

# Saúde e Educação: políticas públicas dos sistemas português e brasileiro<sup>1</sup>

*Morgana Christmann<sup>2</sup>, Fabiane Adela Tonetto Costas<sup>3</sup>*

## **Resumo:**

Saúde e educação são Direitos Humanos que devem ser garantidos pelos Estados. Este artigo tem como eixo norteador o conceito ampliado de saúde e o reconhecimento da educação como um processo de construção do conhecimento contínuo. A aproximação das duas áreas tem sido observada no Brasil e em Portugal devido ao desenvolvimento de políticas com objetivos e estruturas comuns. A Educação Especial parece suscitar a interface saúde/educação pelas características do atendimento necessário às crianças por ela beneficiadas. O objetivo do presente artigo é estabelecer, por meio das políticas públicas, as relações entre a saúde e a educação em Portugal e no Brasil.

**Palavras-chave:** Saúde. Educação. Educação Especial. Políticas Públicas.

---

1 Este trabalho tem apoio financeiro da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES/DS).

2 Fisioterapeuta, mestra e doutoranda em Educação pelo Programa de Pós-Graduação em Educação, linha de pesquisa Educação Especial, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), e bolsista CAPES/DS.

E-mail: fisiomorganac@gmail.com

3 Pedagoga, mestra em Educação pela UFSM, doutora em Educação pela Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Pós-Doutorado pela Universidade do Minho, em Portugal, docente do Departamento de Fundamentos da Educação, professora do Programa de Pós-Graduação em Educação (PPGE) da UFSM.

E-mail: fabicostas@gmail.com

# Health and Education: the brazilian and portuguese public policies

*Morgana Christmann, Fabiane Adela Tonetto Costas*

**Abstract:**

Health and education are human rights that must be guaranteed by the States. This article is supported by the expanded concept of health and the recognition of education as a building process of continuous knowledge. The approach of the two areas has been observed in Brazil and Portugal due to the development of policies with common objectives and structures. Special Education appears to raise health interface/education, the characteristics of the necessary care to children for her benefit. The objective of this article is to establish relationships between health and education in Portugal and Brazil through public policies.

**Keywords:** Health. Education. Special Education. Public Policies.

## 1 Introdução

Saúde e educação são reconhecidas mundialmente como Direitos Humanos, que devem ser garantidos pelos Estados. Dessa forma, cada país busca se organizar para garantir esse direito por meio de diferentes Políticas Públicas (PPs) (OVIEDO; CZERESNIA, 2015; VEDOVATO; BARRETO, 2015). No entanto, cada cultura tem suas peculiaridades, que acarretam distintos posicionamentos em relação aos seus direitos e à proteção aos seus cidadãos. Devido a esse fato, compete a cada país discutir e direcionar suas políticas de acordo com a realidade local.

Candau *et al.* (1999) afirmam que a percepção dos Direitos Humanos que cada pessoa possui está relacionada ao lugar social ocupado por cada indivíduo na sociedade, bem como às condições oferecidas pelo ambiente e pela sociedade para a sua sobrevivência. Nesse contexto a criação de PPs são instrumentos para a garantia de direitos humanos, e a organização dessas PPs tem em grande parte influência dos movimentos oriundos das diversas organizações sociais, a partir da percepção de cada sociedade. Desse modo, na atual organização socioeconômica e com as constantes transformações sociais e tecnológicas advindas do sistema organizacional que rege as ações, é exigido que, de tempos em tempos, novas estratégias sejam formuladas para garantir o acesso a esses direitos (PEREIRA, 2016).

Vale sinalizar que essas transformações socioeconômicas são regidas pelo fenômeno da globalização e assentadas no modelo neoliberal, que visa o lucro por meio da retração no setor público, da privatização, de cortes nos gastos sociais e de outros mecanismos de controle do Estado e influencia, em ambos os países (Brasil e Portugal), as práticas legislativas adotadas. Essas influências regem a organização do sistema, de modo a suprir a necessidade do capital financeiro (BRAVO, 2010; PEREIRA, 2016).

Nesse contexto, atribuir a responsabilidade à população por sua própria vida, incluindo sua saúde e sua educação, implica reduzir os encargos do Estado aos cuidados para com a população. Assim, as PPs, apesar de terem como objetivo a garantia de direitos e condições de vida digna para a população em geral, fazem parte de um modelo econômico que cada vez mais submete as pessoas ao controle (velado) do Estado, políticas que servem também como recurso de governamentalidade. Essas considerações são importantes para observar as políticas e seus benefícios de forma menos ingênua, em qualquer lugar do mundo, mas, em especial, em países em desenvolvimento, como o Brasil. Todos esses argumentos direcionam este estudo e balizam a reflexão sobre as PPs e a articulação entre saúde e educação.

Tomando por base o já ponderado, serão abordadas, neste artigo, as PPs que articulam a saúde e a educação no Brasil e em Portugal. Esse enfoque se justifica pela evolução das políticas e dos estudos nos dois países, principalmente na área da Educação Especial (EE), entendida como uma das áreas que aproxima a saúde e a educação.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define saúde como um estado de completo bem-estar físico, mental e social (SCLIAR, 2007). Contudo, pesquisadores brasileiros entendem esse conceito como utópico, pois, em um país em desenvolvimento, como o Brasil, com diversas desigualdades sociais, a plenitude de condições é improvável de ser alcançada (ALMEIDA FILHO, 2011; CZERESNIA; MACIEL; OVIEDO, 2013). Outro fator que deve ser lembrado é que o bem-estar é uma condição variável, uma vez que, na sociedade, é possível alcançar bem-estar físico sem atingir o mental (ALMEIDA FILHO, 2011). Ainda, é preciso lembrar que o entendimento sobre bem-estar é interpretado e vivenciado por cada pessoa de forma diferente, a partir de um olhar particular, que pode não corresponder ao que as políticas definem como bem-estar.

