socialmente desvalorizadas condições e modelos de vida análogos aos que são disponíveis de um modo geral ao conjunto de pessoas de um dado meio ou sociedade.

Vale ressaltar também o princípio de *mainstreaming* que, assim como a normalização, foi importante elemento na aquisição de conhecimentos e experiências de integração para o surgimento dos conceitos inclusivistas. Segundo esse princípio, o aluno deve ser levado aos serviços educacionais disponíveis na comunidade; a integração seria temporal, instrucional e social do “excepcional” elegível com crianças “normais”, de forma progressiva, baseada em programas individuais, requerendo para isso uma aceitação e responsabilidade administrativa entre o ensino regular e a educação especial (PEREIRA, 1980, apud VERÍSSIMO, 2001).

A integração temporal constitui a convivência, na classe regular, das pessoas com necessidades educacionais especiais com os companheiros que não

as tivessem, de preferência realizada de forma gradativa e devidamente preparada (classe, escola, administração, criança) para recebê-las. A integração instrucional significa criar condições favoráveis na sala regular que viessem a facilitar o processo ensino aprendizagem. Já a integração social quer dizer relacionar a criança com necessidades educacionais especiais com seus companheiros sem necessidades especiais dentro do grupo (VERÍSSIMO, 2001).

Segundo esses três elementos de integração mencionados, fica claro o esforço que a criança com necessidade educacional especial deve fazer para se adaptar ao ambiente escolar, e não este se adequar para atender às necessidades da criança.

Segundo Sasaki (2002, p.33),

a prática do *mainstreaming* correspondia ao que hoje consideramos integração de crianças e jovens que conseguem acompanhar aulas comuns sem que a escola tenha uma atitude inclusiva. De certa forma, essa prática estava associada ao movimento de desinstitucionalização.

Dentro deste contexto, percebe-se que a integração remete ao ainda vigente modelo médico da deficiência, como desvantagem, com um esforço único da pessoa com deficiência, acompanhada dos demais atores, como família e pessoas da comunidade, fazendo com que esta se adapte, o mais próximo possível, ao padrão de vida daqueles ditos “normais”.

Segundo este modelo,

a pessoa deficiente é que precisa ser curada, tratada, reabilitada, habilitada, etc. a fim de ser adequada à sociedade como ela é sem maiores modificações (SASSAKI, 1997, apud SASSAKI, 2002, p.29).

Com a integração, a sociedade passivamente aceita a inserção das pessoas com deficiência desde que sejam capazes de superar as barreiras que ela lhes impõe, sejam físicas ou discriminativas. Nota-se, ainda, segundo Sasaki (2002, p.35), ao caracterizar as condições de integração das pessoas com deficiência:

No modelo integrativo, a sociedade, praticamente de braços cruzados, aceita receber portadores de deficiência desde que estes sejam capazes de:
- moldar-se aos requisitos dos serviços especiais separados (classe especial, escola especial, etc.);

- acompanhar os procedimentos tradicionais (de trabalho, escolarização, convivência social, etc.);
- lidar com as atitudes discriminatórias da sociedade, resultantes de estereótipos, preconceitos e estigmas, e
- desempenhar papéis sociais individuais (aluno, trabalhador, usuário, pai, mãe, consumidor, etc.) com autonomia, mas não necessariamente com independência.

A partir de 1994, principalmente com influência da Conferência Mundial sobre Necessidades Educativas Especiais, em Salamanca, como explicitado anteriormente, as escolas se encontram frente ao desafio de desenvolver uma pedagogia capaz de educar com êxito todas as crianças, inclusive aquelas que têm deficiências graves. Além disso, as escolas devem ser comunidades que atendam a todos, já que as diferenças humanas são naturais, diga-se, existem, havendo, porém, a necessidade de adaptar a aprendizagem a cada criança (Tierney, 1993, apud SÁNCHEZ, 2005).

Nessa perspectiva, segunda autora, a Declaração de Salamanca proclama que:

- todas as crianças têm direito à educação e deve-se dar a elas a oportunidade de alcançar e manter um nível aceitável de conhecimentos;
- cada criança tem características, interesses, capacidades e necessidades de aprendizagem que lhe são próprias;
- os sistemas de ensino devem ser organizados e os programas aplicados de modo que tenham em conta todas as diferentes características e necessidades;
- as pessoas com necessidades educacionais especiais devem ter acesso às escolas comuns; e
- as escolas comuns devem representar um meio mais eficaz para combater as atitudes discriminatórias, criar comunidades acolhedoras, construir uma sociedade integradora e alcançar a educação para todos.

Ainda segundo Sánchez (2005), a filosofia da inclusão defende uma educação eficaz para todos, sustentada na idéia de que as escolas, consideradas como comunidades educativas, devem satisfazer as necessidades de todos os alunos, sejam quais forem as suas características pessoais, psicológicas ou sociais (com independência de ter ou não deficiência). Trata-se de estabelecer os alicerces

para que a escola possa educar com êxito a diversidade de seu alunado e colaborar com a erradicação da ampla desigualdade e injustiça social. Dessa maneira, a educação inclusiva enfatiza a necessidade de avançar até outras formas de atuação, em contraposição às práticas que têm caracterizado a integração escolar.

Por conseguinte, a educação inclusiva deve ser entendida como uma tentativa a mais de atender as dificuldades de aprendizagem de qualquer aluno no sistema educacional e como um meio de assegurar que os alunos, que apresentam alguma deficiência, tenham os mesmos direitos que os outros, ou seja, os mesmos direitos dos seus colegas escolarizados em uma escola regular (SÁNCHEZ, p.11, 2005).

O movimento de inclusão utiliza alguns conceitos que são fundamentais, denominados conceitos inclusivistas: “autonomia”, “independência” e “empowerment”, os quais têm significados diferentes entre as pessoas portadoras de deficiência.

Segundo Sasaki (2002, p.36), “autonomia é a condição de domínio do ambiente físico e social, preservando ao máximo a privacidade e a dignidade da pessoa que a exerce. Ter maior ou menor autonomia significa que a pessoa com deficiência tem maior ou menor controle de vários ambientes físicos e sociais que ela queira e/ou necessite freqüentar para atingir os seus objetivos. Resulta da relação entre o nível de prontidão físico-social do portador de deficiência e a realidade de determinado ambiente físico-social”.

Independência, segundo o mesmo autor, é a faculdade de decidir sem depender de outras pessoas, tais como membros da família ou profissionais especializados. É necessário que a pessoa com deficiência tenha oportunidades, o mais precoce possível, a fim de que lhe sejam providas condições de desenvolver-se com independência, não deixando isto a cargo de sua vida adulta.

Já empowerment, é o processo pelo qual uma pessoa, ou um grupo de pessoas, usa o seu poder pessoal inerente à sua condição para fazer escolhas e tomar decisões, assumindo assim o controle de sua vida (SASSAKI, 2002, p.38).

Nesses três conceitos, pode-se ver embutido o mesmo desejo, o de garantir o pleno desenvolvimento da pessoa com deficiência, não apenas as condições especiais, mas equiparação de oportunidades. Como se observa em trecho extraído do documento do Programa Mundial de Ação Relativo às Pessoas com deficiência,

adotado em 03 de dezembro 1982 pela Assembléia Geral da Organização das Nações Unidas (ONU, apud Sasaki 2002, p.39):

Equiparação de oportunidades significa o processo através do qual os sistemas gerais da sociedade – tais como o ambiente físico e cultural, a habitação e os transportes, os serviços sociais e de saúde, as oportunidades educacionais e de trabalho, a vida cultural e social, incluindo as instalações esportivas e recreativas – são feitos acessíveis para todos.

A educação deve contemplar a diversidade da condição humana para o seu desenvolvimento, que se caracteriza por ser holístico, plural e, ao mesmo tempo, singular. Portanto, para incluir crianças com deficiência no processo de formação escolar regular, as escolas devem ser reorientadas para a compreensão de que elas precisam modificar-se, aceitar as diferenças individuais, valorizar cada criança, ampliando o desenvolvimento mediante a convivência dentro da diversidade humana.

5 A INTERSETORIALIDADE SAÚDE-EDUCAÇÃO COMO INSTRUMENTO DE INCLUSÃO

A intersectorialidade tem sido definida como um "processo em que os objetivos, as estratégias e os recursos de cada setor se consideram segundo suas repercussões e efeitos nos objetivos, estratégias, atividades e recursos dos demais setores" (Análisis, 1992, citado por Teixeira & Paim, 2002). Em conferência internacional promovida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) em 1997, propôs-se que a "ação intersectorial para a saúde" compreenda "uma relação reconhecida entre uma ou várias partes do setor saúde com uma ou várias partes de outro setor, que se tenha formado para atuar em um tema visando alcançar resultados de saúde (ou resultados intermediários de saúde) de uma maneira mais efetiva, eficiente ou sustentável, do que poderia alcançar o setor saúde agindo por si só (WHO, 1997 citado por TEIXEIRA ; PAIM, 2002).

Freire propõe a concepção de autonomia quando afirma que educar é proporcionar autonomia de escolhas, uma cultura de vida, associando à idéia de autonomia a idéia de liberdade e de força pessoal e coletiva para intervenção na realidade e escolha dos próprios caminhos. Para Carvalho, os estudos em saúde pública proporcionam o desenvolvimento de autonomia quando orientam os profissionais para a realização de uma "reforma organizacional", que permita a inclusão de novos sujeitos na construção de projetos para a saúde.

