

PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA: CONTRIBUIÇÕES PARA UMA REFLEXÃO SOBRE O ALUNO COM DOENÇA FALCIFORME

Rita de Cassia Ladeira¹

1-Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ)

Contato: ritaladeira@bol.com.br

RESUMO

Objetivo: Discutir e analisar a importância da visibilidade do aluno com Doença Falciforme no Programa Saúde na Escola (PSE). **Material e Método:** Pesquisa documental a partir de três textos oficiais: o Decreto Presidencial número 6.286 de 05 de dezembro de 2007 que instituiu o PSE, o Caderno de Atenção Básica n. 24 Série B Textos Básicos de Saúde e a publicação Passo a Passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade Série C Projetos, programas e relatórios. O tratamento dos dados foi realizado através da teoria da análise do discurso. **Resultados:** Nos três textos analisados não há qualquer referência sobre a Doença Falciforme tampouco o reconhecimento sobre a presença do aluno falcêmico no ambiente escolar enquanto sujeitos partícipes no processo da vida social. **Conclusão:** Mediante seu aspecto vulnerabilizante com forte impacto no processo de escolarização, sugerimos uma reorientação no documento que regulamenta o PSE, bem como uma reformulação em seus respectivos editoriais no sentido de acrescentar à lista de doenças crônicas e negligenciadas a patologia Doença Falciforme.

Palavras-chave: Política Pública; Intersetorial; Educação; Saúde; Anemia Falciforme.

ABSTRACT

Objective: Discuss and analyze the importance of visibility of students with Sickle Cell Disease in school Health Program (HSP). **Material and Method:** Documentary research from three official texts: the Presidential Decree number 6286 of December 05, 2007 which instituted the HSP, the Primary Care Notebook n. 24 Serie B Basics Texts of Health and the publication Walkthrough HSP: Health in School Program: weaving paths of intersectoral projects, programs and reports Serie C. Data analysis was performed through the discourse analysis theory. **Results:** In the three analyzed texts there is no reference to the Sickle Cell Disease either the recognition of the presence of sickle cell student at school as participants subjects in the process of social life. **Conclusion:** By its vulnerabilizante aspect with strong impact on schooling, we suggest a reorientation in the document that regulates the HSP, as well as an overhaul in their editorials in order to add to the list of chronic and neglected diseases the sickle cell disease pathology.

Keywords: Public Policy; Intersectoral; Education; Health; Sickle Cell Anemia.

1. INTRODUÇÃO

A saúde e a educação são áreas estratégicas na sociedade quando pensamos em impulsionar o desenvolvimento humano. Essas áreas, quando trabalhadas em conjunto, possuem aspectos particulares para o desenvolvimento humano que nos permite pensar em alunos cidadãos inseridos em um espaço escolar mais democrático e saudável.

Nessa perspectiva, uma escola saudável deve ser entendida como um ambiente vital gerador de criatividade, autonomia, e participação crítica para que o aluno possa adquirir a possibilidade de desenvolver suas potencialidades físicas, psíquicas, cognitivas e sociais (Cardoso et al, 2008).

Segundo o Ministério da Saúde (MS, 2001), a escola está apta a desenvolver determinados cuidados que envolva o corpo, considerando o ambiente no qual o aluno está inserido, e para promover conhecimentos, habilidades e destrezas para o autocuidado da saúde, além de ser um local capaz de prevenir condutas de riscos e agravos em todas as oportunidades educativas.

A partir dessas considerações, o conteúdo saúde encontra-se estruturado nos Parâmetros Curriculares Nacionais do Ministério da Educação (MEC), no livro nº 09.2, como um tema transversal que deve ser trabalhado e desenvolvido em todas as disciplinas curriculares. Embora saibamos que a escola sozinha não conduz o aluno à aquisição de saúde, essa transversalidade se justifica para que possamos compreender melhor a dicotomia saúde/doença em suas múltiplas e complexas dimensões.

Cabe ressaltar que essa compreensão vem de encontro aos parâmetros da Organização Mundial de Saúde (OMS), que instituiu um conceito mais ampliado sobre saúde. Segundo a OMS, o conceito de saúde não pode ser determinado apenas pela ausência da doença, mas pelo perfeito bem-estar físico, mental e social. Atualmente, tais expressões vêm sendo amplamente utilizadas, tanto no campo da construção e produção do conhecimento científico, quanto nas normatizações de leis e decretos que incidem nas relações sociais em saúde (MS, 2001).