Dessa forma, o conceito de saúde aqui utilizado é aquele que reflete as condições socioeconômicas de um país. Essa definição traz, como determinantes e condicionantes da saúde, a alimentação, a habitação, a educação, o lazer, o transporte, o trabalho, a renda, o meio ambiente, o trabalho e o acesso a bens e serviços (ALMEIDA FILHO, 2011; BATISTELLA, 2008).

A educação, por sua vez é compreendida a partir das definições de Paulo Freire (2003, 2016), como um processo humanizante, social, político, ético, histórico e cultural, no qual a sociedade e a educação se transformam mutuamente e, por isso, necessitam se repensar, em um constante processo de aprendizagem. Aprender, para Freire (2016), vai além de compreender conteúdos ministrados na escola: engloba também compreender o mundo em que se vive.

A saúde e a educação são entendidas como direitos fundamentais para o desenvolvimento da criança. Desse modo, entende-se que, para pensar uma educação de qualidade, é indispensável considerar a saúde do educando, principalmente na sociedade moderna, que, de diversas formas, põe em risco a saúde da criança e conseqüentemente sua educação e seu desenvolvimento (CHRISTMANN, 2015). Tendo como suporte as considerações apresentadas, o objetivo deste artigo é estabelecer relações entre a saúde e a educação, em Portugal e no Brasil, por meio das políticas públicas.

## **2 Método**

As ponderações aqui apresentadas foram tecidas com base em reflexões e questionamentos decorrentes de pesquisa bibliográfica. Os materiais utilizados como fonte de pesquisa e que orientaram a reflexão foram cinco bibliografias, a saber: Kauffmann e Hallahan (2004), Hehir e Katzmann (2012), Rodrigues e Nogueira (2011), Correia (2010) e Sarmiento e Veiga (2011). Por tratar-se de um texto reflexivo e analítico, a apreciação dos materiais referidos foi realizada para contemplar o objetivo proposto, expondo a organização, as semelhanças e as diferenças das políticas de saúde e educação do Brasil e de Portugal.

### 3 Interface entre Saúde e Educação: Brasil e Portugal

Considerando o propósito inicial desta reflexão, voltamos a afirmar que diversos são os Direitos Humanos; entretanto, a saúde e a educação de qualidade, em seus conceitos amplos, são os requisitos fundamentais para condições de vida favoráveis para o desenvolvimento da criança. Nesse sentido, é importante observar que ambos os sistemas de saúde e educação, do Brasil e de Portugal, têm estruturas muito parecidas e poderiam se beneficiar de trocas de experiências quanto à efetividade de cada proposta, apesar de serem países em desenvolvimento socioeconômico e realidades históricas sociais díspares.

A saúde mundial está ancorada sobre um pilar biopsicossocial, em que corpo, mente e sociedade buscam uma harmonia. A saúde é entendida a partir de um contexto amplo, que não se restringe à ausência de doença, mas que considera também determinantes que envolvem o contexto da sociedade (ALMEIDA FILHO, 2011). Com base nessa perspectiva, partimos para a discussão a respeito da interface saúde/educação.

O conceito de saúde perpassa as questões de educação. Além disso, uma não pode existir sem a outra, uma vez que saúde se produz com educação e vice-versa. Portanto, proporcionar condições para que esses direitos sejam alcançados em sua utópica plenitude é tarefa compartilhada entre o Estado, a comunidade, a família, a sociedade em geral e a escola.

Diversas são as situações que colocam em risco o desenvolvimento infantil, seja em termos de saúde física, mental e social, seja em termos de saúde educacional, principalmente se tratando de crianças (indivíduos de até 12 anos de idade), mas também de adolescentes (faixa etária dos 12 aos 18 anos de idade). Fatores como saúde, alimentação, lazer, habitação e educação são fundamentais para o desenvolvimento de políticas que garantam qualidade de vida e reflitam na aprendizagem, entendida aqui como um processo contínuo que deve ser assistido de forma mais próxima na infância e adolescência (CHRISTMANN, 2015).

Um dos grandes problemas sociais que acabam intervindo na educação das crianças é a pobreza. Na Europa, pesquisadores têm observado que, apesar dos esforços, por meio de PPs, para prevenir a pobreza infantil e, assim, garantir o pleno desenvolvimento das crianças, esta tem aumentado em números absolutos. Isso reflete significativamente a realidade de uma população (SARMENTO; VEIGA, 2011).

Em relação à fome, uma das principais consequências da pobreza, Sarmento e Veiga (2011) observam que a falta de um regime alimentar adequado, que pode se desenvolver em diferentes graus, e a má nutrição até por volta dos cinco anos de idade acarretam o comprometimento tanto da saúde quanto do desenvolvimento e da aprendizagem.

A pobreza no Brasil é geralmente calculada com base na taxa de renda per capita; entretanto, é fundamental observar que a pobreza vai muito além da renda familiar, incluindo também as condições sociais, como o acesso ao lazer e à cultura. Este é um

conceito que se mostra contraditório, pois, apesar de a pobreza no Brasil ser definida basicamente pela renda per capita, a Lei nº 10.836/04, que criou o Programa Bolsa Família, voltado à transferência de renda às famílias em situação de pobreza, pobreza extrema e fome (BRASIL, 2004), aponta implicitamente que a pobreza ultrapassa os valores transferidos pelo programa.

Segundo a Organização das Nações Unidas (ONU), o Brasil conseguiu erradicar a pobreza no ano de 2014. Contudo, a pobreza infantil é diferente da pobreza em geral e não está relacionada apenas à falta de renda, como abordado anteriormente. Para Sarmiento e Veiga (2011), a pobreza infantil envolve as privações que acarretam déficit de bem-estar em áreas consideradas fundamentais para o desenvolvimento da criança. Isso envolve a saúde, o lazer, a cultura, a educação, a alimentação, a habitação e tantos outros fatores. Esse conceito se aproxima muito dos determinantes de saúde, indicando que a saúde e a educação estão intimamente relacionadas.