Com ações coletivas, é possível intervir na realidade local por meio da prática da intersectorialidade, da transdisciplinaridade e da educação para autonomia. Isso permite pensar as necessidades da comunidade de forma mais ampla e agir nos problemas de forma menos pontual, considerando toda a sua complexidade. Segundo essa lógica, a saúde e a educação passam a se relacionar não simplesmente para promoção da saúde por meio da educação em saúde, mas também para auxiliar a educação escolar, isto é, a rede de ensino, quanto ao processo de inclusão de crianças e adolescentes com deficiência no ensino regular.

Como interrelacionar a saúde com a educação inclusiva? "O profissional de saúde, o sanitário, o educador, etc. podem – e devem – apoiar a comunidade para que ela mesma vença as suas dificuldades, e estas não devem ser ditadas por um único setor, mas construídas numa discussão intersectorial que fortaleça um processo de tomada de consciência e de enfrentamento dos problemas vividos na realidade

cotidiana pela comunidade (WIMMER), e a evasão escolar de crianças e adolescentes com deficiência pode ser observada.

Para tanto, o PSF tem um papel articulador na prática da inclusão em consonância com a rede de ensino, já que trabalha numa área delimitada e possui uma equipe que interage com a comunidade e, mais ainda, um profissional ACS, da própria comunidade, capaz de identificar crianças e adolescentes com deficiência em idade escolar que não freqüentam a escola e poder, a partir daí, estabelecer vínculo equipe – escola – família.

A vida em sociedade é a expressão do axioma de que *a vida está tecida em conjunto*. As necessidades e expectativas das pessoas e dos grupos sociais referentes à qualidade de vida são integradas. Não adianta prover escola para uma criança se ela não estiver bem alimentada e saudável. Sem um conjunto de necessidades atendidas, ela não conseguirá realizar seu aprendizado e desenvolver-se (INOJOSA, 2001).

É sabido que melhores níveis de saúde não serão alcançados se as transformações não ultrapassarem o setor saúde e envolverem outras áreas igualmente comprometidas com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania (Previdência Social, Assistência Social, Educação, Segurança Alimentar, Habitação, Urbanização, Saneamento e Meio Ambiente, Segurança Pública, Emprego e Renda). Para tanto, é necessário que os três níveis de governo deixem de operar em termos exclusivamente setoriais e passem a priorizar o desenvolvimento social de forma integrada e integral (MANIFESTO DA REDE UNIDA, 2006).

Os governos locais e regionais precisam romper modelos ultrapassados de gestão e passar a atuar de forma transversal, criando instâncias intersetoriais de políticas, implantando a gestão em redes e garantindo maior eficácia e efetividade na redistribuição da renda e no acesso aos benefícios sociais, a exemplo da educação (MANIFESTO DA REDE UNIDA, 2006).

Muitos estudos têm surgido no cenário científico nacional no que tange a atividades que envolvem a intersetorialidade como princípio, abordagem e/ou diretriz na perspectiva de produzir melhoria nas condições de vida da população, como o exemplo da Universidade Federal de Goiás (UFG).

Em 1999, a UFG, integrando diversos cursos da área da saúde, implementou o Grupo Gestor do Programa de Promoção da Saúde do Distrito

Sanitário Leste (PROLESTE) em parceria com as Secretarias Estaduais e Municipais de Saúde e de Educação e organizações não governamentais da região. Dentre as atividades do PROLESTE, destacam-se: realização de estágios multiprofissionais para a graduação e pós-graduação, incluindo residência multiprofissional em Saúde da Família; I e II Encontros de Escolas Promotoras da Saúde; Fórum da Cidadania da Região Leste com participação de representantes do Ministério da Saúde e do CEPEDOC/USP. Os programas de pós-graduação trazem a disciplina Promoção da Saúde, o que tem gerado vários trabalhos sobre o tema, incluindo monografias e dissertações de mestrado.

Outro trabalho foi a dissertação de mestrado apresentada ao programa de pós-graduação do Departamento de Enfermagem das Faculdades de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, por Débora de Souza Santos em 2005, intitulada “Ações intersetoriais de educação e saúde: entre a teoria e a prática”, em que a autora desenvolve um trabalho centrado num projeto intersetorial executado por uma escola e uma Unidade Básica de Saúde (UBS) da cidade de Campinas, em 2004, cujo desafio fundamental foi analisar, a partir dos discursos dos atores sociais envolvidos, as aproximações e limitações de suas práticas com as respectivas propostas políticas oficiais de educação e saúde.

A autora resgatou as falas dos sujeitos (profissionais de saúde e de educação), as percepções, conceitos e vivências relacionados às práticas intersetoriais, buscando correlacioná-las ao discurso formal das políticas a este respeito. A partir do estudo do discurso institucional das políticas de saúde e educação, foi possível identificar que, no Brasil, ambos são constitucionalmente tidos como direitos fundamentais do cidadão, sendo de responsabilidade do Estado a criação e desenvolvimento de políticas que visem à promoção da saúde e da educação orientada para o exercício pleno da cidadania dos brasileiros. Além disto, o discurso formal evidencia a proposição de parcerias entre esses setores para alcance das metas, conforme análise dos princípios fundamentais do SUS e do programa Paidéia de Saúde da Família da cidade de Campinas.

A autora evidenciou, ao estudar as falas dos sujeitos, que ainda prevalece entre eles uma explicação unicausal do processo saúde-doença, bem como a priorização de atendimentos médicos e individuais. Identificou ainda a prática cotidiana de ações educativas verticalizadas e fragmentadas, baseadas na transmissão “acabada” de conhecimentos. Houve também a conclusão de que os

professores, pais e crianças, embora ocupassem duas funções centrais, apontar os problemas e receber as ações educativas do “pessoal do posto”, não participaram de todo o processo do trabalho.

Outros estudos têm sido desenvolvidos no intuito de inter-relacionar saúde com educação especial, como o desenvolvido por Marlene Valdicea Lorenzim, que gerou o artigo intitulado “O papel do fisioterapeuta em classe especial de crianças portadoras de deficiência física”, publicado na revista *Fisioterapia e Movimento* em outubro de 1991 e março de 1992. Um trabalho que nasceu da preocupação da autora em analisar a contribuição com a educação de crianças com deficiência física especialmente aquelas com paralisia cerebral, aliado às necessidades do Curso de Pedagogia com Habilitação em Deficiência Física – UNESP – Marília. Teve como objetivo atender as dificuldades que os demais profissionais, principalmente o professor, encontram em relação à identificação das condições limitantes da deficiência na pessoa e como minimizá-las em função da melhor adaptação das crianças e de seu aproveitamento em sala de aula.

Vale ressaltar também o artigo de Durce et al. (2006), *A atuação da fisioterapia na inclusão de crianças deficientes físicas em escolas regulares: uma revisão da literatura*, que relata os aspectos da inclusão escolar de crianças com deficiência e como o fisioterapeuta, fazendo parte de uma equipe multidisciplinar, pode atuar de forma efetiva neste processo. A autora traz a questão do acesso ao ensino regular para as crianças com deficiência, a importância de a escola estar preparada para receber estes alunos e a necessidade de haver dentro da escola uma equipe interdisciplinar composta por educadores, médicos, terapeutas ocupacionais, psicólogos e fisioterapeuta.

Os estudos demonstram a inquietação da comunidade científica, de docentes e dos profissionais que lidam direta ou indiretamente com a educação em inter-relacioná-la com demais setores, em particular o da saúde, no intuito de viabilizar a concretização de políticas intersetoriais. Aqui se destaca a intenção da autora do presente estudo em levar à reflexão, tanto dos profissionais de saúde quanto dos da educação, a necessidade do diálogo em prol da educação inclusiva, a fim de que novas práticas inclusivas sejam fomentadas e, ao final, crianças e adolescentes possam ter garantido o direito de frequentar o ensino regular e, conseqüentemente, terem melhor qualidade de vida.

Ao entender a estratégia de saúde da família, pode-se detectar seu papel de agente integralizador de ações que visam garantir ao indivíduo bem-estar, qualidade de vida e resolutividade em questões que o tiram da sua “normalidade”, ou seja, é responsável por integrar criança, adolescente, jovem, adulto e idoso à sociedade, incluindo-os na escola, no lazer, na cultura, entre outros, uma vez que se entende por saúde não como mera ausência de doença.

Como porta de entrada do sistema de saúde, a atenção básica, por meio do Programa de Saúde da Família, tem como assistir à família, uma vez determinada uma área de cobertura, detectar os mais vulneráveis e suscetíveis a doenças e acompanhar os que, por causas externas ou não, estejam fora do ambiente escolar.

A inclusão e reinserção escolar de crianças e adolescentes com deficiência deve ser também uma questão que direcione as ações da unidade de saúde da família, ou seja, a equipe deve estar atenta e apta a detectar condições que desfavoreçam esse processo, a fim de que possam se tornar agentes cooperadores e articuladores no retorno dessas crianças, jovens e adolescentes ao convívio escolar. Para tanto, é imprescindível uma ação intersetorial entre família – Equipe de Saúde da Família – escola e secretarias de educação, a fim de promover articulações que culminem com a garantia do direito de “todos na escola”, cooperando para o desenvolvimento da autonomia do sujeito e proporcionando uma melhora na qualidade de vida.

