

UNIVERSIDAD INTERCONTINENTAL UTIC

MARIO DOMINGOS LEME

SAÚDE E EDUCAÇÃO: SINERGIAS DE APRENDIZAGEM

SÃO PAULO 2022

RESUMO

Há evidências que enaltecem a importância dos trabalhos das áreas de ensino e saúde que representam muito no processo de aprendizagem a exemplo de alguns programas de governo que têm produzido resultados de relevância neste contexto desde 1950. Desta forma estudaremos os principais movimentos característicos desta parceria que nos remete às práticas intersectoriais presentes no ambiente da escola pública que guardem expressivo significado na promoção da saúde como base de bem-estar físico, mental e sociocultural. São iniciativas ministeriais pautadas em direitos fundamentais e cidadania que protagonizam hábitos sanitários saudáveis e apoiam o processo de aprendizagem com intervenções profissionais adequadas para antecipar problemas de forma individual ou coletiva. O programa Saúde na Escola, ao lado de outros, revela-se como importante estratégia de atuação pensada em função das necessidades existentes na comunidade a exemplo do combate à obesidade, desnutrição, uso de álcool, tabaco e drogas, bullying, sedentarismo e contaminações da água e solo. Ainda que os registros demonstrem benefícios em várias localidades os programas podem ser aperfeiçoados através de políticas públicas que os incentive sob a forma estrutural de planejamento. A falta de divulgação sistemática destes programas tem comprometido o acesso mais rápido e eficaz das populações que precisam dos serviços de educação e saúde cujos canais de atendimento nem sempre são preservados.

Palavras-chave: saúde, educação, saúde em educação, saúde na escola, educação inclusiva, plano Saúde na Escola.

ABSTRACT

There is evidence that extols the importance of works in the areas of education and health, which represent a lot in the learning process, such as some government programs that have produced relevant results in this context since 1950. In this way, we will study the main characteristic movements of this partnership that refers to intersectoral practices present in the public school environment that hold significant meaning in health promotion as a basis for physical, mental and socio-cultural well-being. These are ministerial initiatives based on fundamental rights and citizenship that lead to healthy health habits

and support the learning process with appropriate professional interventions to anticipate problems individually or collectively. The Saúde na Escola program, along with others, reveals itself as an important action strategy designed according to the existing needs in the community, such as the fight against obesity, malnutrition, use of alcohol, tobacco and drugs, bullying, sedentary lifestyle and contamination of the environment. water and soil. Although records show benefits in several locations, programs can be improved through public policies that encourage them in the form of structural planning. We detected that the lack of publicity of these programs has compromised the faster and more efficient access of the populations that need the education and health services whose service channels are not always preserved.

Keywords: health, education, health in education, health at school, inclusive education, Health at School plan.

INTRODUÇÃO

Acerca das diversas atividades ligadas à prevenção e combate às doenças que permeiam a parceria entre Saúde e Educação, registram-se projetos de iniciativa popular de grande impacto, resultado das manifestações da comunidade escolar para que os educadores promovam aulas interdisciplinares, palestras, seminários e estudos que abordem o tema cidadania e direitos à saúde para que os estudantes compreendam e pratiquem no cotidiano da escola e da família - atividades físicas, hábitos alimentares saudáveis, oportunidade de saberes do desenvolvimento humano, riscos da contaminação da água, ar e solo e preservação das condições sanitárias no município. Desta ótica surge a pretensão deste artigo em agregar-se aos diversos estudos da academia para auxiliar a responder: quais as atuais perspectivas de integração das políticas de saúde e educação no processo de aprendizado?

Os programas da Saúde pública no Brasil, são dedicados à prevenção de doenças em diversas áreas da medicina e segundo determinação legal, devem fazer parte das políticas de atendimento aos mais necessitados em especial aos pacientes SUS. No rol dos programas afetos às atividades da Saúde temos dois em destaque, quais sejam, os da educação e do esporte, aquele para o acompanhamento na fase de crescimento e desenvolvimento de crianças e

adolescentes e este, para incentivar a qualidade de vida dos que se dedicam e precisam dedicar-se às atividades físicas. Tratam-se de dois programas essenciais para a prevenção e erradicação de patologias cujas características identificam a sinergia de propostas nas áreas de atuação.

Neste panorama o artigo traz como objetivo geral reunir considerações e argumentos de contexto científico que conduzam o debate sobre a evidenciação das ações de saúde que impactam no ambiente escolar. Os estudos nesta área do conhecimento apontam sobre a importância dos programas de saúde em função do desenvolvimento educacional no país e indicam a necessidade de aperfeiçoamento e adoção de estratégias pautadas em planejamento.

O Programa Saúde na Escola, de iniciativa do governo federal através das ações do Ministério da Saúde, surge neste contexto como fator essencial para os cuidados médicos necessários na fase de desenvolvimento de nossas crianças e jovens. Analistas lembram que o Brasil sofre com a falta de saneamento público, cuja cobertura representa apenas 50% dos lares. Da mesma forma a questão da desnutrição que alertam fatores de risco relacionados à anemia por deficiência de ferro que resulta em danos cognitivos e compromete a imunidade. São situações que provocam baixo rendimento escolar, dificuldades de crescimento, baixa resistência a infecções, aumento de gripes e exposição às viroses do cotidiano urbano e rural. Temos ainda os casos de obesidade infantil provocados pela má alimentação e pela falta de atividades físicas, em especial em tempos de jogos eletrônicos que nos prende às (SILVA, 2019)telas destes aparelhos. Elencados estes exemplos, este estudo tem a pretensão de resgatar o debate e, portanto, contribuir para que a sociedade, as comunidades, famílias e poder público permaneçam vigilantes para a oferta adequada deste serviço essencial à população que depende da atuação conjunta das áreas de saúde e educação em face do acompanhamento e solução dos transtornos do déficit de atenção, ansiedade, autismo, depressão, alimentação, bipolaridade e outros que estão presentes no ambiente escolar.

Podemos relacionar certos marcos históricos das ações conjuntas de educação e saúde no Brasil que explicam a sua importância.

Para o autor Carlos dos Santos Silva:

A educação e a saúde, como práticas sociais, sempre estiveram articuladas. No entanto, no conjunto de suas políticas, programas e serviços, a depender dos contextos, manifestam diferentes práticas de saúde e de educação”. Desde os primeiros referenciais de ensinamentos do eminente Paulo Freire em 1950, em especial pela participação comunitária, a construção de políticas relacionadas à saúde e educação, permeiam o cotidiano da escola pública. No início as ações estiveram centradas em problematizações relacionadas aos riscos à saúde tais como a vigilância sanitária e epidemiológica para avançar, na atualidade em prevenção e controle com base em condições socioculturais das populações com amplo diálogo nos aspectos pedagógicos de aprendizagem e na pluralidade dos interesses nestas áreas de gestão pública. **(SILVA, 2019)**

Na lição do autor, a cidade do Rio de Janeiro na gestão do Prefeito Pereira Passos (1902-1906), pode ser considerada como precursora das iniciativas de modernização e higienização do espaço urbano a exemplo das ações de combate às epidemias, problemas sociais, condições da precariedade do transporte, saneamento e insalubridade nas localidades periféricas.

Em 1910 foi criado o primeiro serviço de saúde ligado ao ensino, intitulado Serviço de Inspeção Sanitária Escolar da Cidade do Rio de Janeiro como foco em vigilância higiênica, profilaxia das doenças transmissíveis e evitáveis, inspeção médica dos estudantes e educação sanitária aos docentes.