Os dados publicados pelo Conselho Nacional de Educação, em 2006, em Portugal, revelam que os principais problemas que comprometem a saúde das crianças são resultado de deficientes condições de vida básicas; entre elas, a poluição do ar interior e exterior, a água insalubre, os alimentos com agrotóxicos, o saneamento básico inadequado, as construções irregulares, os problemas de transporte e mobilidade urbana e, ainda, os ruídos excessivos e a utilização exagerada de produtos químicos (PORTUGAL, 2006).

Essa é uma observação que não se aplica apenas para Portugal, mas para praticamente todos os países do mundo. A comprovação dos prejuízos causados por esses fatores reflete nas altas taxas de doenças respiratórias e cardiovasculares, de câncer e de tantas outras que não colocam em risco apenas as crianças, mas também a população em geral. Esse fato tem mobilizado as instâncias de saúde em diversos países.

A menção à influência dos problemas sociais na aprendizagem das crianças é observada na bibliografia (CARVALHO, 2009). Pode-se considerar que os problemas que envolvem uma criança com deficiência talvez sejam ainda mais prejudiciais na sociedade em que se vive, haja vista o preconceito, a inadequada estrutura urbana, entre outros aspectos. Nesse contexto, a escola é um fator importante na vida da criança e essencial para o seu desenvolvimento biopsicossocial, assim como para sua relação com a família e com seus pares (SARMENTO; VEIGA, 2011). Cita-se o aspecto biopsicossocial, pois estar na escola implica desenvolver-se física, psicológica e socialmente.

O governo, tanto no Brasil, quanto em Portugal, preocupa-se em desenvolver PPs que pensem sobre a saúde da população de crianças e jovens. Dentre essas políticas, estão o Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE), implantado no ano de 2006, em Portugal, e o Programa de Saúde na Escola (PSE), criado em 2007, no Brasil. Ambos os programas têm como objetivos comuns melhorar a saúde das crianças e dos jovens

por meio de estratégias articuladas entre os setores de saúde e educação, que reflitam também na comunidade (BRASIL, 2007; PORTUGAL, 2006).

Os programas têm como base a Agenda de Saúde do Escolar, pela qual as estratégias de intervenção são criadas, de acordo com a necessidade de determinada região ou município (BRASIL, 2007; PORTUGAL, 2006). Essas estratégias são desenvolvidas pelos profissionais dos centros de saúde, em Portugal, e pelas unidades básicas de saúde, no Brasil, e são trabalhadas em parceria com as escolas.

Em Portugal, o PNSE, pautado por seus objetivos, desenvolve uma intervenção global e está organizado pela Agenda da Saúde Escolar, contemplando quatro áreas: a saúde individual e coletiva, a inclusão escolar, o ambiente escolar e os estilos de vida (PORTUGAL, 2006).

No Brasil, as ações de saúde desenvolvidas pelo PSE compreendem a atenção, a promoção, a prevenção e a assistência articuladas com a educação pública básica e em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), quais sejam a universalidade, a equidade, a integralidade e a participação social, pautados pela Lei nº 8080/90 que institui e regulamenta o sistema de saúde (BRASIL, 1990). As ações desenvolvidas têm como base a avaliação clínica, nutricional, oftalmológica e bucal; a prevenção quanto à violência e ao uso de drogas e álcool; a prática de atividade física e de hábitos saudáveis; e a educação permanente em saúde (BRASIL, 2007).

Importa ainda referir que o PSE e o PNSE são estruturados sob o eixo de participação social, sendo estimuladas atitudes de afeto, comunicação e responsabilidade dentro da comunidade escolar, requisitos que contribuem para que a criança reflita sobre sua participação na vida social e sobre seu sentimento de pertença, que também são parte da interface saúde/educação, em seu sentido amplo (saúde mental, educação social). A esse respeito, ambos os países enfocados no presente estudo concordam que a escola é um ambiente propício para desenvolver estratégias de educação em saúde e para promover a saúde no desenvolvimento acadêmico, físico e emocional das crianças, de modo a refletir no cuidado com a saúde destas e da comunidade, buscando conceder certa autonomia e responsabilidade à população (BRASIL, 2007; PORTUGAL, 2006).

## **Saúde/educação e educação especial**

Além dos programas governamentais que atuam na interface saúde/educação, a EE parece ser uma área que aproxima os profissionais da saúde e da educação, principalmente pela exigência de um maior cuidado<sup>4</sup> ao aluno com deficiência e, muitas vezes, pela necessidade de articulação entre a terapia (psicológica, ocupacional, fisioterápica, nutricional) e a escola em favor da aprendizagem.

Nesse sentido, a Educação Inclusiva (EI), que visa atender a todos os alunos, com e sem deficiência, nomeada pela Declaração de Salamanca (ONU, 1994), pode ser

---

4 Cuidado é entendido, sob uma perspectiva ampla que engloba ofertar as pessoas acesso aos sistemas de saúde, à educação, ao lazer, à cultura, à habitação e à alimentação. É uma tarefa da família, da escola, da sociedade e do Estado.

considerada o marco para a mudança de entendimento sobre a educação de pessoas com deficiência e o novo direcionamento da educação para este público. Do ponto de vista educativo, a Declaração defende que todos os alunos devem aprender juntos, independentemente das deficiências, das dificuldades, das diferenças e das necessidades específicas que apresentem.

Entretanto, em relação à EE, existem algumas diferenças entre Brasil e Portugal. A primeira diferença diz respeito à nomenclatura. No Brasil, o público-alvo da EE inclui pessoas com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento ou altas habilidades/superdotação, conceitos que são discutidos amplamente na atualidade (BRASIL, 2008). Em Portugal, a EE é voltada para pessoas com Necessidades Educativas Especiais (NEE), para designar os alunos com deficiências que, com base em critérios pedagógicos, apresentam NEE (RODRIGUES; NOGUEIRA, 2011).