Para melhor compreensão, poder-se-ia, em outras palavras, dizer que tanto o setor de saúde, quanto o de educação fazem parte de uma rede integrada de comunicação e atenção para dar encaminhamento ou matricular este aluno na escola regular. Sendo assim, quando a escola ou o professor da escola regular não se sentirem-se preparados para atender a esse aluno conforme a seus direitos e necessidades, a equipe da unidade de saúde da família o acompanharia dando-lhe suporte.

6 CAMINHO METODOLÓGICO PARA DESVELAMENTO DO PROBLEMA

6.1 Procedimentos para coleta de dados

Na perspectiva do objeto de estudo do presente trabalho, optou-se pela pesquisa qualitativa, pois, segundo Minayo:

Ela se preocupa, nas ciências sociais, com um nível de realidade que não pode ser quantificado. Ou seja, ela trabalha com o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes, o que corresponde a um espaço mais profundo das relações, dos processos e dos fenômenos... (MINAYO,1994).

Realizou-se estudo qualitativo, com estudo de caso, pautado em entrevista semi-estruturada e grupos focais, com profissionais do Programa de Saúde da Família do município pesquisado, no período de 25 de março de 2007 a 25 de novembro de 2008.

Na coleta de dados, foi utilizada a entrevista semi-estruturada, que, segundo Triviños (1987), parte de questionamentos básicos apoiados em teorias que dão suporte na condução do raciocínio do investigador, oferecendo “amplo campo de interrogativas, fruto de novas hipóteses que vão surgindo à medida que se recebe a resposta do informante”.

Para o autor, as perguntas são resultados da teoria que direciona a ação do investigador e também das informações que ele colheu sobre o objeto de estudo, não sendo menos importante que seus contatos e entrevistados.

A entrevista semi-estruturada valoriza a presença do investigador e, ainda, oferece perspectivas, para que o informante tenha a liberdade e a espontaneidade necessárias, o que acaba por enriquecer a investigação. Entretanto, com a análise e interpretação dos dados poderão ser necessários novos contatos com outras pessoas, ou com a mesma, para aprofundar ou esclarecer o problema inicial do estudo (TRIVIÑOS, 1987). A entrevista foi utilizada na perspectiva de captar as informações dos profissionais de saúde quanto à inclusão escolar e às ações intersetoriais da equipe com as escolas da área de abrangência da unidade de saúde da família.

Logo, a autora optou pela entrevista para coleta de dados por ser um instrumento que a faria captar com maior profundidade as informações

individualmente, captar também a vivência individual e não a interação com o grupo, levando o profissional entrevistado a refletir e explicitar sentimentos e preocupações a respeito do tema abordado, como também poder mapear as práticas intersetoriais desenvolvidas por cada profissional.

Além da entrevista semi-estruturada, foi utilizado o grupo focal, uma entrevista coletiva, capaz de captar informações durante um debate, quanto às práticas que os profissionais da equipe têm desenvolvido na articulação com a educação na inserção da criança e adolescente com deficiência no ensino regular.

O objetivo da utilização do grupo focal enquanto instrumento, foi complementar as informações obtidas na entrevista individual através da discussão em grupo, a fim de descrever a lógica das práticas dos profissionais dentro da equipe.

Foram escolhidos e avisados previamente os profissionais da equipe de saúde da família que participariam da entrevista: médico, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, odontólogo, auxiliar de consultório dentário e agente comunitário, no máximo. A diferenciação no quantitativo de profissionais se deu pelo fato de a Equipe 01 não possuir em seu quadro o odontólogo e o Auxiliar de Consultório Odontológico (ACD), hoje denominado de Auxiliar em Saúde Bucal (ASB), regulamentado pela Lei nº. 11.889, de 24 de dezembro de 2008, publicada no DOU de 6/12/2008, logo, daqui em diante, será utilizado tal termo ao se referir ao ACD.

A Equipe 01 compunha-se de quatro profissionais, e a Equipe 02, de seis profissionais. Houve também uma alteração no quantitativo da Equipe 02 pelo fato do ACS não poder estar presente nos momentos das entrevistas individuais e do grupo focal.

O grupo foi mediado pelo entrevistador, neste caso a própria autora deste trabalho, e a discussão gravada, a qual foi posteriormente transcrita para análise. Durante a realização do grupo focal, levou-se em consideração o quantitativo de entrevistados, no máximo seis, a fim de evitar dispersão durante a discussão no grupo.

O material coletado em campo, por meio das entrevistas e grupos focais, foi fundamentado e analisado considerando o processo histórico-estrutural da dialética exclusão/inclusão de crianças e adolescentes no âmbito escolar e das práticas intersetoriais do programa de saúde da família.

Os procedimentos utilizados para registrar e identificar as ações intersetoriais que facilitavam e/ou dificultavam a prática inclusiva de crianças e adolescentes com deficiência em idade escolar nas escolas das áreas de abrangência das unidades, das duas equipes do Programa de Saúde da Família do município, foram entrevistas e formação de grupos focais com os profissionais de saúde envolvidos na equipe, representando cada classe funcional inserida no programa.

Os grandes temas abordados foram: Programa de Saúde da Família; intersectorialidade; inclusão escolar e deficiência.

O roteiro da entrevista, anexo a este texto, constou de nove perguntas sobre os seguintes temas: **1. Identificação** – nome, ocupação e tempo de serviço; **2. Informações/conhecimento sobre a atuação da equipe** – participação no treinamento introdutório, conhecimento do conceito de intersectorialidade, **3. Estratégias/Práticas de articulação** – conhecimento das escolas localizadas na área de abrangência da unidade, conhecimento de inclusão escolar, levantamento de crianças e adolescentes com deficiência, limitações a elas impostas, desenvolvimento de ações intersetoriais, maneiras de articulação saúde *versus* educação no processo de inclusão e relatos de situações de articulação da equipe com a educação. Desses temas, foram extraídas duas categorias: **I. Inter-relação do conhecimento da equipe sobre PSF e intersectorialidade** e **II. Práticas intersectoriais para o processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência.**

6.2 Local do estudo

O município foi criado pela Lei Estadual Nº. 508 de 12/12/1952, modificada pela Lei Nº. 628 de 30/12/1953, que estabelece os limites territoriais do município. Está inserido no Plano Diretor de Regionalização (PDR) Estadual do ano de 2006, na Macrorregião Sul, que possui uma população total de 1.906.401 habitantes. Porém, segundo o Plano Diretor de Regionalização de 2007, está inserida na Macrorregião Sudoeste por localizar-se estrategicamente e possuir rede assistencial que comporta os municípios da região; é sede de microrregião, composta por onze municípios, totalizando uma população de 219.473 habitantes.

Desde 2000, o Programa de Saúde da Família vem se consolidando como a forma mais eficaz e eficiente de reorganização dos serviços de saúde no município, que atualmente conta com uma rede de Atenção Básica composta por 03 Postos de Saúde Tradicionais e 09 Unidades de Saúde da Família, onde estão implantadas 09 Equipes de Saúde da Família, 08 Equipes de Saúde Bucal, o que corresponde a, aproximadamente, 53% de cobertura populacional, pelo Programa de Saúde da Família.

6.2.1 Caracterização das áreas cobertas pelos PSFs

As áreas de cobertura das unidades de saúde da família são constituídas por uma média de 3.200 pessoas cada, as quais, a partir do cadastramento realizado pelo ACS, passam a ser de responsabilidade da equipe. A equipe também é incumbida de articular-se com os diversos segmentos sociais incorporados à área de abrangência, a qual é delimitada a partir de estabelecimento de limites territoriais, com base em critérios básicos como limite mínimo e máximo de pessoas (4.500 hab.), acesso da população à unidade de saúde da família, considerando os aspectos geográfico, funcional, cultural e econômico, densidade populacional e quantidade de *microáreas ¹ (4-6) contíguas.

A área adscrita da unidade da Equipe 01 compõe-se de 1.760 pessoas, o que equivale a 544 famílias, todas cadastradas e acompanhadas pela equipe (SIAB, 2008). Já a área da Equipe 02 apresenta aproximadamente 4.700 pessoas, o que equivale a 650 famílias, todas cadastradas e acompanhadas pela equipe (SIAB, 2008).

6.3 Sujeitos da pesquisa

Participaram da pesquisa os membros de duas (02) equipes de Saúde da Família, lotados nas respectivas unidades da zona urbana, compostos por médicos (02), odontólogo (01), enfermeiras (02), auxiliares/técnicos de enfermagem (02),

¹ * Espaço geográfico delimitado, onde residem de 400 a 750 habitantes e corresponde à área de atuação do agente comunitário de saúde. A delimitação das microáreas deve ser norteada pela análise da situação de saúde da população, sendo cada microárea um espaço mais ou menos homogêneo quanto às condições de vida e saúde.

auxiliar em saúde bucal (01) e agente comunitários de saúde – ACS (01), totalizando 09 profissionais.

O Agente Comunitário de Saúde (ACS) é uma pessoa da própria comunidade, que recebe qualificação específica e passa a fazer parte da equipe de saúde local; atende aos moradores em cada casa, dando atenção a todas as questões relacionadas à saúde: identifica problemas, orienta, encaminha e acompanha a realização dos procedimentos necessários à proteção, promoção e recuperação/reabilitação da saúde das pessoas daquela comunidade.