Em 1924 Carlos Sá constitui os “pelotões de saúde” que tinham como mote o cumprimento militar das regras de higiene. Foi um período de atuação nas escolas e comunidades para o controle de epidemias, em especial pela necessidade de intervenções mediante o surto de febre amarela de 1928. A partir destas constatações o governo incentiva hábitos higiênicos como parte da educação para o povo e destaca a atuação das crianças para propagarem em casa os ensinamentos da escola.

No idos de 1964 o Rio de Janeiro dispunha de 22 distritos de saúde com atendimento rápido e de proteção ao aprendizado do aluno, contando com atividades de médicos e dentistas para inspeções, avaliações, tratamentos e encaminhamento às especialidades. O processo de urbanização, notadamente o êxodo rural rumo às cidades de maiores oportunidades de trabalho, influencia, sobremaneira os programas de saúde na escola pública de então. O autor descreve o cenário à época:

A conjuntura desenvolvimentista dos anos 50, com altos índices de repetência e baixos desempenhos dos escolares, inspirou modelos de programas com propostas de biologização (modelo do qual o ser humano é conceituado pela sua constituição corpórea física) das questões relacionadas à aprendizagem escolar. Às más condições de saúde dos alunos eram atribuídos seus comportamentos e dificuldades no processo de sua aprendizagem, o que posteriormente foi denominado por alguns autores de fracasso escolar. **(SILVA, 2019)**

Tem-se desta narrativa que o modelo de assistência à saúde escolar, vive um período baseado apenas em práticas terapêuticas orientadas em exames clínicos e equipes atuando com psiquiatras e psicólogos desconectados da realidade social nas comunidades, numa repetição das práticas de medicina que se fazia com a própria sociedade e, portanto, sem a consideração das demandas e condições socioeconômicas desfavoráveis nas classes de menor desempenho traduzidas no comprometimento dos aspectos de aprendizagem.

Do pressuposto de que a desnutrição era a base dos problemas de aprendizagem, os governos priorizaram os Programas de Merenda Escolar, com a implantação de projetos visando suprir ao menos 15% das necessidades calóricas diárias dos estudantes. Em 1964 o Presidente Carlos Lacerda cria a Divisão de Saúde no Departamento de Saúde Escolar e simultaneamente altera a atuação de hospitais e amplia a responsabilidade da Secretaria de Serviços Sociais. Carlos Silva chama a atenção para um entrave que ocorre no período ditatorial cujas formulações de políticas e programas foram definidos na via dos Decretos de Estado e, portanto, sem a participação popular, o que faz com que a assistência de atenção básica em saúde escolar, permaneça com a tarefa de diagnosticar os problemas de aprendizagem e de repetência dos alunos através de aspectos neurológicos, psiquiátricos e psicológicos, razão pela qual existe, ainda hoje, a noção errática de que os problemas são de origem individual do estudante. Os diagnósticos de distúrbios de aprendizagem como disfunção cerebral, déficit neurológico, problemas da cognição e distúrbios de comportamento são tidos como atribuições do próprio estudante.

Na década de 70 a saúde na escola pública prioriza exames médicos de inspeção periódica e cria os registros de saúde que deveriam ser feitos nas aulas de educação física. A ação teve fraco resultado já que não havia regularidade e poucos eram adequadamente examinados. O “fracasso escolar” ainda permanecia atrelado às más condições de saúde nas populações e as articulações das áreas de saúde e educação não avançaram para a multiprofissionalidade dos atores envolvidos e timidamente caracterizaram-se com a efetividade dos projetos estruturados em ações voltadas às necessidades dos estudantes.

Em 1976 o modelo do Proeme - Programa Especial de Medicina Escolar ganha destaque na Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, especialmente pela realização de triagens, registros de saúde, exames de acuidades visual e auditiva e vacinação. Foram destaque as iniciativas de apoio nos atendimentos em saúde mental que migraram da Educação para a Saúde e contribuíram para o aprendizado na época.

As ações de multidisciplinariedade entre saúde e educação surtem efeito a partir de diversos congressos nacionais e internacionais no final dos anos 70 com ênfase à atuação da Sociedade Brasileira de Pediatria que valoriza os encontros em busca de debates e soluções conjuntas. Destas iniciativas têm-se, por exemplo, a priorização da saúde da criança entre zero e seis anos e da mulher, organização dos atendimentos em saúde básica escolar e proteção à maternidade. O autor critica a falta de atenção às crianças entre 7 e 10 anos que foram pouco assistidas:

Essa tendência, que representou enormes e relevantes avanços na atenção à saúde, contudo, retirou de cena a atenção à saúde do grupo de escolares, que incluía, à época, criança de 7 a 10 anos, faixa etária de suposto ingresso na escola de ensino fundamental. A saúde não definiu ações para essa faixa de idade, voltando-se em seguida para a atenção à saúde do adolescente, a partir dos 12 anos. (SILVA, 2019)

Na década de 80 o Brasil avança para o conceito da permanência de equipamentos de saúde dentro das instalações da escola pública e obtém como resultado repercussões nacionais na atuação de equipes compostas de profissionais em consultórios médico-odontológicos que ofertam medicina

preventiva, educativa e assistência curativa. Através de exames clínicos de admissão produzem-se avaliações dos diagnósticos em clínica individual, cobertura vacinal, nutrição e triagem visual. Porém o modelo não prospera já que a lógica terapêutica ainda persistia.

No Rio de Janeiro de 1989, vários grupos de especialistas, preocupados com a falta de desempenho escolar, criam iniciativas com melhores estratégias, ou seja, o modelo passa a contar com a participação da comunidade e atua em bases territoriais visando novos “saberes e práticas para os serviços de saúde e educação” (SILVA, 2019). Nesta ocasião pais e responsáveis interagem na formação das políticas em função das demandas locais e na construção de programas de acesso à saúde com o apoio dos conselhos da escola que identificavam soluções coletivas e ampliavam a participação dos segmentos com a superação das dificuldades de desarticulação intersetorial entre as áreas de saúde e educação com o compartilhamento de planos, objetivos e metas para a promoção da saúde na escola.

A criação dos modelos de Escolas Promotoras de Saúde, através das Opas/OMS 1996 (Organização Pan-Americana da Saúde), trouxe novos referenciais como por exemplo o envolvimento dos professores e gestores da educação em face de suas comunidades como alternativas da criação de hábitos saudáveis e alimentação nutritiva, imputando a noção de planejamento dos programas que redundaram no fortalecimento de ações de saúde em diagnósticos que consideraram as condições socioeconômicas dos países da América Latina e que propunham atividades de cultura, lazer e esporte como ampliação da produção do conhecimento nos processos de aprendizagem..

Em 2005 temos a participação entre Saúde e Educação apoiada nas iniciativas dos movimentos escolares, alunos, gestores da saúde e da educação como referências de readequação aos modelos dos Ministérios da Saúde e da Educação que marcaram importantes ações no deslocamento das noções de cuidados biológicos para práticas de saúde que valorizaram as questões sociais, direitos da cidadania e promoção de saúde com prevenção adequada. Na lição de Carlos Silva:

Após vinte anos dos marcos da promoção da saúde, a Comissão Nacional de Determinantes Sociais da Saúde (CNDSS) é considerada no Brasil outro referencial na substituição do modelo biomédico pelo de promoção da saúde na escola. A CNDSS aqueceu o debate ao buscar reversão de outros fatores na determinação das condições de vida dos sujeitos e das comunidades e ao compreender a necessidade de enfrentar processos sociais, econômicos, culturais, étnicos, psicológicos e comportamentais como determinantes dos problemas de saúde e da qualidade de vida da comunidade escolar. **(SILVA, 2019)**

Com efeito, a análise do autor demonstra a evolução dos programas de atenção básica à educação e explica a dinâmica das ações necessárias na esfera de formação do conhecimento via integração dos órgãos públicos a partir de suas experiências como fator de desenvolvimento do aprendizado.