Em Portugal, a EE é considerada uma modalidade especial da educação escolar, sendo apresentada como um recurso de ensino integrado, pelo qual o aluno recebe apoio, no processo educativo, por parte de profissionais especializados, que estão inseridos em equipes de EE. Essas equipes têm autonomia para auxiliar o aluno tanto em sala de aula, no acompanhamento do currículo proposto ou de sua adequação, quanto fora da sala de aula (PORTUGAL, 2014).

Os serviços de EE são entendidos como um conjunto de recursos especializados que devem prestar serviços de apoio (educacional, psicológico, terapêutico, social e clínico). Esses serviços têm por objetivo “responder as necessidades especiais do aluno tendo por base suas características e capacidades a fim de maximizar seu potencial” (CORREIA, 1997, 2010, p. 18), além de deverem ser ofertados sempre que possível na rede regular de ensino, buscando prevenir, reduzir ou suspender a problemática do aluno, seja no nível educacional que este necessitar.

A EE em Portugal é organizada em agrupamentos de escolas de referência, que servem como apoio especializado. Essas escolas estão organizadas dentro da rede de estabelecimentos públicos de educação pré-escolar e ensino básico e secundário. As escolas de EE atuam para dar respostas educativas que se adéquem ao processo de ensino aprendizagem dos alunos público-alvo (PORTUGAL, 2014).

Um recurso interessante utilizado, em Portugal, pelo sistema de educação em articulação com a saúde é o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI). O SNIPI atua com uma equipe de profissionais da saúde alocados nos centros de saúde. O sistema tem a responsabilidade de identificar fatores de risco biopsicossociais em crianças de 0 a 6 anos de idade e em suas famílias, principalmente em relação a problemas de atraso no desenvolvimento infantil. Essas equipes desenvolvem planos individuais de intervenção precoce, nos quais os profissionais de educação, saúde e ação social trabalham em conjunto para minimizar os riscos ao desenvolvimento (PORTUGAL, 2014).



No entanto, ao contrário do que dizem as políticas quanto à EE ser paralela ao ensino regular, Correia (2010) defende que o termo especial se refere a um conjunto de recursos interdisciplinares que as famílias e as escolas dispõem para atender às necessidades de um aluno com NEE, orientando o ensino para as suas capacidades individuais.

No Brasil, a EE é uma modalidade de ensino complementar ou suplementar à escola regular. Sua atuação ocorre por meio do Atendimento Educacional Especializado (AEE), programa para o atendimento às crianças com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação. Esse atendimento ocorre na sala de recursos multifuncionais e é realizado por profissionais da EE (BRASIL, 2011).

Os alunos público-alvo da EE em idade escolar devem estar matriculados na rede regular de ensino, frequentar a escola e, no turno contrário, ser atendidos pelo professor de educação especial ou, a partir da promulgação da Política Nacional da Educação Especial da Perspectiva da Educação Inclusiva (BRASIL, 2008), pelo profissional do AEE (BRASIL, 2011). Todavia, a realidade das escolas brasileiras nem sempre é a do atendimento no turno inverso, devido principalmente à falta de profissionais e à carga horária insuficiente destes para tal atividade. O AEE é abordado por uma perspectiva que o considera um recurso necessário na EE, apesar disso, ainda esbarra na falta de profissionais qualificados da EE e nas condições estruturais e financeiras das escolas para a efetivação desta proposta. É, desse modo, um desafio a ser superado.

O AEE é uma prática que conta com a atuação dos profissionais da EE e tem por objetivo o apoio pedagógico ao aluno, visando dar suporte para que este desenvolva autonomia e independência na escola e fora dela. Esse programa oferece também um suporte para os professores (BRASIL, 2011). Entretanto, nas diversas situações em que muitas crianças vivem (situações socioeconômicas e familiares), há necessidade de um apoio que vai além do âmbito pedagógico, implicando também o auxílio de psicólogos, assistentes sociais, terapeutas ocupacionais, entre outros profissionais da saúde que poderiam contribuir para o melhor desenvolvimento do aluno. Talvez assim a inclusão, em um contexto amplo, pudesse ser alcançada.

A discussão sobre o AEE tenciona outro importante assunto, que se relaciona diretamente com a interface saúde/educação: o diagnóstico clínico para crianças com problemas de saúde. Nesse aspecto, importa referir que problemas de saúde são entendidos como doenças que afetam a saúde em geral da criança, podendo ser incluídas as deficiências quando estas são causadoras de doenças. Entretanto, deficiência não é sinônimo de doença.

No caso da EE, o diagnóstico clínico da deficiência não é necessário, segundo a Nota Técnica nº 004/2014 (BRASIL, 2014a), pois se entende que esse deve ser feito pela escola, considerando a abordagem pedagógica como necessária para que o aluno alcance êxito na sua escolarização. Trata-se de um diagnóstico voltado às potencialidades do aluno, em detrimento da deficiência. Assim, configura-se como

uma via de mão dupla, já que compreender as deficiências também é fundamental, na medida em que diferentes estratégias estruturais e funcionais devem ser adotadas para permitir ou facilitar a aprendizagem do aluno. A discussão sobre o diagnóstico é extensa e complexa, uma vez que esse não pode ser o balizador das estratégias utilizadas para a educação de crianças com deficiência (BRIDI, 2011).

Nesse manuscrito, entendemos que o diagnóstico clínico emitido por uma equipe de saúde é importante para a escola, quando se trata de crianças com doenças crônicas ou problemas de saúde (cardiopulmonares, cardiovasculares, neoplasias, entre outras), que necessitam de cuidados e apresentam limitações na execução de atividades como a educação física, que pode colocar em risco a saúde da criança.

Para além das PPs que visam garantir a inclusão efetivamente, é fundamental observar que há a necessidade de mudanças atitudinais na EE, no contexto amplo da EI, que não é suprida pelas políticas. Assim, sobre as estratégias da EE no que se refere ao êxito de sua proposta, Hehir e Katzmann (2012) apontam os recursos humanos necessários para a efetivação da EI.