Exige-se do ACS a residência na comunidade, há pelo menos dois anos, que tenha 18 anos ou mais, saiba ler e escrever e que tenha disponibilidade de tempo integral para o PSF (Brasil, 2001). A sua função permite estabelecer incremento de novas práticas na comunidade em que vive proporcionando um agente capaz de inter-relacionar a saúde, representada pela equipe na qual está inserido, a comunidade local, e as escolas das áreas de abrangência, no que se refere à inclusão de crianças e adolescentes com deficiência em idade escolar que se encontram fora da escola.

Os demais membros da equipe não são necessariamente do mesmo município, porém devem dispor de 40h semanais exigidas pelo Programa, segundo a Portaria Ministerial nº. 648 de 28 de março de 2006, cabendo-lhes como atribuições comuns:

1. realizar a escuta qualificada das necessidades dos usuários em todas as ações, proporcionando atendimento humanizado e viabilizando o estabelecimento do vínculo;
2. responsabilizar-se pela população adscrita, mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros serviços do sistema de saúde;
3. identificar parceiros e recursos na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais com a equipe, sob coordenação da SMS; entre outras atribuições.

Esta última expressa a ponte que se tentará utilizar no diálogo da saúde com a educação inclusiva.

O ACS entrevistado estava há aproximadamente cinco anos de serviço na equipe. É importante salientar que, a cada quatro anos, trocam-se alguns profissionais, como médico, enfermeiro, odontólogo e/ou auxiliares de consultório odontológico, em virtude de não possuírem vínculo com o município, sendo contratados novos profissionais, o que de, certa maneira, dificulta o trabalho dos membros remanescentes. Um fato interessante notado durante a entrevista é que a ACS da equipe 01 estava cursando o sexto semestre do curso de pedagogia.

O médico da Equipe 01 atua há três anos como médico do PSF, já a médica de Equipe 02 iniciou o trabalho conjuntamente com a implantação do PSF no município, uma vez que a unidade em que trabalha foi uma das primeiras a serem implantadas. Um dado importante é que a médica da Equipe 02 tem ligação com movimentos comunitários, faz parte da pastoral da criança, fato este que a faz demonstrar certa sensibilidade ao dialogar sobre o cuidado a crianças e adolescentes com deficiência durante as entrevistas.

A enfermeira da Equipe 02 também se encontra no serviço desde o ano de sua implantação no município, já a da Equipe 01 está há aproximadamente dois anos.

Na Equipe 01, a entrevistada foi uma auxiliar de enfermagem, com experiência na função há 23 anos, porém, no PSF, trabalhava há três anos, quando da implantação da equipe que faz parte. Na Equipe 02, a técnica de enfermagem estava há aproximadamente três anos no PSF.

O odontólogo da Equipe 02 estava há oito meses no PSF, a auxiliar de consultório dentário (ACD) também há oito meses na equipe.

7 E ... INICIANDO O DESENVOLVER DAS “TRAMAS”

Neste capítulo, será apresentado o trabalho de campo realizado e a discussão sobre os depoimentos dos sujeitos envolvidos nas ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família. Inicialmente será descrito, detalhadamente, todo o percurso feito para a coleta do material empírico e, posteriormente, será feita a análise dos depoimentos, realizada após categorização dos temas postos em discussão.

7.1 Do trabalho de campo

Antes de dar início ao trabalho de campo, obteve-se o consentimento da Secretaria Municipal de Saúde e dos profissionais das unidades e se encaminhou o projeto de pesquisa ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Estadual do Sudoeste da Bahia (UESB), ao qual foi concedido parecer favorável.

As entrevistas foram realizadas nas salas de reuniões das duas unidades de saúde da família, aqui denominadas Equipe 01 e Equipe 02. A Equipe 01 não possuía o odontólogo e, conseqüentemente, o auxiliar em saúde bucal (ASB)., apesar de já existir na unidade um consultório odontológico equipado. Foram entrevistados, na Equipe 01, médico, enfermeira, auxiliar de enfermagem e agente comunitário de saúde. Cada membro, avisado previamente, se dirigia à sala para entrevista individual com o pesquisador. Depois de realizadas as entrevistas individuais, pôde-se realizar o grupo focal no mesmo dia, por ser um período de pouco movimento na unidade e por esta equipe ter uma quantidade de pessoas cadastradas e acompanhadas menor que a Equipe 02. O ACS desta equipe também não participou da pesquisa, conforme foi mencionado no item 6.1.

Quanto à Equipe 02, foram entrevistados médica, enfermeira, odontólogo, auxiliar em saúde bucal, técnica de enfermagem e agente comunitário de saúde. Seguiu-se o mesmo procedimento da Equipe 01, com um diferencial quanto ao dia de realização do grupo focal, uma vez a equipe estar em dia de atendimento a gestantes e possuir população maior que a da Equipe 01, por isso foi agendado um dia subsequente para realização da entrevista com o grupo.

CATEGORIA I: Inter-relação do conhecimento de intersetorialidade e a capacitação da equipe quanto ao PSF e a inclusão escolar

Assim como se relatou na discussão teórica, a composição da equipe do Programa de Saúde da Família é fundamental para a implantação do programa no município e a sua formação é estabelecida pelo Ministério da Saúde. Uma equipe mínima deve ser composta por 01 médico, 01 enfermeira, 04 a 06 agentes comunitários de saúde e 02 auxiliares/técnicos de enfermagem.

Segundo o dicionário de Michaelis (2007), equipe quer dizer “grupo de pessoas organizado para um serviço determinado”, o que reflete o sentido da Equipe de Saúde da Família, que, apesar de possuir ocupações diferentes, se unem em direção a um único sujeito: o usuário do Sistema Único de Saúde.

Percebe-se a conotação dada ao programa: um projeto construído coletivamente em função do indivíduo coletivo, de acordo com o conceito de saúde pública sugerido por Merhy (1992, apud Santos 2005): “Campo de organização assistencial e tecnológica das ações de saúde que tem suas atividades qualificadas, não como quaisquer atividades, mas sim como as que tomam o processo coletivo da saúde e da doença como seu objeto de trabalho”.

Conforme a ótica deste autor é imprescindível que o profissional que vá fazer parte da equipe seja capacitado com noções mínimas, introdutórias, sobre o PSF a fim de que possa convergir suas formações em prol da coletividade e não no âmbito puramente individual e desagregado dos demais membros da equipe.

Quando foi introduzido o conceito da intersetorialidade, não se quis limitar a atuação da equipe a apenas um dos aspectos que regem o seu trabalho no Programa de Saúde da Família, pois, se assim o fizesse, estaria responsabilizando a aplicação de práticas intersetoriais unicamente aos profissionais da equipe. Pretendeu-se, no entanto, resgatar um dos princípios fundamentais que norteiam o estabelecimento de redes de cuidado de crianças e adolescentes com deficiência.

A saúde e a educação por si só não permitem nem conseguem abarcar a gama de questões complexas que as envolvem, daí a necessidade do diálogo entre as duas no que concerne à individualidade e ao bem-estar do usuário do sistema de saúde e o egresso da escola, ou seja, o ser humano com ou “sem” deficiências físicas ou mentais.

Collares e Moisés (1987, apud Santos 2005), traduzem de maneira simples a razão da forte ligação entre saúde e educação, quando afirmam que “ambas trabalham com o mesmo sujeito – o ser humano – e com o mesmo propósito: propiciar-lhe seu pleno desenvolvimento e bem-estar”. Essa afirmação resume o anseio de articular a saúde com educação, de maneira intersetorial, a fim de potencializar a ação de ambas e, conseqüentemente, melhorar a qualidade de vida dos indivíduos por elas assistidos.

Quando se defende o Programa de Saúde da Família como agente propulsor da articulação da saúde com a educação não no sentido simplesmente da promoção da saúde por meio de medidas de higiene e prevenção de doenças e agravos à saúde, pensa-o como ponte de ligação de práticas que perpassam pela formulação e aplicação de políticas públicas voltadas à garantia de acesso de todos a serviços que promovam a melhoria da qualidade de vida, como o acesso à escola, uma vez que a escolarização permite o desenvolvimento de práticas saudáveis e melhoria na qualidade de vida.

Tal afirmação pode ser observada em alguns indicadores de saúde no que concerne à qualidade de vida *versus* escolarização. Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), a cada ano de estudo da mãe a mortalidade infantil é reduzida em 0,9%. Uma mãe alfabetizada diminui a probabilidade de ocorrência de agravos com seus filhos, como se nota em estudos das notificações do Sistema de Vigilância da Alta Hospitalar de 2002 da Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba, que apontam a importância da alfabetização, pois os nascidos vivos de mães com baixa escolaridade no primeiro ano de vida apresentam risco 1,52% maior para hospitalização quando comparados aos demais nascidos vivos (CURITIBA, 2003).

Os discursos formais tanto das políticas de saúde quanto das de educação convergem para a participação cada vez maior da população na tomada de decisão. No entanto, ao não se articular com a escola no processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência, a saúde torna-se conivente com a exclusão e segregação dessas pessoas, contribuindo para a negação do direito de participarem em questões que os envolvem diretamente.