Em 2009 o Brasil vive experiências exitosas e premiadas, tais como os projetos político-pedagógicos que privilegiavam a participação comunitária na elaboração de programas culturais nas cidades e bairros, a partir da realidade da escola pública.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Ressaltamos que a implantação dos programas de saúde no âmbito da escola pública, devem obedecer ao contexto escolar e social em que vive a comunidade com o uso de diagnósticos dos problemas de saúde registrados nas unidades básicas de saúde e produzidos através das demandas locais realizados a partir da capacidade de operação das equipes escolares e de atenção básica em cada cidade. Assim, a promoção de projetos ou programas educativos sobre saúde na escola contribui sensivelmente para a melhora do ambiente escolar e, conseqüentemente, para a qualidade de vida dos alunos e da comunidade em geral. Publicações da UNICEF confirmam:

a população de 53,7 milhões de crianças e adolescentes – entre os quais aproximadamente metade são afrodescendentes e um terço dos cerca de 820 mil indígenas são crianças, precisam de

amparo para a preservação dos seus direitos em sociedade e necessitam de condições para alcançar a plenitude do seu desenvolvimento. (UNICEF, 2022)

Podemos, portanto, elencar dois objetos de estudo convergentes. Quais os eixos da Educação tomados a partir do projeto político-pedagógico que contribuem para a promoção da saúde do aluno e quais as ações de atenção básica que valorizam o aprendizado serão doravante analisados.

O Programa Saúde na Escola (PSE), política intersetorial da Saúde e da Educação, foi instituído em 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. (BRASIL, 2022). As políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira se unem para promover saúde e educação integral na esteira desta iniciativa. A intersetorialidade das redes públicas de saúde e educação e demais redes sociais para o desenvolvimento das ações do PSE implica mais do que as ofertas de serviços num mesmo território, pois devem propiciar a sustentabilidade dos projetos via conformação de redes de corresponsabilidade. A articulação entre escola e atenção primária à saúde é a base do PSE. O programa é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas de ensino.

Como integrador de saúde e educação, o PSE está centrado na oferta de qualidade de vida nas fases de desenvolvimento infantil e juvenil dos estudantes da rede pública. Para evidenciar esta assertiva podemos citar os diversos objetivos relacionados à promoção e prevenção da saúde, utilização de estrutura (equipamentos e recursos da saúde pública) para as ações do SUS na rede básica de Educação, amparo ao cidadão na defesa de seus direitos, notadamente os da esfera social, geração de informações em rede para assegurar o intercâmbio dos atendimentos tais como a produção de estatísticas, realização de campanhas e segurança do atendimento na unidades de saúde bem como a implantação de projetos de participação comunitária.

Acrescentamos, de acordo com a Portaria Interministerial 1055 de 2017 (BRASIL, 2017) que os gestores públicos têm acesso às regras de adesão e financiamento ao programa com periodicidade de execução anual, possibilidade da apresentação de planos de trabalho, estabelecimento de metas de atenção

básica na saúde e no ensino e apoio à prestação de contas aos órgãos de controle que, aliás, exigem o registro dos dados na plataforma digital e-SUS na ficha de Atividade Coletiva para garantia da veracidade. Neste contexto cada escola da rede manifestará o seu interesse em participar dos projetos, independentemente de seu vínculo com o município ou estado da federação, ademais pelo fato de que a responsabilidade sanitária municipal não faz esta distinção. Quanto ao monitoramento das ações ligadas aos planos de trabalho o SISAB (Sistema de Informação em Saúde para a Atenção Básica) foi instituído pela Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013 (BRASIL, 2013), passando a ser o sistema de informação da Atenção Básica vigente para fins de financiamento e de adesão aos programas e estratégias da Política Nacional de Atenção Básica que servirão como repositórios da prestação de contas.

O rol das ações contempladas no PSE, explica a sua adequação em face do tratamento das patologias e demais cuidados que podem ser ofertados aos gestores da educação para incentivar a boa qualidade da saúde de seus alunos. Alguns exemplos podem ser utilizados: combate ao *Aedes aegypti* (de adesão obrigatória), atividades físicas e de lazer nas escolas, prevenção contra o uso de substâncias químicas, tabaco e drogas, saúde bucal inclusive com a aplicação de flúor, organização dos calendários vacinais, prevenção da obesidade, saúde auditiva, ações de orientações do direito sexual e reprodutivo, saúde ocular com a entrega de óculos em vários casos, prevenção contra doenças respiratórias e ações contra o vírus da Covid a partir de 2020.

A formação de diagnósticos de saúde das populações ocupa espaço de relevo e devem ser objeto de registro histórico como fator de orientação para o aperfeiçoamento dos programas. Na educação não é diferente. A partir do INEP de cada escola, aliado à identificação de toda a produção médica, terapêutica e assistencial em dado período, as informações são abastecidas no sistema e-SUS para a produção de relatórios capazes de orientar o desenvolvimento e execução do PSE. Destes relatórios, os profissionais de saúde e educação podem extrair dados e informações de grande importância, a exemplo das ações realizadas – individual e coletivamente – e dos registros médicos acumulados, razão pela qual poderão compreender com mais facilidade acerca da necessidade de encaminhamentos para atendimento na atenção básica e

especializada. São fatores que auxiliam a antecipação de problemas de saúde na comunidade escolar e que têm amparo no trabalho das equipes de saúde para acompanhamento das decisões nas respectivas pastas da administração destas estratégias, ou em outras palavras, no planejamento da parceria.

Para a formação de diagnósticos, podemos reunir dados sobre dezenas de elementos que norteiam a rotina da escola pública e que podem servir de base para a indicação de alguns problemas. Talvez os horários de entrada e saída das aulas no ensino infantil representem alterações no sono das crianças ou, eventualmente, o número de alunos por sala pode interferir no conforto de alguns estudantes e dizem respeito aos processos de contaminação. Um olhar atento ao calendário de aulas, provas, festas, reuniões e outras atividades podem indicar certas alterações psicológicas e comportamentais importantes. A ergonomia de cadeiras e carteiras, de telas de computador e outros aparelhos também pode estar comprometida em ambientes mal planejados.

Apresentamos, a partir da Cartilha do PSE de Piracicaba-SP (PIRACICABA, 2021) três exemplos dentre as 13 Ações de orientações de desenvolvimento do programa:

- a) Ação 01 – Linha de Ação / Tema :Combate ao mosquito Aedes aegypti
Ação – Palestras, teatro, mobilização social, mutirões
Sugestão: Palestras em parceria com profissionais da saúde e mutirão com escolas da mesma área geográfica.
- b) Ação 03 – Linha de Ação/Tema: Prevenção ao uso de álcool, tabaco, crack e outras drogas
Ação – Realizar no cotidiano escolar abordando a temática dos riscos e danos do uso do álcool, tabaco, crack e drogas.
Sugestão: Palestras e orientações com equipes da saúde, das escolas, famílias e estudantes.
- c) Ação 07 – Linha de Ação/tema: Promoção e Avaliação de Saúde Bucal e aplicação tópica de flúor.
Ação: Realizar orientação sobre saúde bucal, treino de escovação e aplicação tópica de flúor.
Sugestão: Mobilização coletiva para as práticas educativas que favoreçam o aprendizado e controle das estratégias monitoradas pelas equipes de saúde bucal.