O interesse pela forma mais ampliada de saúde como estratégia para melhorar qualidade de vida da população exige novas ações governamentais com claras tendências a englobar e exceder o limite da área da saúde como sendo a única arena responsável por essa

demanda. A partir desse novo enfoque, a saúde pública brasileira decide elaborar algumas ações mediadoras através da execução de políticas intersetoriais (MS, 2001).

Chama a atenção o Programa Saúde na Escola (PSE), instituído pelo Decreto Presidencial número 6.286 de 05 de dezembro de 2007, que emerge como um exemplo de ação mediadora ao extrapolar o ambiente da saúde a outras áreas de abrangência, neste caso, o território escolar.

A construção do PSE é uma iniciativa denominada e constituída como uma Política Pública intersetorial entre o MEC e o MS cujos parâmetros estabelecidos sugerem ao MEC a responsabilidade pela articulação no sistema escolar e pela aquisição de equipamentos necessários, bem como a qualificação de seus profissionais. Já o MS torna-se responsável pela confecção do material impresso a ser enviado às escolas, além de ser o mantenedor das equipes da Saúde da família que irão integrar-se ao programa.

Em seus pressupostos, o PSE compreende a Educação e a Saúde como um direito constitucional de cidadania e justiça social. Dentro das possibilidades, o PSE possui como eixo estruturante de suas ações a colaboração dos setores de saúde e educação, respeitando os princípios e as diretrizes que os fundamentam numa perspectiva de contribuir com a lógica da integralidade entre a prevenção, a promoção e a atenção em saúde (BRASIL, 2009, p.09).

A base das ações previstas para o PSE é uma integração entre a Rede de Escola e a Rede Básica de Saúde do Sistema Único de Saúde (SUS). Nesse contexto, é possível afirmar que o programa apresenta-se centrado numa proposta de gestão compartilhada entre o MS e o MEC, por entender que os elementos da saúde e da educação estão presentes de modo bastante expressivo durante todo o desenvolvimento humano (BRASIL, 2009, p.09).

Além de outras práticas, o insumo para a concretização do PSE inclui a produção de materiais didático-pedagógicos elaborados pelas equipes multiprofissionais desses dois Ministérios. Assim sendo, esses materiais têm por objetivo cumprir diversificadas funções com vistas superar e reduzir vulnerabilidades e negligências em saúde no ambiente escolar. Para tanto, orienta os sujeitos envolvidos e auxilia na construção de espaços de diálogos entre alunos, professores, profissionais de saúde e comunidade (BRASIL, 2009, p.09).

No intuito de nortear a equipe da Estratégia Saúde da Família (ESF) sobre a implantação do PSE, o MS editou o *Caderno de Atenção Básica, n. 24 Saúde na escola* cujo objetivo é “materializar a parceria entre o setor de Educação e o setor de Saúde” (BRASIL, 2009, p.09).

Em virtude a natureza complexa das questões envolvidas e como suporte mediante à abrangência do desafio proposto a ser enfrentado, o MS em conjunto com o MEC elaborou o documento instrutivo *Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade*. Esse documento contém informações básicas sobre os principais componentes do PSE, bem como os procedimentos a serem realizados nesse programa, além de informar as atribuições dos executores nas diferentes esferas do governo.

Em síntese, a construção desses três documentos – o Decreto Presidencial de número 6.286; o *Caderno de Atenção Básica, n. 24 Saúde na escola; Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade* - é uma iniciativa governamental que chama a atenção para a questão da saúde do escolar. Nesse sentido o presente estudo originou-se de reflexões sobre esse documento e textos que fundamentam o PSE, motivadas pela importância do conhecimento e informação adequada no espaço escolar sobre a Doença Falciforme, uma patologia ausente nos textos, mas que impacta negativamente o processo de aprendizagem e escolarização, particularmente da população negra.

2. A INFLUÊNCIA DA DOENÇA ANEMIA FALCIFORME NA ESCOLARIZAÇÃO

Dentre os vários tipos de doenças falciformes a de maior significado clínico, social e epidemiológico é a Anemia Falciforme (AF). A AF é uma patologia definida pela biomedicina como uma hemoglobinopatia do tipo qualitativa de natureza genética hereditária.