Esses autores referem que o envolvimento da família e da comunidade na educação da criança são fundamentais para a qualidade da aprendizagem e do desenvolvimento do aluno. Além disso, o posicionamento do professor que atua com as crianças público-alvo da EE, bem como da escola e da sua direção, que criam um senso comum de responsabilidade interna, também são primordiais para o sucesso das escolas. Outra importante observação diz respeito à qualificação dos profissionais. Os autores entendem que é preciso lhes dar oportunidades de aprendizado e aperfeiçoamento que proporcionem as condições para atender com qualidade e mais segurança a essas crianças (HEHIR; KATZMANN, 2012).

No tocante à discussão sobre a qualificação profissional, a literatura tem referido que os professores da escola comum não estão preparados para atender às crianças público-alvo da EE ou NEE (GLAT; NOGUEIRA, 2003). Contudo, assim como em outras profissões, não há receitas, isto é, para a efetivação da inclusão, é primordial que os professores assumam a responsabilidade pelo aprendizado dessas crianças, superando os desafios diários impostos pela diferença. Há, nesse sentido, a necessidade de sair da zona de conforto e buscar diariamente novas formas de ensinar e de aprender. Porém, cabe pontuar que a aprendizagem, como já referido, é responsabilidade, tanto da escola, na figura do professor, do diretor e dos funcionários, como da família e da comunidade.

## **Articulação entre os sistemas de saúde e de educação no Brasil e em Portugal**

Tendo em vista as considerações sobre a EE nos dois países e tomando por base essa modalidade de ensino, a intenção, neste momento, é apresentar como se articulam a saúde e a educação.

No sistema de educação português, a articulação da educação com profissionais da saúde é mais direta, principalmente na EE, já que profissionais como psicólogos, terapeutas, médicos e assistentes sociais trabalham em conjunto. Isso é observado nos textos que têm como tema a inclusão na escola regular produzidos por Correia (2010).

Já no Brasil, essa articulação é precária, pois a escola pública não dispõe de apoio direto dos profissionais da saúde. Raramente profissionais da psicologia e da terapia ocupacional estão presentes nas escolas. Os profissionais da nutrição, por sua vez, atuam nas escolas por meio do Programa Nacional de Alimentação Escolar, que tem por objetivo desenvolver estratégias e ações de saúde alimentar e nutricional, que contribuam para o crescimento e o desenvolvimento biopsicossocial e da aprendizagem, ofertando refeições que cubram as necessidades nutricionais das crianças durante o período em que estas permanecem na escola (BRASIL, 2014b).

Esse programa institui a obrigatoriedade de um responsável técnico graduado em nutrição para gerenciar e organizar o calendário alimentar nas escolas. Além disso, esse profissional tem como atribuição realizar a formação sobre Educação Nutricional e Alimentar das crianças. Há, portanto, participação desse profissional no ambiente escolar de forma direta, o que pode contribuir para desenvolver estratégias de prevenção à saúde da criança (BRASIL, 2014b).

Uma importante e fundamental observação é que, diferentemente do Brasil, Portugal utiliza-se da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) para determinar quem são os estudantes que deverão se beneficiar do apoio especializado, ou seja, da EE. Essa forma de organização é definida pelo Decreto nº 3/2008, que regulariza a utilização da CIF como meio de diagnóstico (PORTUGAL, 2008).

O Decreto nº 3/2008 tem como objetivo substituir o diagnóstico médico ou psicológico por um perfil de funcionalidade que se baseie numa avaliação biopsicossocial do aluno (SIMEONSSON *et al.*, 2010). Sobre esse método de diagnóstico da funcionalidade do estudante, uma pesquisa coordenada pelo governo português verificou que, em geral, a utilização da CIF permitiu melhoria na qualidade das respostas educativas e no ensino aos alunos com deficiência. Todavia, o mesmo estudo afirma que há limitações no que se refere ao conhecimento da CIF e de sua aplicação prática (SIMEONSSON *et al.*, 2010).

A CIF atualmente se utiliza de um modelo de diagnóstico que, além de considerar as questões de saúde, considera o homem como ser biopsicossocial, integrando a funcionalidade e a incapacidade humana. A CIF enfatiza a identificação de experiências de vida e as necessidades reais de cada pessoa, considerando o meio e as condições em que vivem e que precisam ser alteradas para garantir a funcionalidade (PORTUGAL, 2014).

Uma versão para crianças e jovens da CIF (CIF-CJ) foi criada e publicada no ano de 2007. Essa versão relaciona quatro aspectos essenciais para designar a funcionalidade

e a incapacidade da criança: a criança no contexto da família; as situações de atraso no desenvolvimento; a participação e a socialização da criança; e a qualidade do ambiente em que ela se insere (PORTUGAL, 2014). Tal classificação é utilizada para realizar a avaliação de crianças que necessitam de intervenção da EE.

Porém, autores têm questionado a utilização da CIF como ferramenta de avaliação e até mesmo a considerado desnecessária no contexto da educação (CORREIA, 2012; LAVRADOR, 2009). Correia (2012) deixa claro que a CIF tem por objetivo a análise dos estados de saúde das pessoas em uma determinada situação sanitária, voltada ao modelo clínico. Desse modo, o autor argumenta que a CIF “parece muito mais voltada para o estado de saúde de um indivíduo e daquilo que dele pode resultar (incapacidade), do que para a educação” (CORREIA, 2012, p. 103).

Outro estudo propôs-se a verificar se a CIF fornecia os parâmetros adequados para a avaliação dos alunos e para a elaboração do programa educativo individual. Como resultado, obteve-se a observação dos participantes de que a CIF era muito subjetiva para a avaliação de NEE, merecendo mais estudos para que possa continuar a ser utilizada na educação portuguesa (PORTUGAL, 2014).