Ainda no âmbito dos diagnósticos surge o monitoramento da efetividade na realização das ações mensurados através de indicadores estabelecidos na legislação de regência, sendo os de maior destaque: quantitativo das ações medido através do número de execuções e da variedade de seus tipos e calculadas em função de escala que varia entre 0 e 2, representativas de nenhuma ação ou ações mais diversificadas; cobertura das ações contra o *Aedes Aegypti* em medida percentual das escolas que aderiram ao projeto e cobertura do Programa nas escolas pactuadas, verificado através da regra: razão proporcional do número de escolas com registro de ações do PSE dividido pelo número de escolas pactuadas, multiplicando este denominador por 100 para tradução em taxa.

Completa este raciocínio o processo de gestão do PSE que os especialistas chamam de representação multidisciplinar para descrever que agentes públicos da saúde e da educação devem dialogar com os diferentes setores que compõem a administração pública no sentido de aprofundar conceitos e práticas consistentes que possam promover o combate às vulnerabilidades locais, razão pela qual incentivam que o município e as coordenadorias regionais de educação e saúde estejam presentes na apresentação dos resultados.

A relevância de estudarmos a sinergia posta entre as áreas de saúde e educação nos municípios brasileiros surge a partir da ótica do planejamento das ações governamentais, quais sejam a frequência de informações entre educadores e equipes de saúde que em conjunto podem oportunizar o desenvolvimento do educando com base, por exemplo, no perfil dos estudantes, rotina de horários, localização geográfica, evolução nas séries do ensino, dificuldades de aprendizado, causas de evasão e abandono e problemas sócio econômicos que afetam o aprendizado. Desta parceria, resulta, invariavelmente, conquistas importantes, a exemplo da identificação precoce de doenças, distúrbios psicossociais, conseqüências da falta de saneamento nos lares, restrições com os hábitos de higiene e alimentação inadequada.

Nos municípios em que a parceria está em desenvolvimento, dizem os analistas, temos alunos mais saudáveis que contam com ações do governo

contra riscos de contaminação, diminuição de faltas e afastamentos por problemas de saúde, fomento ao seu bem-estar no ambiente escolar e doméstico, melhoria no seu desenvolvimento e, portanto, aprendizagem mais adequada à sua idade e características físicas e emocionais. O município de Piracicaba em São Paulo descreve um exemplo:

As ações sugeridas no PSE são da Saúde e Educação. A intenção não é somente ir até a escola e desenvolver a ação, sem envolvimento das duas partes. A intenção é alfabetizá-los em saúde, não apenas educá-los, e sim fazê-los agir para a saúde e com consciência do porque agem para a saúde. Faz parte do processo pedagógico que o educando entenda o porquê se tem, por exemplo, que escovar os dentes (explicar perda mineral em uma aula de Ciências (o porquê se deve evitar refrigerantes, doces e fazer uma alimentação saudável, conhecendo como acontece a perda mineral do osso, dentes, e os nutrientes que nosso corpo precisa (aula de Ciências/Biologia no Fundamental II, Médio). Isso será importante para a vida pessoal (não ter a doença), social e profissional (será saudável para o convívio com as pessoas, para o trabalho) e a intenção desta abordagem é que agregue informações para a vida do educando e que ele seja propagador das mesmas, em especial na família. **(PIRACICABA, 2021)**

Os educadores, gestores públicos e profissionais da saúde têm sido chamados à responsabilidade em face dos 17 Objetivos de Desenvolvimento Sustentáveis da ONU- agenda 2030 (MUNICÍPIOS, 2022) , que teve lugar em 2012 por ocasião da Conferência do Desenvolvimento Sustentável no Rio de Janeiro representando uma situação que guarda ampla conexão com os programas voltados à saúde de nossos estudantes. Neste documento estão destacadas as metas de saúde e bem-estar que podem ser promovidos através do atendimento médico e odontológico em centros e consultórios da rede pública onde a população recebe atenção básica relacionada a educação em saúde, vacinação, proteção e cuidados com as crianças, testes rápidos de diagnósticos e realização de exames em unidades móveis. Na área de assistência em

vigilância sanitária, temos a análise da água de cisternas a partir da perfuração de poços nas pequenas comunidades. No contexto das cidades sustentáveis, destacam-se a substituição de moradias em taipa por alvenaria para irradiar infraestrutura, saneamento básico, áreas de convivência e implantação do comércio e de hortas comunitárias.

Para a construção de exemplos na área da saúde, podemos tomar o objetivo 3 que trata das ações para assegurar uma vida saudável e promover o bem-estar para todas e todos, em todas as idades (ONU). No rol destes objetivos temos a redução da mortalidade materna global para menos de 70 mortes por 100.000 nascidos vivos (item 3.1), na sequência a instituição declara as iniciativas para acabar com as mortes evitáveis de recém-nascidos e crianças menores de 2 anos (item 3.2). A erradicação da malária e das doenças tropicais estão elencadas no item 3.3. O acesso universal aos serviços de saúde sexual e reprodutiva, incluindo o planejamento familiar está registrado no item 3.8. Apoiar a pesquisa e o desenvolvimento de vacinas e medicamentos para as doenças transmissíveis e não transmissíveis, que afetam principalmente os países em desenvolvimento, proporcionar o acesso a medicamentos e vacinas essenciais a preços acessíveis, de acordo com a Declaração de Doha, que afirma o direito dos países em desenvolvimento de utilizarem plenamente as disposições do acordo TRIPS sobre flexibilidades para proteger a saúde pública e, em particular, proporcionar o acesso a medicamentos para todos, estão elencados no adendo 3.b.

Se repetirmos o mesmo exercício, desta feita com a Educação, em que a ONU chama de “Assegurar a educação inclusiva e equitativa e de qualidade, e promover oportunidades de aprendizagem ao longo da vida para todas e todos”, deveremos destacar: Até 2030, eliminar as disparidades de gênero na educação e garantir a igualdade de acesso a todos os níveis de educação e formação profissional para os mais vulneráveis, incluindo as pessoas com deficiência, povos indígenas e as crianças em situação de vulnerabilidade (4.5). Construir e melhorar instalações físicas para educação, apropriadas para crianças e sensíveis às deficiências e ao gênero, e que proporcionem ambientes de aprendizagem seguros e não violentos, inclusivos e eficazes para todos (item 4a).

O relatório trienal do IBGE intitulado PeNSE (IBGE, 2022) investiga as condições de estudantes adolescentes para reunir dados e análises acerca da Vigilância dos Fatores de Risco e Proteção das Doenças Crônicas do Brasil. Trata-se de um documento de importante para educadores e gestores no sentido de refletirem sobre as condições de saúde nas suas comunidades já que registra indicadores sobre muitos aspectos da vida escolar que merecem a multidisciplinariedade de ações e que podem resultar na antecipação de cuidados relevantes para atender esta faixa etária, repleta de mudanças emocionais e sociais, a exemplo do uso de tabaco, álcool, alimentação pouco saudável e tendência à obesidade.