Quanto a isso, reporta-se a Boaventura Santos (1995), que, ao dizer que “temos o direito de sermos iguais quando a diferença nos inferioriza” e que “temos o direito de sermos diferentes quando a igualdade nos descaracteriza”, nos coloca como agentes responsáveis na conquista coletiva desse direito.

Quando a autora deste trabalho traz à discussão o assunto da inclusão escolar, não pensa em transferir à saúde, principalmente aos membros da equipe de saúde da família, a responsabilidade pelo processo, uma vez ser do conhecimento o papel direto da educação nesta questão; o intuito é fazer perceber o papel articulador que a saúde, especificamente o PSF tem neste processo, tornando-a co-responsável e participante, já que a intersetorialidade é um dos pilares defendidos e ensinados aos membros da equipe ao iniciar-se no programa.

Assim, tomando por base a importância do Programa de Saúde da Família como modelo de reorganização da atenção à saúde e o discurso de intersetorialidade apregoado pelo PSF, percebe-se a ausência de capacitação dos profissionais da equipe nos princípios do programa, conforme se constata a seguir.

Dos profissionais entrevistados, a saber: 02 enfermeiras, 02 médicos, 02 auxiliares/técnicos de enfermagem, 01 odontólogo, 02 agentes comunitários de saúde e 01 auxiliar em saúde bucal, apenas enfermeiras e médicos fizeram o treinamento introdutório do programa, ou seja, dos 10 profissionais, 04 (40%) foram capacitados quanto à dinâmica e lógica da atuação na equipe de saúde da família. Vale salientar que, no município, o treinamento foi oferecido por uma diretoria de saúde representante do estado, aos profissionais de nível superior.

Durante a entrevista com a Equipe 02, os profissionais que passaram pelo treinamento introdutório do PSF, médica e enfermeira, tiveram maior facilidade em responder sobre o que entendiam por intersetorialidade, como se observa abaixo:

Intersetorialidade é trabalhar em conjunto com outros setores, porque a saúde sozinha... tem muitos problemas que a gente não consegue resolver. É integrar (enfermeira).

Intersetorialidade é você entrar em contato com outros serviços para manter esse contato direto e tentar manter esse serviço. No início trabalhamos com outros setores... hoje praticamente não temos essa ligação (médica).

Neste momento, a médica, além de responder o que seria intersetorialidade, remete-se ao início de sua prática no programa e lamenta o fato de atualmente não ver as ações sendo desenvolvidas em parceria com demais setores que não a saúde.

Rapaz, eu não sei (rs), eu não conhecia (odontólogo).

Intersetorialidade tem a ver com interesse? Não sei, não (técnica de enfermagem).

Nas falas acima, o odontólogo e a técnica de enfermagem disseram ter ouvido falar sobre a intersectorialidade e sua prática no programa a partir da discussão com o entrevistador, pois não haviam passado pelo treinamento introdutório do PSF, o que explica a dificuldade encontrada por eles em conceituar intersectorialidade.

Quando mediados pelo entrevistador no grupo focal, concluíram, através de um conceito construído coletivamente, que intersectorialidade seria:

... entrar em contato com outros serviços para manter esse contato direto e tentar manter esse serviço. No início (se reportando ao PSF) trabalhamos com outros setores, como o Serviço Autônomo de Água e Esgoto (SAAE) e Centro de Apoio Psicossocial (CAPS). Hoje, praticamente não temos mais esta ligação.

Essa fala demonstra a evolução da equipe quanto ao entendimento de intersectorialidade e a “angústia” de ver que as práticas tinham sido minadas com o tempo. Nota-se, porém, que não mencionaram a educação nem as escolas da área de adscrita à unidade.

Nas entrevistas com a Equipe 01, quanto ao conceito de intersectorialidade, houve variação em relação ao entendimento, como se pode ser constatar a seguir:

Seria juntar vários órgãos, a saúde com a ação social, com a educação, todo mundo junto para tentar montar um projeto (enfermeira).

É... vamos dizer assim, tomar conhecimento da maneira de agir em determinados locais e condições de convivência (médico).

Vários setores incluindo até inclusão escolar. Como ACS sou limitada, preciso encaminhar para outros setores. Ninguém faz nada sozinho (ACS).

Diferença de um setor para outro (auxiliar de enfermagem).

Houve grifos da autora da pesquisa na fala da ACS por perceber, assim como nas falas dos membros da Equipe 02 no grupo focal, a angústia por ver falta

de continuidade da assistência na sua atuação, fruto da desarticulação com outros setores, como pode ser notado no consenso do grupo quanto à intersectorialidade:

São vários grupos, mas, na realidade, se tornam um só, é um trabalho em equipe que vai unir para trabalhar para chegar a um ponto comum. Intersectorialidade sugere articulação com um setor e outro setor. Quando se fala: ah eu trabalho na saúde e que trabalho na educação, fica subentendido que é separado, mas, na realidade, o trabalho não é separado, tanto a educação como a saúde é a mesma coisa. Tanto que as capacitações que são feitas são em grupos separados: educação fica aqui e saúde aqui. Não há relação, o professor não sabe a quem recorrer, eu também (ACS), estou na minha área, mas, se eu soubesse a quem recorrer, facilitaria meu trabalho.

Na transcrição, onde a autora destaca com o grifo, observa-se, nos próprios sujeitos da pesquisa, o desejo de serem co-participantes de projetos da educação e que a educação esteja também relacionada à saúde, corroborando com o que dizem vários autores estudiosos na área de intersectorialidade, como Teixeira ; Paim (2002, apud Santos 2005, p.68), quando afirmam que “políticas saudáveis só são possíveis através de ações intersectoriais, de forma que um setor somente desenhará suas estratégias, ações e objetivos conforme as repercussões sobre as estratégias, ações e objetivos de outro setor”.

Isso reflete, por exemplo, o grifo da autora na fala acima, uma vez que, por exemplo, a educação, representada pela escola da área de abrangência da equipe, deveria organizar suas práticas de acordo com os efeitos que alcança sobre a saúde, representada pela equipe de saúde da família, e vice-versa.

Quanto ao conhecimento de inclusão escolar, introduziu-se este tema na discussão no intuito de detectar a percepção que os sujeitos têm a respeito do tema, porém, antes de perguntar diretamente sobre inclusão, questionou os profissionais quanto à localização das escolas da área de abrangência da Unidade de Saúde da Família (USF) e se conheciam crianças e/ou adolescentes em idade escolar com deficiência e quais os impedimentos que isso trazia para eles. O intuito aqui foi levá-los a refletir, a partir da ótica do PSF de territorialização e priorização de problemas, sobre o espaço do qual fazem parte e a comunidade pela qual eram responsáveis, para então introduzir questionamentos sobre inclusão.

O que se obteve com a Equipe 01 foi que, dos 04 profissionais entrevistados, 03 tinham conhecimento das escolas da área de abrangência da

unidade, inclusive por serem muitas vezes utilizadas para reuniões com a comunidade e alunado quanto às questões referentes à educação em saúde. Apenas o médico não tinha conhecimento e contato com as escolas.

Dos 04 profissionais, todos tinham conhecimento e contato com crianças e adolescentes com deficiência, ora física ora mental, e, quando perguntados sobre a dificuldade que percebiam em virtude da deficiência, entre eles, 03 mencionaram a escola, a dificuldade de acesso e de aprendizagem, o que demonstrou sensibilidade dos profissionais em detectar as condições que afetavam diretamente a qualidade de vida daquelas crianças e adolescentes, refletindo também o modo de enxergar a saúde além da doença.

Quanto à equipe 02, todos os profissionais tinham conhecimento da escola da área de abrangência, porém o odontólogo e a ASB não tinham vivência em atividades neste espaço por serem novos na equipe e ainda estarem iniciando as ações educativas fora da unidade. Destes, 02 se referiram à falta de acesso à escola como dificuldade imposta pela deficiência, e 01, à falta de socialização. A médica afirmou que não havia problema pelo fato de crianças e adolescentes que ela conhecia já estarem sendo assistidos pela APAE da cidade.

Nota-se que tanto a Equipe 01 quanto a Equipe 02 percebem a necessidade de “incluir” crianças e adolescentes com deficiência na escola, ainda que não tenha sido introduzido o termo na discussão naquele momento.

No entanto, ao serem indagados sobre inclusão escolar, alguns defenderam a inclusão de crianças e adolescentes com deficiência no ensino regular e outros a segregação em escolas especiais:

Acho que deve ser o acesso à educação por parte de todas as crianças. Que todas tenham acesso à educação (enfermeira – Equipe 02).

É justamente atrair as pessoas que não estão incluídas no projeto para estarem dentro do propósito da escola. Incentivar essas crianças (Auxiliar em Saúde Bucal – Equipe 02).

É abranger todas as pessoas para que tenham direito à educação, como no caso de algumas crianças com algumas deficiências (médica – Equipe 02)

É sabido que conceitos de segregação, integração e inclusão escolar não fazem parte do currículo de formação dos profissionais de saúde nem das

capacitações oferecidas como suporte às Equipes de Saúde da Família para implementação do programa, porém, nas falas dos profissionais, pôde ser notado conhecimento de conceitos defendidos por estudiosos na área, como Mantoan (2006, p.18), que, ao dizer que “integração refere-se mais especificamente à inserção de alunos com deficiência nas escolas comuns, mas seu emprego dá-se também para designar alunos agrupados em escolas especiais para pessoas com deficiência, ou mesmo em classes especiais, grupos de lazer ou residências para deficientes”. É o que se percebe nas falas abaixo:

É incluir as pessoas que têm deficiência junto com aqueles “normais”, mas desde quando os “normais” não aceitam este “tipo de pessoa”, deixam de ser normais (ACS – Equipe 01).