A enfermidade distingue-se por apresentar eventos clínicos graves variáveis, responsáveis pelos altos índices de morbimortalidade, e caracteriza-se por sua configuração de condição crônica, termo apresentado pela OMS para conceituar doenças de longa duração que exigem cuidados e atenção continuados e prolongados.

Os indicadores epidemiológicos quantificam os afrodescendentes como o grupo populacional mais acometido pela AF, compreendendo um padrão de ocorrência que refletem possibilidades da doença acometer, em virtude de nossa miscigenação, um contingente cada vez mais significativo de pessoas, configurando-se, assim, sua importância na saúde pública.

Cabe destacar que ao enfatizarmos questões relacionadas entre saúde e população afrodescendente, chamamos a atenção para o fato de grupos étnico-raciais não brancos no Brasil vivenciarem episódios de exclusão, preconceitos, iniquidades, vulnerabilidades, marginalidade, discriminação, além das mais diversificadas formas de racismo.

Para LAGUARDIA (2006) a relevância da AF como sendo uma doença étnica-racial apoia-se em três aspectos relacionados a essa enfermidade que caracterizariam uma maior suscetibilidade da população afrodescendente nas estimativas pesquisadas: origem geográfica,

etiologia genética e as estatísticas de prevalência. Segundo o MS, por ano cerca de 3.500 crianças brasileiras nascem com a doença AF e 200 mil nascem com o traço falciforme.

Ainda que este texto não permita uma reflexão mais apurada sobre o desenvolvimento escolar de pessoas acometidas pela AF, há uma severa influência da AF no crescimento e desenvolvimento escolar de crianças e adolescentes, muito embora a doença não comprometa de nenhuma forma o potencial intelectual desses sujeitos. Destacamos que diferentes lesões clínicas e subclínicas causadas pelas recidivas ocorrências nos vários episódios de crises provenientes da enfermidade, por vezes levam esses alunos a frequentes internações hospitalares.

Essas hospitalizações para tratamento são responsáveis por rotineiras e longas ausências no período letivo e podem tanto dificultar a aprendizagem quanto provocar um alto índice de reprovação, motivos suficientes para que ocorra evasão escolar, reafirmando, desse modo, um abismo intelectual que provoca um ciclo de disparidade e injustiça social na população que historicamente é a mais vulnerável e negligenciada em nosso país.

3. MATERIAL E MÉTODO

A metodologia utilizada para o desenvolvimento desse estudo foi o uso da técnica de pesquisa documental e para tanto, recorreremos à leitura e orientações do Decreto Presidencial de número 6.286 de 05 de dezembro de 2007 que instituiu a implantação do PSE, e didaticamente será identificado com o número (1); aos textos oficiais editados pelos MS e MEC sobre essa temática, em particular os *Cadernos de Atenção Básica; n. 24 Série B. Textos Básicos de Saúde* de 2009, e didaticamente será identificado com o número (2), e a publicação *Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade Série C. Projetos, programas e relatórios* de 2011, e didaticamente será identificado com o número (3).

Com o objetivo de examinar diferentes propostas às práticas em educação e em saúde para a operacionalização do PSE, esse estudo fundamenta-se na teoria da análise do discurso, visto que as ações propostas pelas políticas públicas são elaboradas através da linguagem escrita cujos modelos construídos possuem princípios ideológicos e sociais que retratam mais fielmente o modo como a sociedade percebe a imagem do ser humano nas diversificadas instâncias sociais.

Dentro da proposta do PSE, o documento (1) é um Decreto Presidencial organizado por cinco componentes: 1) avaliação clínica e psicossocial; 2) ações de promoção da saúde e

prevenção das doenças e agravos; 3) educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e Saúde e de jovens para o PSE; 4) monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes; e 5) monitoramento e avaliação do PSE.

O documento (2) é um caderno destinado prioritariamente às Equipes de Saúde da Família e deve ser conservado no local de trabalho. O documento (3) é um editorial instrutivo que destaca a importância do apoio dos gestores de todas as esferas governamentais e dos setores de educação e saúde. Também enfatiza a construção de grupo de trabalho intersetorial obrigatoriamente composto por representantes das secretarias de saúde e educação em todos os níveis federados, além de parceiros locais e, entre outras deliberações, reflete sobre os componentes que envolvem a avaliação clínica e psicossocial, a promoção e prevenção à saúde, o processo e formação das equipes de educação e de saúde e a disposição dos gestores envolvidos.