O estudo associa comportamentos do cotidiano escolar que devem ser periodicamente monitorados e que estão relacionados à riscos de infecções, diabetes e complicações cardiovasculares de crianças e jovens em fase de crescimento. A utilidade do relatório pode ser demonstrada inclusive sobre a ampliação que traz acerca de condutas que estão presentes no perfil familiar e nos fatores de risco provocados pelo tabagismo, exposição a acidentes e violência, hábitos ruins de higiene e saúde bucal, por exemplo. São riscos que, em diversos casos, dizem respeito a escola e o seu entorno, ou seja, a habitação e as condições de renda nas comunidades revelam características que apontam para a necessidade de apoio do poder público para controlar riscos à saúde relacionados ao ambiente e a infraestrutura onde moram os educandos e que subsidiam a formação de políticas públicas. Vejamos as estatísticas:

O percentual de escolares cujas mães não tinham qualquer grau de ensino ou tinham somente o ensino fundamental incompleto foi de 25,9%. No outro extremo, a proporção de escolares com mães que tinham o nível superior completo foi de 16,1%. A proporção de escolares cujas mães não tinham qualquer grau de ensino ou tinham somente o ensino fundamental incompleto foi mais elevada em Maceió (37,7%) e menor, em Vitória (19,2%). Vitória e o Distrito Federal apresentaram os maiores percentuais de escolares que tinham mães com ensino superior completo (26,9% e 20,9%, respectivamente). Vale salientar que 18,5% dos escolares não sabiam informar a escolaridade materna. **(IBGE, 2022).**

O relatório de 2019, cuja abrangência atinge 11,8 milhões de estudantes entre 13 e 17 anos sendo que destes, 7,7 milhões tinham entre 13 e 15 anos e 4,2 entre 16 ou 17 anos, com 49,3 % de meninos (5,8 milhões) e 50,7% de meninas (6 milhões), revela que 34,6% dos escolares ingeriram a primeira dose alcoólica com 14 anos e que 25% das meninas vivenciaram alguma violência sexual. Frise-se que além do álcool, 13% dos estudantes já usaram drogas ilícitas. No período, aproximadamente 23% haviam experimentado cigarros.

O relatório também evidencia problemas no relacionamento dos discentes ao registrar que mais de um terço dos alunos na faixa entre 13 e 17 anos já teve relação sexual. Destes, apenas 63,3% usaram preservativos. Segundo os dados, a pílula anticoncepcional, do dia seguinte e os injetáveis, ocupa 52,6%, 17,3% e 9,8% respectivamente na preferência dos estudantes. Casos de gravidez em alunas da rede pública, aponta o documento, são quase o triplo na escola pública ante a particular com preponderância nos estados no norte e nordeste do país.

Práticas de bullying que ameaça e intimida os estudantes, humilhando-os por qualquer motivo e que discriminam pela cor, raça e sexo tendo as agressões verbais como destaque, também foram tratadas no estudo do IBGE. Cerca de 23% dos estudantes disseram-se vítimas de humilhação nos 30 dias antecedentes à pesquisa. As meninas mencionam ataques pela aparência corporal e facial, citando cor e raça como componentes. A pesquisa prossegue para afirmar que 13,2% dos estudantes foram ofendidos nas redes sociais.

Sob a ótica da alimentação saudável aliada às atividades físicas, o estudo aponta que 59,0% consomem feijão, 32,8% guloseimas e 28% frutas e legumes frescos. Na escola pública os alunos consomem mais legumes e verduras que na rede privada. Cerca de 28% realizavam 300 minutos ou mais de atividades físicas sendo 38,6% e 18,8% distribuídos entre meninos e meninas respectivamente. Nenhuma atividade física foi realizada para 8,7% dos estudantes. É importante lembrarmos de uma ação que em tempos de amplo acesso aos computadores, tablet's e outros aparelhos têm contribuído para combater a obesidade infantil no país. Trata-se do Programa Crescer Saudável

que é um subproduto do PSE que avalia a obesidade nas creches e pré-escolas e no Ensino Fundamental I. O principal eixo de atividade do programa está em monitorar a alimentação dos estudantes e promover hábitos saudáveis com o incentivo de práticas de atividade esportiva e cuidados relacionados aos estudantes diagnosticados como obesos. São ações que podem ser realizadas, monitoradas e planejadas tanto pelos profissionais de nutrição como os educadores físicos sem exclusão entre si, ou seja, cabe a recomendação conjunta dos dois profissionais da educação como fomento ao combate aos problemas de obesidade infantil.

A segurança pública do entorno escolar também foi objeto de pesquisa segundo a qual 11,6% (1,3 milhão) de estudantes não se sentiam seguro no trajeto casa- escola, razão pela qual não frequentavam as aulas. Cerca de 10 % teriam envolvimento em lutas. Entre os meninos, o percentual dobra em relação às meninas. Quase 3% já se envolveram – nos 12 últimos meses - em brigas com arma de fogo. Dado relevante aponta que ao menos 21% afirmam agressão doméstica (pai, mãe ou responsável).

A abstenção motivada por doenças afetou quase a metade dos estudantes que afirmaram que motivos de saúde impediram a sua frequência ao menos um dia nos últimos 12 meses. Os estudantes (e parte de seus familiares) não têm o hábito de buscar atendimento na rede de saúde, em especial nos postos da atenção primária. Quando o fazem, aponta a consultoria Jacobs, vão em busca de vacinas, por exemplo. “Uma parcela significativa dos adolescentes não tomou a vacina ou não sabia se havia tomado. (SANTOS e JACOBS, 2021)

Sob estas considerações, é legítimo afirmarmos que o PSE, de indiscutível importância, não contempla a proteção total contra riscos de doenças na escola pública ainda que promova: (1) saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos; (2) permita a progressiva ampliação das ações executadas pelos sistemas de saúde e educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes; e (3) promova a articulação de saberes, a participação de estudantes, pais, comunidade escolar e sociedade em geral na construção e controle social da política pública (BRASIL, 2022)

Este raciocínio está no fato de que nossas crianças e adolescentes precisam de mais políticas públicas que os protagonizem. Vejamos outras iniciativas. O programa Rede Cegonha contribui para a formação de experiências exitosas. A Rede Cegonha, de atuação ministerial, tem ocupado a atenção de muitos profissionais que vêm os benefícios que proporciona às mães e seus filhos recém-nascidos. O programa investe em ações relacionadas aos cuidados da gravidez desde o pré-natal, acompanha a atenção integral da mãe e do bebê com vistas ao amparo da permanência dela junto ao seu filho durante todo o tempo de internação e regulação obstétrica, estimula a participação paterna e oferta as triagens neonatais como o teste do pezinho, olhinho e orelhinha. Estas iniciativas dizem respeito às mudanças demográficas e epidemiológicas ocorridas nas últimas décadas no Brasil (BRASIL, 2013)

Os autores apontam sobre a melhoria do índice de mortalidade infantil, condições de envelhecimento da população e prevalência de doenças não transmissíveis para explicar uma consequente reorganização na agenda da atenção básica no Brasil em especial à criança em fase de crescimento. Neste contexto podemos citar a necessidade da ampliação dos serviços públicos que resultem das articulações intersetoriais e que contemplem a qualificação para os cuidados em rede. Em outros termos, o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento dos estudantes, desde tenra idade, são vistos como fatores de acesso aos direitos essenciais e garantias da qualidade de vida da população. Assim, faz sentido que as áreas de saúde e educação atuem simultaneamente na prevenção de riscos, tais como, as imunizações, a alimentação saudável, acidentes, influências ambientais na saúde mental dos estudantes e cuidados contra a violência, tidos como tão importantes quando o tema aborda o futuro da geração de adultos e idosos com boa qualidade de vida. Os autores descrevem as ações de maior impacto:

A possibilidade de acompanhar famílias ao longo do tempo mantém os profissionais de atenção básica em uma situação privilegiada no reconhecimento de situações que necessitam ser mais bem atendidas e acompanhadas (BRASIL, 2013, p. 43)

Entre os 2 e os 10 anos de idade, deve-se aferir o peso e a altura e plotá-los no gráfico nas consultas realizadas. A altura para a idade é o melhor indicador de crescimento da criança e, no Brasil, representa o déficit antropométrico mais importante. **(BRASIL, 2013, p. 63)**

Vacinação: É indiscutível o relevante papel de prevenção que as imunizações desempenham na Atenção Básica à Saúde. Poucas ações são tão fortemente evidenciadas como capazes de proteger a saúde infantil e de impactar a incidência e a prevalência de doenças na infância (CENTERS, 2008). As vacinas que são preconizadas no Calendário Básico de Vacinação da criança encontram-se disponíveis nas unidades básicas de saúde. Tal calendário poderá ser complementado por outras vacinas, cuja importância e eficácia são também evidenciadas. **(BRASIL, 2013, p. 89)**