É aquele que já está adaptado à convivência juntos (auxiliar de enfermagem – Equipe 01).

Portanto, a questão da inclusão escolar pode ser assunto também que norteie as práticas da equipe, uma vez que ela própria não vê nisto sobrecarga de trabalho, mais uma função para a equipe, e sim uma possibilidade de maior integração com outros setores no cuidado às crianças e adolescentes com deficiência de sua área de abrangência.

CATEGORIA II: Práticas intersetoriais que facilitam e/ou dificultam o processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência.

Tomando por base as atividades desenvolvidas pela equipe do Programa de Saúde da Família, pelo conhecimento que os membros têm sobre a intersectorialidade, percebe-se o desenvolvimento de práticas intersectoriais incipientes, muitas vezes tímidas, que carecem de criticidade, parceria e continuidade.

Ao serem indagados sobre intersectorialidade, alguns não responderam coerentemente à pergunta, porém, na descrição das atividades, demonstraram conhecimento e desenvolvimento de práticas intersectoriais. Puderam-se extrair algumas falas que refletem as representações destes profissionais quanto às ações intersectoriais que desenvolvem frente a crianças e adolescentes com deficiência que não freqüentam a escola:

Procuraria a enfermeira supervisora da equipe pra ver se esta a indicaria para procurar um pedagogo, um psicólogo. (ACS – Equipe 01)

Converso com a mãe e comunico à enfermeira pra ver o que ela pode fazer. (Técnica de enfermagem – Equipe 02)

Tem a APAE que é o primeiro passo, e uma escolinha particular especial, pelo fato deles não se adaptarem com outras crianças. (Auxiliar de enfermagem – Equipe 01)

A primeira e a segunda afirmações remetem à idéia de fragmentação, de ação isolada de outros setores, contrária ao apregoado pela intersectorialidade, porém demonstram a tentativa de articulação.

A terceira corrobora com o entendimento da educação especial separada da educação regular, tendo como “pano de fundo” a concepção médica do conceito de deficiência.

Sasaki (2002, p. 29) explica o modelo médico da deficiência nos seguintes termos: “a pessoa deficiente é que precisa ser curada, tratada, reabilitada, habilitada etc., a fim de ser adequada à sociedade como ela é, sem maiores modificações”.

Westmacott (1996, apud Sasaki 2002, p. 30) ratifica a afirmação do autor acima ao dizer que:

o modelo médico da deficiência “tenta melhorar” as pessoas com deficiência para adequá-las aos padrões da sociedade. [...] É claro que algumas vezes pessoas portadoras de deficiência necessitam, de fato, apoio físico ou médico, porém é importante que isto atenda às necessidades e lhes dê maior controle sobre sua vida. Isso deve ser feito “com elas e não pra elas”.

A Cooperativa de Vida Independente de Estocolmo (STIL, apud Sasaki, 2002, p. 28) afirma que “uma das razões pelas quais as pessoas deficientes estão expostas à discriminação é que os diferentes são freqüentemente declarados doentes”.

Práticas intersetoriais de saúde com educação no processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes deficientes devem perpassar primeiro pela quebra do paradigma deficiência/incapacidade, para então poder caminhar além do discurso e conceber, na vivência da equipe, a operacionalização dos princípios estruturantes da atenção primária à saúde, como a intersectorialidade.

Uma vez que perceberam a necessidade de articulação com outros setores, lhes foi questionado a respeito da maneira como poderiam se articular com a educação no processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência. O que se obteve das equipes foi:

Se eu tivesse acesso, estaria até trabalhando junto com eles. Já trabalhei com a educação num grupo de idosos. Foi muito bom (ACS – Equipe 01).

Além de se unir à escola, chamar os pais, inclusive alunos, pois a educação vem de casa também (enfermeira – Equipe 01).

Incentivar a mãe, ajudar a compreender o quanto a escola é importante, pois hoje, com estudo, a gente não tem nada, quanto mais sem. A escola também teria que estar atenta, poderíamos procurar a diretora da escola e contar sobre os problemas que acontecem na área (técnica de enfermagem – Equipe 02).

Os pacientes que eu tenho não conseguiriam acompanhar uma sala normal de crianças sem deficiência, acho que deveria ser salas especiais pra eles, pois a dependência é muito grande, são crianças que não tiveram nenhum estímulo quando pequenos e [como] já são grandes, a dificuldade já está instalada, não falam. Poderia me articular com escolas especiais como a APAE... (enfermeira – Equipe 02)

la buscar recursos com a comunidade, pais, para poder achar uma solução pra não deixar que essas crianças fiquem de fora. Se eu pudesse até eu ia de casa em casa dar palestras, falar com os pais,

pois eu não queria que essas crianças ficassem de fora. (ASB – Equipe 02)

Os profissionais das equipes entrevistadas demonstraram que, ao se depararem com situações que fogem do setor saúde, buscam articular-se com outros setores. Vê-se, porém, que, na própria equipe, há também necessidade de criar meios de comunicação, há sobreposição de ações, uma vez que todos, em alguns momentos, buscam separadamente resolver as mesmas questões, neste caso: facilitar o acesso das crianças à escola.

Diante disto, pode-se citar o Manifesto Final de um conjunto de entidades que compuseram o Fórum da Reforma Brasileira, organizado pela Associação Brasileira de Saúde Coletiva (ABRASCO), que define claramente o modo de se alcançar qualidade de vida:

É sabido que melhores níveis de saúde não serão alcançados se as transformações não ultrapassarem o setor Saúde, envolvendo outras áreas igualmente comprometidas com as necessidades sociais e com os direitos de cidadania (Previdência Social, Assistência Social, Educação, Segurança Alimentar, Habitação, Urbanização, Saneamento e Meio Ambiente, Segurança Pública, Emprego e Renda) (ABRASCO, 2006, p.3).

Logo, é preciso rever as práticas, refletir sobre os conceitos e reestruturar a dinâmica de atuação da equipe através de um planejamento de ações compartilhado, discutido e avaliado com a escola e a própria comunidade envolvida na área adstrita da unidade. Com isso se permitirá o desenvolvimento da intersetorialidade saúde/educação e conseqüentemente da autonomia do sujeito alvo deste trabalho.

8 E .. PRA NÃO FINALIZAR... ALGUMAS CONSIDERAÇÕES

A educação por si só não deve ser a responsável pelo processo de inclusão escolar de crianças, adolescentes e jovens com deficiência, é necessário integração com outros setores; e no que diz respeito à saúde, a estratégia de saúde da família se torna agente aliada neste processo, uma vez que tem conhecimento e acesso às famílias adscritas à sua área de cobertura, o que possibilita o contato família-escola.

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

Inter-relacionar saúde e educação permite, portanto, não apenas uma aproximação dos profissionais de saúde e educação, mas uma contribuição dialógica para o aperfeiçoamento das políticas públicas que sirvam às populações menos assistidas e, gradativamente, corroborar para diminuir as distâncias entre sucesso e fracasso escolar presentes na vida de crianças e adolescentes com deficiência.

A educação sozinha não poderá abarcar esta tão desejada inclusão, é necessário articulação com outros setores, e o Programa de Saúde da Família mostra-se eficaz nos seus conceitos para aplicabilidade da inclusão, porém é necessário mudança de mente, de concepção, a fim de que se possa sair das práticas fragmentadas, tanto dos profissionais de saúde quanto os da educação, e encontrar o fio para se tecer a rede e desvelar as tramas da inclusão.

De acordo Goffredo (1999, p.31), “a nova proposta da educação inclusiva recomenda que todos os indivíduos portadores de necessidades educativas especiais sejam matriculados em turma regular, o que se baseia no princípio de educação para todos”. E, ainda, “que a escola deve ser aberta, pluralista, democrática e de qualidade. Portanto, deve manter as suas portas abertas às pessoas com necessidades educacionais especiais”.

Mas como lhes garantir esse direito se, muitas vezes, apesar de se encontrarem até próximos às escolas, crianças e adolescentes encontram barreiras que vão além de concretos arquitetônicos? Perpassam por políticas públicas fragmentadas que muitas vezes corroboram para coibirem com esse direito. É o que

pode ser notado nas falas dos profissionais de saúde ao detectarem a necessidade de essas crianças estarem na escola e ao mesmo tempo sentirem-se “desatadas” do cordão que as conduz à sala de aula.

Logo, ao ir para campo, pôde-se perceber que as ações desenvolvidas pela equipe de saúde da família, quanto à parceria com a educação no intuito de garantir o ingresso de crianças e adolescentes com deficiência no ensino regular, são incipientes, não articuladas entre os membros e a escola. Tais práticas são permeadas pelo modelo médico da deficiência, difundido muitas vezes na própria formação profissional, ora por desconhecimento, ora por inexistência de mecanismos de articulação com as escolas das áreas de abrangência.

No entanto, ao ser evidenciada a proposta de parceria com a escola no processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência, houve boa aceitação da equipe. Manifestaram o desejo de ver suas práticas surtindo efeito, melhorando a qualidade de vida de crianças e adolescentes, e de ver as ações intersetoriais que desenvolviam no início ter continuidade, aprimoradas, e de viver de fato o PSF na sua totalidade.