Além disso, Correia (2008, 2012) critica o Decreto nº 3/2008, que instituiu a utilização da CIF para determinar a elegibilidade e a elaboração do Plano Educativo Individual das crianças com possíveis NEE e padronizou a nomenclatura das deficiências e NEE, argumentando que este é direcionado para adultos e que não se refere ao uso da CIF-CJ (crianças e jovens) citada anteriormente. O autor refere que há necessidade de estudos mais aprofundados sobre a utilização da CIF-CJ e considera desnecessária uma classificação que aponte para determinado diagnóstico fixo, que acaba por desconsiderar a habilidade e os conhecimentos específicos dos técnicos (médicos, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, fonoaudiólogos e psicólogos) em elaborar um plano que dê conta das necessidades dos alunos com NEE, uma vez que a CIF acaba sendo apenas uma *check-list* do aluno (CORREIA, 2008, 2012).

Com base em estudos anteriores, Correia (2012) procurou apurar possíveis problemas que poderiam surgir caso a CIF fosse empregada para a avaliação de estudantes com NEE e pôde concluir que o uso da CIF para avaliar as necessidades dos estudantes poderia ter consequências negativas na vida das crianças, uma vez que o foco da CIF é voltado para o estado de saúde e não para o processo educacional, apesar de considerar os fatores biopsicossociais que estão envolvidos com a aprendizagem.

Esse é outro assunto que vem sendo questionado também em Portugal. No Brasil, os profissionais da área da EE entendem que a CIF possui uma organização que contempla as questões de saúde do aluno, mas que desconsidera de forma objetiva as questões relacionadas à aprendizagem e, por isso, sua utilização para esse fim é limitada. Esse fato corrobora com o que Correia (2012, p. 107) sugere para o uso da CIF em Portugal: “a CIF não deve ser usada em educação, a menos que se produzam

resultados baseados em trabalhos de investigação fidedignos que venham aconselhar a sua utilização para fins educacionais”. Esse fator pode ser trazido para o Brasil, pois ainda são escassos os estudos que buscam estabelecer tais relações.

Em Portugal, uma estratégia que vem sendo utilizada na atenção à saúde do escolar é a classificação das crianças com problemas de saúde que necessitam de cuidados mais intensos, como crianças com Necessidades de Saúde Especiais (NSE). As NSE são entendidas como aquelas que resultam de problemas de saúde física e mental que impactam na funcionalidade, produzem limitações acentuadas e, por isso, provoquem irregularidade na frequência escolar e possam comprometer o processo de aprendizagem (PORTUGAL 2006).

Assim como no Brasil, também em Portugal a equipe de saúde escolar é a interface entre a escola e os serviços de saúde. Desse modo, quando é detectado, pela escola ou pela família, que a criança possui algum problema de saúde física ou mental que pode comprometer ou dificultar a aprendizagem, a equipe tem por premissa designar um profissional que realizará o acompanhamento desse aluno em conjunto com a escola, mobilizando os recursos necessários para seu acompanhamento adequado (PORTUGAL, 2006).

Uma estratégia implantada em algumas regiões de Portugal é o Modelo de Atendimento à Diversidade (MAD). Esse modelo é designado para atender às crianças com deficiências ou NEE, numa perspectiva que abrange a diversidade social, psicológica e mental. O objetivo desse modelo é ofertar respostas efetivas a todas as necessidades educativas dos estudantes, desde o início de sua escolarização. Para tanto, organiza as ações de forma sistematizada, com currículo diferenciado, acompanhando o progresso do estudante e ofertando, se necessário, o apoio de uma equipe interdisciplinar (CORREIA; TONINI, 2012). Importa referir que segundo Correia (2008, p. 43), Necessidades Especiais (NE) são entendidas como “um conjunto de factores, de risco ou de ordem intelectual, emocional e física, que podem afectar a capacidade de um aluno atingir o seu potencial máximo no que concerne à aprendizagem” (CORREIA, 2008, p. 43).

O MAD, em sua organização, considera as questões sociais que envolvem a criança, a família e a comunidade e prevê que o ensino seja adequado às necessidades do aluno, por meio de diferentes estratégias, como a atuação de Equipes de Apoio ao Aluno (EAA), constituídas de acordo com a necessidade de cada aluno. As EAA são interdisciplinares e contam com terapeutas ocupacionais, psicólogos, médicos, enfermeiros, terapeutas da fala (fonoaudiólogos), entre outros que se fizerem necessários (CORREIA, 2010).

Correia (2010), que trata do processo de inclusão de pessoas com deficiência na escola regular em Portugal, sugere que a escola contemporânea precisa dispor de parcerias e serviços de colaboração de profissionais da saúde, a fim de subsidiar a escola para que melhor possa conduzir a aprendizagem dos alunos com deficiência.

Na perspectiva da EI, a discussão ampla feita por Kauffmann e Hallahann (2005) aponta que as propostas da EE devem ser observadas com cautela e não como terras prometidas, sugerindo que todos os problemas podem ser resolvidos pela EE. Estar na escola não significa estar incluído, já que o próprio ambiente escolar pode ser restritivo e limitar o desenvolvimento.

O processo de inclusão requer mudanças de paradigmas, que exigem que a sociedade como um todo repense suas práticas, seja na educação, seja na comunidade em geral, sendo, por isso, um tema complexo. Tanto no Brasil quanto em Portugal, a EE e a EI são entendidas como diferentes. A EE é voltada ao atendimento de crianças com NEE ou de pessoas com deficiência; já a EI envolve a educação para todos com igualdade de oportunidades. Assim, em ambos os países, estratégias para a educação e a inclusão das crianças com deficiência e NEE vêm sendo criadas, dentre as quais consta a equipe interdisciplinar utilizada em Portugal, que se configura como um importante avanço para garantir a aprendizagem e o desenvolvimento das crianças.