Obesidade: O acompanhamento sistemático do crescimento e ganho de peso permite a identificação de crianças com maior risco de morbimortalidade (Brasil, 2001) por meio da sinalização precoce da subnutrição e da obesidade. Um estudo evidenciou melhorias no tocante ao conhecimento das mães sobre o crescimento de seus filhos com o aconselhamento baseado na utilização das curvas de crescimento (PINPOINT; GARNER, 2008). As refeições, apontam os analistas, devem incluir o desjejum, lanches, o almoço e o jantar. A merenda escolar deverá adequar-se aos hábitos regionais, devendo ser evitado o uso de alimentos não saudáveis, como salgadinhos, refrigerantes e guloseimas. **(BRASIL, 2013, p. 107)**

Desenvolvimento: Costuma-se falar em desenvolvimento de forma distinta entre desenvolvimento físico, cognitivo e psicossocial, como uma forma de facilitar o estudo do desenvolvimento humano. Mas cabe apontar que tais aspectos estão interligados e influenciam-se mutuamente durante a vida do indivíduo. **(BRASIL, 2013, p. 121)**

Um instrumento útil e facilitador para uma melhor compreensão da família no ciclo de vida é o genograma (desenho gráfico da vida familiar com o objetivo de levantar informações sobre os seus membros e suas relações, através de gerações, constituindo-se numa ferramenta de avaliação muito utilizada pela terapia sistêmica de família) Além de proporcionar visão clara e ampla dos membros da família e de como se relacionam, o genograma retrata graficamente a história e o padrão familiar.

A manifestação de dificuldades no desenvolvimento é muito variável e pode ser de ordem mental, física, visual ou relacional. O déficit mental caracteriza-se por um estado de redução notável do funcionamento intelectual significativamente inferior à média, que se inicia durante o período de desenvolvimento da criança e está associado a limitações em pelo menos dois aspectos do funcionamento adaptativo: comunicação, cuidados pessoais, atividades de vida diária, habilidades sociais, utilização dos recursos comunitários, autonomia, aptidões escolares, lazer e trabalho. A hipóxia perinatal (definida de diversas formas dentre elas a que diz respeito ao metabolismo e à nutrição entre a mãe e o feto, na qual a asfixia leva a alterações nas condições fisiológicas do futuro bebê) e as infecções congênicas são as condições mais prevalentes que levam as crianças a apresentar déficit mental. (BRASIL, 2013, p. 125)

Rede de Cuidados: É necessário buscar sempre o contato prévio com as instituições e as pessoas que formarão a rede que estamos propondo, aumentando a possibilidade de resolutividade das situações complexas que são colocadas no cotidiano de trabalho. O procedimento de documentar o contato, esclarecendo o motivo e o objetivo comum, também poderá contribuir para instrumentalizar as pessoas envolvidas e estabelecer o planejamento da ação conjunta. (BRASIL, 2013, p. 223)

Destas assertivas evidenciam-se elementos que explicam a atuação interdisciplinar entre saúde e educação para amparar o crescimento e desenvolvimento de nossos cidadãos. Vale destacar as atribuições do Ministério da Saúde em face das atividades da atenção básica relacionadas ao

atendimento de crianças no Brasil, tais como a participação do processo de territorialização e mapeamento com identificação das famílias e/ou crianças expostas a riscos e vulnerabilidades e a manutenção do cadastramento das crianças no sistema de informação municipal e utilização desses dados para a análise da situação de saúde local. Na mesma linha a realização do cuidado à saúde da criança no âmbito das UBS e, quando necessário, no domicílio e nos demais espaços comunitários (escolas, creches, associações, entre outros) aliada à garantia da execução do calendário de acompanhamento do crescimento e desenvolvimento (puericultura) para toda criança da área de responsabilidade da UBS, zelando pela captação das mesmas logo após a alta da maternidade. Desenvolver ações que priorizem os grupos de risco e os fatores de risco clínico-comportamentais, alimentares e/ou ambientais, com a finalidade de prevenir o aparecimento ou a persistência de doenças e danos evitáveis aparece na sequência. Estão contempladas ainda a atenção à saúde da criança buscando a integralidade por meio da realização de ações de promoção, proteção, recuperação da saúde e prevenção de agravos e da garantia de atendimento à demanda espontânea, da realização das ações programáticas, coletivas e de vigilância à saúde bem como avaliação do cartão da criança em todas as oportunidades (nas visitas domiciliares, nas UBS, creches, escolas, etc.), verificando a curva de crescimento, o desenvolvimento e o estado vacinal.

Outras atribuições também são impostas, a exemplo da orientação à família para que ela, utilizando o cartão da criança, acompanhe seu crescimento e desenvolvimento; avaliação e observação da amamentação sempre que a criança comparecer na unidade de saúde, para prevenir o desmame precoce; busca ativa das crianças faltosas ao acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil ou em outras atividades/ações que a equipe realiza; responsabilizar-se pela população adscrita mantendo a coordenação do cuidado mesmo quando esta necessita de atenção em outros pontos do sistema de saúde; praticar cuidados familiares dirigido a coletividades e grupos sociais que vise propor intervenções que influenciem os processos de saúde.

Para as equipes de agentes da saúde representam atribuições importante as ações educativas que possam interferir no processo de saúde da população,

no desenvolvimento de autonomia, individual e coletiva, e na busca por qualidade de vida pelos usuários e a participação das atividades de educação permanente além de promover a mobilização e a participação da comunidade, buscando efetivar o controle social e identificar parceiros e recursos nos demais serviços e na comunidade que possam potencializar ações intersetoriais. (NOVA, 2020)

As iniciativas públicas que agregam valor à prevenção e combate das patologias em idade escolar contam também com o programa Escuta Especializada. O texto da regulação dispõe sobre a implantação de escuta especializada como serviço integrado ofertado no município no atendimento a crianças e adolescentes vítimas ou testemunhas de violência.

O Protocolo “Escuta Especializada” baseia-se na norma contida na Lei Nº 13.431 de 04 de abril de 2017 (BRASIL, 2017) que estabelece o sistema de garantia dos direitos da criança e do adolescente vítimas ou testemunhas de violência.

O Serviço de Escuta Especializada vem complementar o sistema de garantia de direito da criança e do adolescente vítima ou testemunha de violência, e consiste em uma técnica de entrevista utilizada por profissional capacitado da Rede de Proteção. Este procedimento deve ser limitado ao relato estritamente necessário para o cumprimento de sua finalidade, qual seja, a proteção da criança e do adolescente.

O Fluxo de atendimento será elaborado através de comissão específica, designada por Portaria municipal, que terá como membros representantes da rede de proteção da criança e do adolescente com vistas a sistematizar os atendimentos e encaminhamentos realizados a partir dos registros.

O objetivo da Escuta Especializada é acolher a vítima ou testemunha de violência, permitindo o relato livre para que a proteção e o cuidado à criança ou adolescente sejam devidamente prestados. Registre-se que as formas e manifestações da violência sexual extraídas dos seguintes normativos: Estatuto da criança e do adolescente – Lei 8.069 de 13/07/1990 (FUTURA, 2017) ; Estatuto da juventude – Lei 12.852 de 05/08/2013 (FUTURA, 2017) ; Lei da

Escuta Protegida - 13.431/2017 (BRASIL, 2017); Decreto 9.603/2018 (BRASIL, 2018) e da Lei nº 14.344, de 24 de maio de 2022 (BRASIL, 2022), relacionam-se à:

Violência sexual doméstica ou intrafamiliar ou incestuosa: quando existe laço familiar ou de responsabilidade entre a vítima e o agressor.