Puderam ser identificados aspectos positivos e negativos, apesar do interesse da equipe, quanto à intersetorialidade saúde x educação no processo de inclusão de crianças e adolescentes com deficiência. Dos aspectos positivos pode-se citar: desejo da equipe em fazer parte do processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência; conhecimento dos profissionais quanto a necessidade de articulação com outros setores; entendimento do conceito ampliado de saúde por parte dos profissionais, incluindo a educação na qualidade de vida. Por outro lado, identificaram-se alguns aspectos negativos como: compreensão insuficiente quanto ao processo de trabalho intersetorial; falta de articulação entre as ações da equipe e as escolas da área de abrangência: ausência de comunicação equipe x escola – segregação; prevalência do modelo médico da deficiência no discurso e prática dos profissionais; concepção equivocada, por parte de alguns, sobre educação; rotatividade de alguns profissionais dificultando a continuidade das ações e ausência de uma política de planejamento coletivo: equipe – comunidade – escolas.

Em uma de suas falas, a ACS reporta-se a uma situação vivenciada em sua prática, quando se sentiu impotente diante da fala de uma professora à mãe a respeito de seu filho: “não deveria estar na escola porque não aprendia”. Esse fato

levou a autora a retornar a uma situação vivenciada por ela, em outro momento e em outro lugar, mas com o mesmo teor. Como desconstruir o conceito posto naquela mãe? Como mudar a concepção de deficiência que aquela professora tinha? E, como levar aquela criança à escola? Como a escola a receberia?

Pôr em pauta a inclusão escolar nas discussões e planejamento das ações da equipe de saúde da família levaria a uma maior compreensão do conceito de saúde, à ampliação das ações intersetoriais e, principalmente, à melhoria da qualidade de vida de crianças e adolescentes com deficiência sem escolarização ou com interrupção.

E, para finalizar, a fala da ACS da Equipe 01 resume o que com palavras a autora pode ter deixado passar no afã de reproduzir ao leitor o fruto de seu trabalho, que virou paixão e se transformou num sonho de incluir crianças e adolescentes com deficiência na escola por meio de uma revolução na saúde e um novo olhar da educação:

Qual o esclarecimento que eu, ACS, tenho em saber como agir com pacientes com deficiência? Eu estava me questionando o que fazer com aquela criança que a professora falou pra mãe que não aprende.

Os profissionais da saúde, especificamente os membros do Programa de Saúde da Família devem assumir também a proposta de inclusão juntamente com a educação, por meio de um planejamento compartilhado, onde tanto a equipe de saúde da família quanto a escola apresentem proposições que direcionem a criança e o adolescente ao ensino regular, por meio de práticas articuladas que se complementem e não se sobreponham. E uma vez incluídas as crianças e adolescentes, garantir-lhes a permanência na escola. Os profissionais do PSF devem estar atuando também na escola com práticas além da de educação em saúde, mas também da saúde para promover a educação, com vistas à escolarização.

9 REFERÊNCIAS

ABRASCO, CEBES, ABRES, Rede UNIDA, AMPASA. **Fórum da Reforma Sanitária Brasileira: o SUS pra valer**. Rio de Janeiro, 2006. Disponível em: <http://www.abrasco.org.br/publicacoes/arquivos/20060712143044.pdf>. Acesso em: 10/06/2008.

ALMEIDA, Dulce Barros de. **Do especial ao inclusivo?**: um estudo da proposta de inclusão escolar da rede Estadual de Goiás, município de Goiânia. Tese (Doutorado). Campinas: SP: Universidade Estadual de Campinas / Faculdade de Educação, 2003.

AQUINO, R. [et al]. **Manual para treinamento introdutório das equipes de saúde da família**. Salvador: Pólo de Capacitação, Formação e Educação Permanente de Pessoal para a Saúde da Família, 2001. 183p. (Série Cadernos Técnicos, vol.2).

ARMSTRONG, F. & BARTON, L. (2003). **Besoins éducatifs particuliers et inclusive education**. In Brigitte Belmont et Aliette Vérillon Diversité et handicap à l'école. Quelles pratiques éducatives pour tous? Paris: Institut national de recherche pédagogique (INRP).

BARROS, A. S. **A prática pedagógica em uma enfermaria pediátrica: contribuições da classe hospitalar à inclusão desse alunado**. Revista Brasileira de Educação, n. 12, p. 84-93, 1999.

BERTOLLI FILHO, Cláudio. **História da Saúde Pública no Brasil**. São Paulo: Ática, 1996.

BUENO, José Geraldo Silveira. **A inclusão escolar de alunos deficientes em classes comuns do ensino regular**. Revista TEMAS SOBRE DESENVOLVIMENTO - Vol. 9, número 54, Janeiro/Fevereiro, 2001.

BRANDÃO, C.R. **O que é a educação**. São Paulo: Brasiliense, 1984.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196, de 10 de outubro de 1996, que aprova as Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos**, 1996.

BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. 20ª. ed. Brasília: CONASS, 2007. Vol. 12.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Brasília: Ministério da Saúde, 2001b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **II Mostra Nacional de Produtos de Saúde da Família: trabalhos premiados /**. Brasília, 2006. 212p. (Série C. Projetos, Programas e Relatórios).

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria Executiva. **Programa Saúde da Família**. Brasília : Ministério da Saúde, 2001a.

BRASIL. Senado Federal. SICON: Sistema de Informações do Congresso Nacional. **LEI 1920 de 25/07/1953**. Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/sicon/ListaReferencias.action?codigoBase=2&codigoDocumento=109070>. Acesso em: 17.05.2008.

BRASIL. Senado Federal. Subsecretaria de informações: **LEI 378 de 13 de janeiro de 1937**. Disponível em:
<http://www6.senado.gov.br/legislacao/ListaPublicacoes.action?id=102716>.. Acesso em: 17.05.2008.

BRASIL. Presidência da República Lei n.º 8080 de 19/09/90; **Lei Orgânica da Saúde e Mensagem Presidencial ao Senado Federal com as Razões dos Vetos**. *Saúde em Debate*, (30):15-20,1990.

BUENO, J. G. S. **Educação especial brasileira: Integração/ segregação do aluno diferente**. São Paulo: FAPESP, 1993.

CHICON, José Francisco. ; SOARES, Jane Alves. **Compreendendo os conceitos de integração e inclusão**. Cadernos de Pesquisa em Educação PPGE UFES, Vitória -ES, v. 2, n. 0, p. 11-36, 2001.

CORDEIRO H. **Sistema Único de Saúde**. Rio de Janeiro: ABRASCO, 1991.

DECLARAÇÃO de salamanca e linha de ação sobre necessidades educativas especiais. Brasília: CORDE, 1994.

DECLARAÇÃO DE ALMA ATA. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Setembro 1978. *In*: BRASIL. Conselho Nacional de Secretários de Saúde. **Legislação Estruturante do SUS**. 20ª. ed. Brasília: CONASS, 2007. Vol. 12.

DONNANGELO MCF. **O desenvolvimento do sistema previdenciário**. São Paulo: Pioneira; 1975.

FERREIRA, Júlio Romero. **A exclusão da diferença**. 2. ed. Piracicaba/São Paulo: UNIMEP, 1994.

FEUERWERKER, L. C. M.; COSTA, H. **Intersectorialidade na Rede Unida**. Divulgação em Saúde para Debate, n.22, p.25-35, 2000.

GAZINELLI, Maria Flávia, et al. Educação em Saúde: conhecimentos, representações sociais e experiências da doença In: **CAD. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.21, n.1, p. 2000-2006, jan - fev, 2005.

GIACOMINI, Marisa Marini e cols. **Alfabetizando com Saúde “Usuários do SUS (Re) Escrevendo a vida”**. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. II Mostra Nacional de Produtos de Saúde da Família: trabalhos premiados/Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

INOJOSA, R.M. Sinergia em políticas e serviços públicos: desenvolvimento social com intersectorialidade. In: **Cadernos FUNDAP**, n. 22, p. 102-110, 2001.

GUSSO, A. M., LUDOVICO, R. **Alfabetizando com saúde: tema de saúde para alfabetização de adultos**. 2.ed. Curitiba: Secretaria Municipal da Saúde; Secretaria Municipal da Educação, 2002.

JANUZZI, Gilberta. **A luta pela educação do deficiente mental no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1995.

JUNQUEIRA, L.A.P.; INOJOSA R.M. Desenvolvimento Social e Intersectorialidade na gestão pública municipal no Brasil. In: **Conferência Nacional de Saúde Online: uma proposta em construção**, 1997. Disponível em: <http://www.datasus.gov.br/cns/inovador/FORTALEZA.htm>.

LUZ M. Notas sobre as políticas de saúde no Brasil de “Transição Democrática”- Anos 80. In: **Saúde em Debate**, v.32, n.3, p.27-3, 1991.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. A inclusão escolar de deficientes mentais: contribuições para o debate. In: **Ser ou estar, eis a questão**: explicando o déficit intelectual. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

MANTOAN, Maria Teresa Eglér. **Inclusão escolar**: o que é? Como fazer?. 2. ed. São Paulo: Moderna, 2006.