#### 4 Considerações Finais

Aqui foram apresentadas diversas reflexões, muitas das quais resultam em questões que ainda não têm uma resposta concreta. Reconhece-se que, na área da educação, é impossível haver respostas absolutas, haja vista que a sociedade está em constante transformação, exigindo que a escola esteja em contínua reconfiguração.

No Brasil, existem alguns programas que buscam articular saúde e educação. As demais ações do país são focais. Na prática, poucas vezes se observa a presença dos profissionais da saúde na escola; esses estão presentes principalmente quando em articulação com as universidades (sob a forma de estágios de final de curso de graduação) e quando desenvolvem ações de prevenção à saúde do escolar. Apesar disso, observa-se que a interface saúde/educação ainda é limitada no Brasil se comparada às ações desenvolvidas em Portugal.

No entanto, é importante observar também que as profissões em cada país têm focos diferentes: o serviço social, por exemplo, em Portugal, tem uma articulação direta com a escola; já no Brasil, as ações são voltadas às ações sociais em geral. As diferenças de formação profissional e de direcionamento mostram-se como uma limitação deste estudo, já que a atuação com os diferentes públicos e a abordagem que cada profissão apresenta nos diferentes países também influenciam na forma de organização das políticas de saúde e educação, o que incita e introduz uma nova discussão, que merece ser abordada em outro momento.

Em ambos os países, foi possível observar a necessidade de uma articulação entre escola, família e comunidade, em prol da educação geral das crianças, que são *o futuro de um país*. Ainda há muito que se avançar, entretanto os governos têm se preocupado

com o resgate de questões culturais, como delegar a responsabilidade da educação infantil também à família e à comunidade, não somente à escola.

No tocante à inclusão num contexto amplo, tanto a saúde quanto a educação enfrentam questionamentos que ainda não podem ser respondidos. Em Portugal e no Brasil, a discussão quanto à inclusão educacional, à sua implementação e à sua organização implica repensar a função da inclusão, atentando também a quando ela significa exclusão. O que é incluir? O que é excluir? Existe uma ação sem a outra? Ainda não é possível responder.

As políticas, da maneira como são implementadas, servem como medida paliativa para um problema ainda sem solução. Assim, a discussão dessas políticas continua tanto no meio acadêmico quanto no social (comunidade, escola, poder público), que suscita repensar as estratégias utilizadas na escola para a aprendizagem do aluno, de acordo com a evolução da sociedade. Muito já se conquistou no âmbito da educação e da saúde, algumas buscas se perderam, e talvez jamais seja descoberta a forma mais adequada de incluir sem excluir, se é que isso é possível.

A articulação entre as políticas de saúde e educação até então demonstram, em ambos os países, que discussões estão sendo feitas para melhor atender à população de pessoas com deficiência ou NEE. Nosso papel, enquanto pesquisadores, é subsidiar as discussões que permeiam a academia e que necessitam do olhar daqueles que estão atuando diretamente com o público-alvo da EE e daqueles que vivenciam, no seu dia a dia, o processo de inclusão, como mediadores de tal ação. Assim parece ser impossível esgotar a temática. Portanto, sugere-se a ampliação de pesquisas com base nas experiências dos diferentes países, inclusive aquelas de campo, oferecendo subsídios para, de acordo com cada realidade, repensar as políticas públicas de saúde e educação.

## Referências

ALMEIDA FILHO, Naomar. *O que saúde?* Rio de Janeiro: Fiocruz, 2011.

BATISTELLA, C. *O território e o processo saúde e doença*. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2008. (Ministério da Saúde).

BRASIL. Casa Civil. Lei nº 8080, de 19 de setembro de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. *Diário Oficial da União, Brasília*, 1990. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/L8080.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/L8080.htm)>. Acesso em: 5 jul. 2015.

BRASIL. Lei nº 10.836, de 9 de janeiro de 2004. Cria o Programa Bolsa Família e dá outras providências. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2004. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2004-2006/2004/lei/110.836.htm)>. Acesso em: 5 jul. 2015.

BRASIL. Brasil. Casa Civil. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. Programa saúde na escola. *Diário Oficial da União*, Brasília, 2007. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm)>. Acesso em: 5 jul. 2015.

BRASIL. Ministério da Educação. *Política Nacional de Educação Especial na Perspectiva da Educação Inclusiva*. Brasília: MEC/SEESP, 2008.

BRASIL. Ministério da Educação. *Decreto Nº 7.611, de 17 de novembro de 2011*. Dispõe sobre a educação especial, o atendimento educacional especializado e dá outras providências. Brasília: MEC/SEESP, 2011. Disponível em: <[http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/\\_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm#art11](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2011-2014/2011/Decreto/D7611.htm#art11)>. Acesso em: 5 jul. 2015.

BRASIL. *Nota Técnica nº 004/2014*. Orientação quanto a documentos comprobatórios de alunos com deficiência, transtornos globais do desenvolvimento e altas habilidades/superdotação no Censo Escolar. Brasília: MEC/SECADI/DPEE, 2014a. Disponível em: <<http://www.iparadigma.com.br/bibliotecavirtual/items/show/321>> Acesso em: 5 jul. 2015.

BRASIL. *Cartilha Nacional de Alimentação Escolar*. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação (FNDE). Brasília: FNDE, 2014b.

BRAVO, M. I. S. A saúde no Brasil e em Portugal na atualidade: o desafio de concretizar direitos. *Revista Serviço Social e Sociedade*, São Paulo, n. 102, p. 205-221, 2010.

BRIDI, F. R. S. *Processos de identificação e diagnósticos alunos com deficiência mental no contexto do atendimento educacional especializado*. Tese (Doutorado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2011.

CANDAU, V. M. *et al. Oficinas Pedagógicas de Direitos Humanos*. 4. ed. Petrópolis: Vozes, 1999.



CARVALHO, R. E. *Removendo barreiras para a aprendizagem: Educação Inclusiva*. 8. ed. Porto Alegre: Mediação, 2009.