Violência sexual comunitária ou extrafamiliar: quando, geralmente, o agressor é alguém em que a vítima confia (educadores, profissionais de saúde, médicos, colegas, vizinhos, psicólogos)

Violência sexual ou assédio sexual: se expressa por meio de ameaças e chantagens, conversas abertas, exibicionismo, voyeurismo e pornografia.

Violência sexual com contato físico: carícias nos órgãos genitais, tentativas de relação sexual, sexo oral e penetração.

Pedofilia: atração erótica por criança, podendo o pedófilo se satisfazer com fotos, fantasias ou com o ato sexual.

Exploração sexual: caracteriza-se pela utilização de crianças e adolescentes com intenção de lucro ou troca de favores e dinheiro. Ocorre em redes de prostituição, de pornografia, de tráfico para fins sexuais, em viagens e no turismo.

Pornografia: uso e exposição de imagens eróticas, de partes do corpo ou de práticas sexuais entre adultos e crianças, outros adultos, animais, por intermédio de livros, fotos, filmes e internet.

Tráfico para fins de exploração sexual: envolve sedução, aliciamento, raptos, intercâmbio, transferências e hospedagem para posterior atuação das vítimas (Cadernos, Pg. 202)

Este panorama de atenção às crianças e adolescentes guarda muito significado no processo formativo e diz respeito à prevenção de casos abusivos que estão presentes em vários lares Brasil afora. As ações podem ser realizadas pelas instituições da rede de promoção e proteção, formada por profissionais da educação e da saúde, conselhos tutelares, serviços de assistência social, entre outros como política de combate aos crimes sexuais ainda de difícil denúncia e penalização no país.

METODOLOGIA

Este artigo, pautado no entendimento da sinergia entre saúde e educação tem origem nas observações sobre a importância das atuações conjuntas dos órgãos de governo como contribuição para a solução mais rápida e eficaz das demandas sociais que impedem o desenvolvimento da educação.

Os dados foram coletados em regime de revisão da literatura e analisados à luz das produções científicas publicadas nos livros, periódicos, sites e demais fontes disponíveis na rede mundial de computadores a exemplo das instituições como IBGE e Ministérios da Saúde e Educação, utilizando-se principalmente as expressões saúde na escola, educação inclusiva e plano Saúde na Escola.

Para a análise dos dados tomamos a região metropolitana de Piracicaba no Estado de São Paulo, criada em 10 de agosto de 2021 pela LCE 1.360/2021 no processo de alteração de aglomeração urbana, tida atualmente como característica de um polo de educação e saúde limítrofe com a região metropolitana de Campinas. A escolha reflete a extração de informações de um território composto de 24 cidades com área de 6.998,15 km² em que habitam 1.537.819 pessoas e conta com um PIB de 77 bilhões de reais e renda per capita de R\$ 20.987,00. Nesta região atuam 12 IES de destaque nacional e internacional a exemplo da Escola Superior de Agricultura Luiz de Queiróz da Universidade de São Paulo

(ESALQ), além das indústrias Hyundai e Caterpillar. As cidades disponibilizam nas suas plataformas institucionais:

Águas de São Pedro – registra ações nas áreas de atendimento multidisciplinar e assistência odontológica.

Iracemápolis – registra ações de combate à obesidade e na seção que trata dos projetos da Secretaria de Saúde, temos os programas: Rede Cegonha; Saúde da Mulher, Hidroginástica para gestantes; Pré-natal; Bloco dos exames da maternidade; Trabalhos da Vigilância Sanitária relacionados aos bloqueios de risco a exemplo de dengue do Pró-Água e Serviços terapêuticos com psicólogas nas UBS.

Limeira – registra ações da Biblioteca pedagógica e Oficina de Arteterapia Socioemocional para crianças de 8 a 12 anos:

Leme: registra ações no eixo temático – Criança e Saúde no Plano Municipal de Leme - Projeto Primeira Infância:

Piracicaba: registra ações na área de educação com a publicação da Cartilha do Plano Saúde na Escola

Pirassununga – registra ações da campanha contra poliomielite

Rafard: registra ações para os casos de Tracoma, aquisição de caminhão frigorífico e limpeza de caixas d'água:

Rio Claro – registra ações no curso Primeiros Socorros -

Santa Cruz da Conceição – registra ações da campanha contra o sarampo

As cidades de Analândia, Araras, Capivari, Charqueada, Conchal, Cordeirópolis, Corumbataí, Elias Fausto, Ipeúna, Mombuca, Rio das Pedras, Saltinho, Santa Gertrudes, Santa Maria da Serra e São Pedro não disponibilizaram informações nas áreas de educação e saúde que atendessem ao tema.

ANÁLISES

Do universo das 24 cidades que compõem a região Metropolitana de Piracicaba em São Paulo apenas nove, ou seja, 37,5%, registram ações relacionadas à interação entre Saúde e Educação, representando situação

preocupante se utilizarmos a ótica do usuário. Pais, mães e responsáveis são titulares do direito à informação de qualidade, haja vista a necessidade que têm de contar com o apoio das redes de ensino e educação nas suas comunidades para o acompanhamento integral de seus filhos em idade escolar.

Ocorre que em termos da divulgação das parcerias entre educação e saúde, notadamente em face do Programa Saúde na Escola, muitas cidades não registram detalhes mais abrangentes. Consideramos que a busca de informações nos sites destas municipalidades ainda permanece como espaço privilegiado para as comunidades que apresentam relativa dificuldade na tabulação e posterior interpretação de dados estatísticos dos repositórios como IBGE e Ministérios.

Frise-se que a divulgação das informações úteis à comunidade não tem caráter discricionário pelo poder público. Pelo contrário a Lei de Acesso à Informação (BRASIL, 2011), obriga que os entes federados registrem, de forma facilitada, dados e informações para os usuários dos serviços públicos.

Assim, os municípios que não têm esta preocupação ferem os ditames da legislação de regência e, sobretudo, não respeitam a necessidade de seus municípios em observar com detalhamento suficiente a aplicação de recursos técnicos e financeiros dos programas de saúde e educação, além de causar desorientação para os que mais precisam.

Destas considerações podemos inferir que existem perspectivas de integração das políticas de saúde e educação no processo de aprendizado que ocupam tema de grande relevância no contexto do combate às doenças, prevenção e ações da atenção básica que demandam estratégia e planejamento adequados para auxiliar nossas crianças e jovens no desenvolvimento de seus estudos, preparando-os para uma vida acadêmica e profissional saudável.

Esta constatação atende a mesma linha dos que têm se dedicado à observar a sinergia entre saúde e educação a partir das oportunidades identificadas na relação de interatividade nestas áreas governamentais cujos benefícios aliam-se ao preparo dos estudantes no início do ano letivo com a realização de testes e exames que antecipem problemas de saúde e acompanhamento especializado destes profissionais que podem controlar - de

forma periódica – algumas anomalias e indicar os tratamentos no próprio ambiente da escola.

As ações da saúde em sincronia com as demandas da escola pública refletem políticas públicas de viés participativo que contribuem sobremaneira para o aprendizado já que conciliam a assistência médica e práticas pedagógicas, razão pela qual a expressão intersectorialidade tem sido utilizada para identificar os objetivos dos projetos nestas áreas. Desta forma, o diálogo produz o enfrentamento de dificuldades e incentivo às mudanças necessárias de forma mais rápida e eficaz sob gestão conjunta. Completa este cenário o controle social das ações em especial nos municípios em que haja preocupação com o acesso às informações e evolução dos programas para que as famílias acompanhem a execução e as decisões em cada projeto.