MARCHESI, A.; MARTIN E. Da terminologia do distúrbio às necessidades educacionais especiais. In: C. Coll; J. Palácios e A. Marchesi, **Desenvolvimento psicológico e educação**: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, 1995. p.723.

MARQUES, Maria Órnelia da Silveira. Saberes escolares: para além da escola. In: Ramal, Andréa Cecília et al. **Provocações da sala de aula**. São Paulo: Loyola, 1999.

MARTIN, E. ; MARCHESI, A. Desenvolvimento metacognitivo e problemas de aprendizagem. In: COLL et al. **Desenvolvimento, psicologia e educação**: necessidades educativas especiais e aprendizagem escolar. Porto Alegre: Artes Médicas, vol.3, 1995.

MAZZOTTA, M.J.S. A inclusão e integração ou chaves da vida humana. In: CONGRESSO LATINO-AMERICANO DE PSICOPEDAGOGIA, 3 – ENCONTRO BRASILEIRO DE PSICOPEDAGOGOS, 9, jul/2000. São Paulo: Vetor.

MEDEIROS, José Eri; GUIMARÃES, C. F. **Sementes do SUS**. Sapucaia do Sul: IBSaúde, 2007. 269p.

MENDES, E., TEIXEIRA, C. F., ARAÚJO, E.C., CARDOSO, M.R.L..**Distrito sanitário: conceitos chave**. In: MENDES, E. (org.) Distrito sanitário: O processo social de mudança das práticas sanitárias do Sistema Único de Saúde. 3.ed. São Paulo-Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1995.

MERCADANTE, Otávio Azevedo. Evolução das políticas e do sistema de saúde no Brasil.. In: Jacobo Finkelman. (Org.). **Caminhos da Saúde Pública no Brasil**. 20. ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, p. 01-326, 2002.

MINAYO, M.C.S. **Pesquisa social**: teoria, método e criatividade. Petrópolis: Vozes, 1994

MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO. INEP: Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais Anísio Teixeira. **EducaCenso: Sinopse Estatística da Educação Básica**. Brasília, 2008. Disponível em: <http://www.inep.gov.br/basica/censo/escolar/sinopse/sinopse.asp>. Capturado em: 02.03.2009.

MOYSÉS, S. J., MYSÉS, S.T., KREMPEL, M. C. **Avaliando o processo de construção de políticas públicas de promoção de saúde: a experiência de Curitiba**. Revista Ciência e Saúde Coletiva, 9(3):627-641, 2004.

MRECH, L.M. **Educação inclusiva: realidade ou utopia?** São Paulo: USP, 1999.

NOBRE, Letícia Coelho Costa. Trabalho de crianças e adolescentes: os desafios da intersetorial. **Revista Ciência Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.8, n.4, 2003.

PAIM, J. S. **Saúde, política e reforma sanitária**. Salvador: CEPS-ISC, 2002, 446p.

PEREIRA, Olívia et AL. **Educação especial: atuais desafios**. Rio de Janeiro: Interamericana, 1980. Cap. 1, p. 1-13: Princípios de Normalização e de Integração na educação dos excepcionais.

PERRENOUD, Philippe. **A pedagogia na escola das diferenças: fragmentos de uma sociologia do fracasso**. Porto Alegre, RS: Artmed, 2001.

Plaisance, E. (2003). **Évolution historique des notions**. In Brigitte Belmont et Aliette Vérillon Diversité et handicap à l'école. Quelles pratiques éducatives pour tous? Paris: Institut national de recherche pédagogique (INRP).

ROCHA, Dais Gonçalves et al. **Estudo da efetividade das ações de intersetorialidade desenvolvidas pelo SUS-Goiânia**. Projeto apresentado ao Departamento de Análise da Situação em Saúde da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde. Universidade Federal de Goiás. Goiânia, março de 2006.

ROSA, W.A.G., LABATE, R.C. Programa de Saúde da Família: a construção de um novo modelo de assistência In: **Ver. Latino-americana Enfermagem**, v. 13, n.6, nov-dez., p.1027-34. Disponível em: www.eerp.usp.br/rlae. Acesso em: 10.09.2007

ROSS, Paulo. **Fundamentos legais e filosóficos da inclusão na educação especial**. Curitiba: IBPEX, 2004.

SANCHES, Isabel ; TEODORO, António. Da integração à inclusão escolar: cruzando perspectivas e conceitos. In: **Revista Lusófona de Educação**, n. 8, p.63-83, 2006.

SÁNCHEZ, Pilar Arnaiz. A Educação Inclusiva: um meio de construir escolas para todo no século XXI. In: **Inclusão – Revista da Educação Especial**, out., 2005.

SANTOS, Boaventura de Souza. *Entrevista com Prof. Boaventura de Souza Santos*. (On line). Disponível: <http://www.dhi.uem.br/jurandir/jurandir-boaven1.htm>, 1995.

SANTOS, Débora de Souza. **Ações intersetoriais de educação em saúde**: entre teoria e prática. Dissertação (Mestrado). Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Ciências Médicas. Campinas: SP: [s.n.], 2005.

SASSAKI, R. K. Como chamar as pessoas que têm deficiência. In: **Vida independente**: história, movimento, liderança, conceito, filosofia e fundamentos. São Paulo: RNR, 2003, p. 12-16.

_____. **Inclusão** – Construindo uma sociedade para todos. Rio de Janeiro: WVA, 1997.

_____. **Inclusão** - Construindo uma sociedade para todos. 4. ed. Rio de Janeiro: WVA, 2002.

SCHWARTZMAN, J. S. Integração: do que e de quem estamos falando? In: MANTOAN, M. T. E. (org.). **A integração de pessoas com deficiência**. São Paulo: Memnon, 1997.

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE (SES) (MG). **Programa de Saúde da Família**. Belo Horizonte (MG): SES; 1997.

STARFIELD, Bárbara. **Atenção Primária**: equilíbrio entre necessidade de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério de Saúde, 2002.

STIL. **Independent living: a Swedish definition**. In: RATZKA, Adolf. Tools for power. Estocolmo: Independent Living Committee of Disable Peoples' International, 1990. p.30.

TEIXEIRA, C.F. ; PAIM, J.S. Planejamento e programação de ações intersetoriais para a promoção da saúde e da qualidade de vida. In TEIXEIRA, C. F.; PAIM, J. S. ; VILASBÔAS, A. L. (orgs.). **Promoção e vigilância da saúde**, Salvador, Ed. Cooptec/ISC, pp. 59-78, 2002.

TRIVIÑOS, A.N.S. **Introdução à pesquisa em ciências sociais: a pesquisa qualitativa** em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

UNITED NATIONS. **The Declaration on the Rights od Disable Persons**. International Exchange News, Washington, D.C., v.22, n.3, 1978, p.6-7.

VILLA, R.A.& THOUSAND, J.S. (1995). **The Rationales for Creating Inclusive Schools**. In R. A. Villa and J. S. Thousand (Ed.): *Creating an Inclusive School* (pp. 28- 44). Alexandria: ASCD.

VOIDODIC, Maria Antonieta M.A. **Inclusão escolar de crianças com Síndrome de Down**. Petrópolis, RJ: Vozes, 2004.

WANDERLEY, F. **Normalidade e patologia em educação especial: psicologia. ciência e profissão**, 1999. vol 2.

WIMMER, Gert Ferrreira; FIGUEIREDO, Gustavo de Oliveira. **Ação coletiva para qualidade de vida: autonomia, transdisciplinaridade e intersetorialidade**. Disponível em: www.bireme.com.br Acesso em: 10/09/07.

APÊNDICE

Entrevistas Individuais – Equipe de Saúde da Família 01

1. Identificação

1.1 Nome:

1.2 Ocupação:

1.3 Tempo serviço:

2. Você fez o módulo de treinamento introdutório do Programa de Saúde da Família?

3. Você conhece as escolas localizadas na área de abrangência da USF?

4. Existem crianças e adolescentes com deficiência na área de abrangência? Caso haja, quais são e quais os impedimentos destas em função da limitação?

5. Quais as ações intersetoriais que desenvolveria caso existissem crianças e adolescentes com deficiências limitantes de sua inclusão na escola?

6. O que é intersetorialidade pra você?

7. E o que é inclusão escolar?

8. De que maneira você poderia articular-se com a educação no processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência?

9. Você pode se lembrar de situações vivenciadas na prática das ações do programa onde foi necessária articulação com outros setores no cuidado com a criança e adolescente com deficiência? Cite-a (as).

Grupo Focal – Equipe de Saúde da Família 01

1. Identificação

1.1 Nome:

1.2 Equipe:

2. Você fez o módulo de treinamento introdutório do Programa de Saúde da Família?

3. Você conhece as escolas localizadas na área de abrangência da USF?

4. Existem crianças e adolescentes com deficiência na área de abrangência? Caso haja, quais são e quais os impedimentos destas em função da limitação?

5. Quais as ações intersetoriais que desenvolveria caso existissem crianças e adolescentes com deficiências limitantes de sua inclusão na escola?

6. O que é intersetorialidade pra você?

7. E o que é inclusão escolar?

8. De que maneira você poderia articular-se com a educação no processo de inclusão escolar de crianças e adolescentes com deficiência?

9. Você pode se lembrar de situações vivenciadas na prática das ações do programa onde foi necessária articulação com outros setores no cuidado com a criança e adolescente com deficiência? Cite-a (as).