CHRISTMANN, Morgana. A deficiência física e o processo de inclusão na escola regular: justaposições das condições de saúde e aprendizagem. Dissertação (Mestrado em Educação) –Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2015.

CORREIA, L. M. *Educação especial: aspetos positivos e negativos do Decreto-Lei nº 3/2008*. Educare. 2008. Disponível em: <<http://www.educare.pt/testemunhos/artigo/ver/?id=12542&langid=1>>. Acesso em: 5 jul. 2015.

CORREIA, L. M. O sistema educativo português e as necessidades educativas especiais ou quando inclusão quer dizer exclusão. In: CORREIA, L. M. *Educação Especial e inclusão*. 2. ed. ver. atual. Porto: Porto Editora, 2010.

CORREIA, L. M. A Utilidade da CIF em Educação à luz do Decreto – Lei nº 3/2008: um estudo exploratório. *Ciências Humanas e Sociais em Revista*, Rio de Janeiro, EDUR, v. 34, n. 12, p. 101-121, 2012.

CORREIA, L. M.; TONINI, A. Avaliar para intervir: um modelo educacional para alunos com necessidades especiais. *Revista Educação Especial*, v. 25, n. 44, 2012.

CZERESNIA, Dina; MACIEL, E. M. G. S.; OVIEDO, R. A. M. *Os sentidos da saúde e da doença*. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2013. (Coleção Temas em Saúde).

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Indignação: cartas pedagógicas e outros escritos*. São Paulo: UNESP, 2003.

FREIRE, Paulo. *Pedagogia da Autonomia*. Saberes necessários à prática educativa. 54. ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2016.

GLAT, R.; NOGUEIRA, M. L. L. Políticas Educacionais e a Formação de Professores para a Educação Inclusiva no Brasil. *Comunicações: Caderno do Programa de Pós-Graduação em Educação*, v. 10, n. 1, 2003.

HEHIR, T.; KATZMANN, L. Making schools more inclusive. In: HEHIR, T.; KATZMANN, L. *Effective inclusive schools: Designing successful schoolwide programs*. San Francisco: Jossey-Bass, 2012.

LAVRADOR, R. S. F. *A utilidade da Classificação Internacional de Funcionalidade, Incapacidade e Saúde (CIF) em Educação*. 2009. 238 f. Dissertação (Mestrado em Educação Especial) – Universidade do Minho, Braga, Portugal, 2009.

ONU. Organização das Nações Unidas. *Declaração de Salamanca*. Sobre Princípios, Políticas e Práticas na Área das Necessidades Educativas Especiais. Procedimentos-Padrões das Nações Unidas para a Equalização de Oportunidades para Pessoas Portadoras de Deficiências, A/RES/48/96, Resolução das Nações Unidas adotada em Assembleia Geral. Salamanca: ONU, 1994. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/seesp/arquivos/pdf/salamanca.pdf>>. Acesso em: 5 jul. 2015.

OVIEDO, R. A. M; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biossocial. *Interface*, Botucatu, v. 19, n. 53, p. 237-49, 2015.

PEREIRA, C. P.; *Proteção Social no Capitalismo: crítica a teorias e ideologias conflitantes*. São Paulo: Cortez, 2016.

PORTUGAL. *Despacho n.º 12.045/2006 (2. série)*. Ministério da Saúde. Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa: Diário da República nº 110, 7 jun. 2006. Disponível em: <<http://www.portaldasaude.pt/NR/rdonlyres/4612A602-74B9-435E-B720-0DF22F70D36C/0/ProgramaNacionaldeSa%C3%BAdeEscolar.pdf>>. Acesso em: 15 nov. 2014.

PORTUGAL. *Decreto-Lei nº 3/2008, de 7 de Janeiro*. Apoios especializados a prestar na educação pré-escolar e nos ensinos básico e secundário dos sectores público, particular e cooperativo. Lisboa: Diário da República, 2008. Disponível: <[http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/dl\\_3\\_2008.htm](http://www.inr.pt/bibliopac/diplomas/dl_3_2008.htm)>. Acesso em: 25 nov. 2014.

PORTUGAL, Conselho Nacional de Educação. *Relatório Técnico: Políticas Públicas de Educação Especial*. Lisboa: CNE, 2014. Disponível em: <[http://www.cnedu.pt/content/noticias/CNE/RelatorioTecnico\\_EE.pdf](http://www.cnedu.pt/content/noticias/CNE/RelatorioTecnico_EE.pdf)>. Acesso em: 10 nov. 2014.

RODRIGUES, D.; NOGUEIRA, J. Educação especial e inclusiva em Portugal: fatos e opções. *Revista Brasileira Educação Especial*, Santa Maria, v. 17, n. 1, p. 3-20, 2011.

SARMENTO, M. J.; VEIGA, F. *Pobreza infantil*. Realidades, desafios, propostas. Porto: Húmus, 2011.

SCLIAR, Moacyr. História do conceito de saúde. *PHYSIS: Rev. Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 29-41, 2007.

SIMEONSSON, R. *et al. Projecto da Avaliação Externa da Implementação do Decreto-Lei n.º 3/2008*. Relatório Final: dezembro, 2010. Disponível em: < <http://www.dge.mec.pt>>. Acesso em: 5 jul. 2015.

KAUFFMANN, J. M.; HALLAHANN, D. P. *The inclusion full inclusion: a comprehensive critique of a Current Special Education Bandwagon*. 2. ed. Austin: Pro-ed, An International Publisher, 2012.

VEDOVATO, L.R.; BARRETO, M.C. Tratados Internacionais de Direitos Humanos e o Estado Brasileiro: incentivo na construção de políticas públicas. *Revista de Pesquisa em Políticas Públicas*, n. 2, 2015. Disponível em:<<http://periodicos.unb.br/index.php/rp3/issue/view/1255>> Acesso em: 2 fev. 2018.

Recebido em: 30/10/2016

Aprovado em: 17/10/2018