Para a comunidade acadêmica que milita neste contexto, há um amplo espectro de possibilidades de investigação que podem enriquecer o debate, a exemplo da ampliação dos projetos, financiamento e alternativas que podem estar nos demais órgãos da administração, tais como saneamento, transporte e promoção social. No panorama atual pais e mães têm procurado os serviços da neurologia como solução dos “desvios” de comportamento, situação que também traduz-se como possível objeto de análise.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde os anos 50 os governos no Brasil têm articulado políticas voltadas à saúde e educação como proposta de vida e aprendizado de maior qualidade, conscientes de que a prevenção garante melhores resultados, razão pela qual contamos hoje com iniciativas a exemplo do Programa Saúde na Escola. Destacamos que a CF/88 (BRASIL, 1988), através do artigo 196 garantiu a saúde como direito social na preservação de princípios da democracia.

O processo de interação nestas duas frentes de governo tem representado importante canal de acesso à população que pode contar com cuidados médicos aliados à possibilidade de assistência no próprio ambiente

escolar. Desta perspectiva extraímos o atendimento aos objetos antes relacionados. Na educação a realização de aulas temáticas de ciências e biologia cujo conteúdo o aluno possa utilizar e levar para a família são exemplos. O ensinamento de cuidados com higiene, as práticas de atividades físicas e de alimentação saudável (inclusão de frutas e legumes no cardápio da merenda), hábitos da prevenção de doenças, aulas que abordem saúde mental, cuidar de uma horta na escola, capacitar os educadores para identificar sinais de distúrbios e incluir a participação do aluno em atividades extracurriculares relacionadas à saúde completam o quadro. Na Saúde, os eixos de atuação tomados a partir das ações de atenção básica que contribuem para a valorização do aprendizado podem ser explicados pelos procedimentos de preservação como o combate ao uso de álcool e drogas, educação sexual e prevenção de DST/Aids e apoio aos professores para orientá-los em relação aos sinais de distúrbios que eventualmente comprometam o aprendizado.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ÁGUAS DE SÃO PEDRO. **Notícias**. Águas de São Pedro amplia atendimento multidisciplinar para aluno, 2022. Disponível em: <<https://www.Águas de São Pedro amplia atendimento multidisciplinar para alunoaguasdesaopedro.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/386/aguas-de-sao-pedro-amplia-atendimento-multidisciplinar-para-alunohttps://www.aguasdesaopedro.sp.gov.br/portal/noticias/0/3/308/e>>. Acesso em: 15 out. 2022.

BRASIL. Constituição da República Federativa do Brasil, Brasília, 5 out. 1988. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 31 mar. 2020.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. **Lei No. 12.517, de 18 de novembro de 2011**, que regula o acesso a informações. Brasília, *Diário Oficial da União*, 2011. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2011-2014/2011/lei/l12527.htm>. Acesso em: 22 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria GM/MS nº 1.412, de 10 de julho de 2013**, 2013. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/prt1412_10_07_2013.html>. Acesso em: 15 set. 2022.

BRASIL. Lei 13.431 de 4 de abril de 2017. **Presidência da República**, 2017. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_Ato2015-2018/2017/Lei/L13431.htm>. Acesso em: 10 set. 2022.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Portaria Interministerial Nº 1.055, DE 25 DE ABRIL DE 2017**, 2017. Disponível em: <https://bvsmis.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2017/pri1055_26_04_2017.html>. Acesso em: 12 set. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto No. 9.603 de 10 de dezembro de 2018**, 2018. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2015-2018/2018/decreto/d9603.htm>. Acesso em: 29 out. 2022.

BRASIL. Ministério da Educação. **Programa Saúde nas Escolas**, 2022. Disponível em: <<http://portal.mec.gov.br/expansao-da-rede-federal/194secretarias-112877938/secad-educacao-continuada-223369541/14578-programa-saude-nas-escolas>>. Acesso em: 02 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Decreto No. 6.286 de 5 de dezembro de 2007**, 2022. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 29 out. 2022.

BRASIL. Presidência da República. **Lei 14.344 de 24 de maio de 2022**, 2022. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2019-2022/2022/lei/L14344.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%2014.344%2C%20DE%2024%20DE%20MAIO%20DE%202022&text=Cria%20mecanismos%20para%20a%20prev%C3%A7%C3%A3o,do%20C2%A7%204%C2%BA%20do%20art.>. Acesso em: 29 out. 2022.

FUTURA. O que é o Estatuto da Juventude? **Futura.org.br**, 2017. Disponível em: <<https://www.futura.org.br/trilhas/o-que-e-o-estatuto-da-juventude/>>. Acesso em: 11 mar. 2021.

IBGE. PeNSE - Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. **IBGE Estatísticas Experimentais**, 2022. Disponível em: <<https://www.ibge.gov.br/estatisticas/sociais/educacao/9134-pesquisa-nacional-de-saude-do-escolar.html?=&t=resultados>>. Acesso em: 29 out. 2022.

IRACEMÁPOLIS, 2022. Disponível em: <<http://saude.iracemapolis.sp.gov.br/canal-da-saude/?playlist=d3cfd19&video=b586aee>>. Acesso em: 02 out. 2022.

MUNICÍPIOS, C. N. D. AGENDA 2030 PARA O DESENVOLVIMENTO SUSTENTÁVEL. **CNM**, 2022. Disponível em: <<http://www.ods.cnm.org.br/agenda-2030>>. Acesso em: 18 set. 2022.

NOVA LIMA, S. M. D. S. D. P. M. D. Protocolo de Atenção à Saúde da Criança, dez. 2020. Disponível em: <<https://novalima.mg.gov.br/uploads/arquivos/16091754538vIQ1MssEd.pdf>>. Acesso em: 22 out. 2022.

PIRACICABA. Cartilha Programa Saúde na Escola Ciclo 2021 - 2022 da **Prefeitura de Piracicaba**, 2021. Disponível em: <<https://midiasstoragesec.blob.core.windows.net/001/2021/06/cartilha-piracicaba-pse-21-22.pdf>>. Acesso em: 15 set. 2022.

SANTOS, A. L.; JACOBS, E. IBGE libera resultados do PeNSE 2019 - a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar. **JAcobs Consultoria**, 2021. Disponível em: <[https://www.jacobsconsultoria.com.br/post/ibge-libera-resultados-do-pense-2019-a-pesquisa-nacional-de-sa%C3%BAde-do-escolar#:~:text=O%20PeNSE%202019,milh%C3%B5es%20\(50%2C7%25\)>](https://www.jacobsconsultoria.com.br/post/ibge-libera-resultados-do-pense-2019-a-pesquisa-nacional-de-sa%C3%BAde-do-escolar#:~:text=O%20PeNSE%202019,milh%C3%B5es%20(50%2C7%25)>)>. Acesso em: 18 set. 2022.

SÃO PAULO. **Assembleia Legislativa do Estado de São Paulo**. Lei Complementar 1360, de 24 de agosto de 2021, que cria a Região Metropolitana de Piracicaba, 2021. Disponível em: <<https://www.al.sp.gov.br/norma/199660>>. Acesso em: 15 set. 2022.

SAÚDE, M. D. **Saúde da Criança**: Crescimento e Desenvolvimento. 33. ed. Brasília : MS - OS 2013/0295, 2013. 272 p. Acesso em: 07 set. 2022.

SILVA, C. D. S. **Saúde na Escola**: intersectorialidade e promoção da saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2019.

UNICEF, G. -. Situação das crianças e dos adolescentes no Brasil. **UNICEF**, 2022. Disponível em: <<https://www.unicef.org/brazil/situacao-das-criancas-e-dos-adolescentes-no-brasil>>. Acesso em: 31 out. 2022.