4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Antes de discutir as contribuições dos resultados, alguns aspectos devem ser considerados. Pensar a Educação e a Saúde como um tema transversal em política intersetorial é considerar também representações sociais heterogêneas no processo educação-saúde-doença. Deve-se não só identificar essas representações, mas admitir também uma diversidade de auto-reconhecimento e saberes para que haja uma construção compartilhada de informações que induza ao empoderamento de determinados sujeitos como um ser social, visível e incluído.

Nesse sentido, uma comunidade de educadores capaz de interpretar a doença AF e suas intercorrências, possuem habilidades para adotar medidas simples de cuidados e acompanhamentos que auxiliam na prevenção das crises ao reconhecer sinais e sintomas precoces, assegurando apoio aos afetados por essa enfermidade no ambiente escolar.

Somente através do conhecimento é possível mudar realidades, pois a falta de informação possibilita gerar ações equivocadas que podem prejudicar a participação social e o processo de escolarização dos alunos com AF. O desafio é conseguir discutir o direito ao acesso à educação e a qualidade dos processos de ensino em que os falcêmicos estão inseridos.

Tendo como premissa essa enfermidade, estudos comprovam que a condição crônica da AF justifica queixas de cansaço, desânimo e falta de concentração nas atividades escolares, o que requer uma atenção e compreensão diferenciada por parte dos professores e demais

educadores sobre sua condição clínica, evitando rotulações, estigmas e estereótipos como indisciplina, preguiça e desatenção.

Existem algumas particularidades sobre o aluno com AF e sobre sua condição de saúde ao ser um doente crônico de extrema relevância. O aluno falciforme não deve ficar exposto em ambiente muito refrigerado, pois a baixa temperatura pode desencadear uma crise álgica. Deve sempre haver um cuidado maior nos exercícios físicos exaustivos respeitando seus baixos limites e a necessidade maior de hidratação a fim de evitar as crises hemolíticas. Assim, há uma grande importância de sempre ingerir líquidos, desse modo, os constantes pedidos de saída de sala de aula para ir ao sanitário deve ser respeitado e entendido como natural.

É oportuno salientar que a divulgação mais ampla sobre a AF, em manuais de orientações ou instrutivos e em cadernos de saúde endereçados aos atores envolvidos com a dinâmica do PSE, podem trazer medidas eficazes que favoreçam uma melhor postura dos profissionais da educação diante das diversas situações vivenciadas por esses alunos nas escolas.

Vale destacar, ainda, que as raras pesquisas existentes sobre AF e o espaço escolar apontam que o conhecimento dos educadores sobre esses alunos e as suas características clínicas, que interferem em seu desenvolvimento e comportamento, é de grande valia para assegurar uma melhor assistência e um adequado crescimento educacional. Pode também contribuir para diminuir a evasão escolar, além de estar de acordo com os parâmetros da OMS que desde os anos 90 desenvolve o conceito e iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde.

Por se tratar de uma pesquisa documental e no intuito de contextualizar, problematizar e analisar a ausência da AF no rol das doenças crônicas e negligenciadas no PSE, cuja lógica se propõe fortalecer e enfrentar vulnerabilidades no campo da saúde que comprometam o desenvolvimento escolar, primeiramente apresentamos integralmente partes do texto contido no documento oficial (1) que institui o programa.

O PSE instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, parceria entre os Ministérios da Saúde e da Educação, na perspectiva da atenção integral (proposição de uma política intersetorial prevenção, promoção e atenção) à saúde de crianças, adolescentes e jovens do ensino básico público (educação infantil, ensino fundamental e médio, educação profissional e tecnológica e na educação de jovens e adultos (EJA), no âmbito das escolas e/ou das unidades básicas de saúde, realizadas pelas Equipes de Saúde (BRASIL, 2007, p. 1).

O documento (1) do PSE é constituído por nove artigos que abordam as divisões de suas bases. Em seu artigo 3º, “aponta, especificamente, as equipes de Saúde da Família para constituir, junto com a Educação Básica, uma estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar” (BRASIL, 2009).

De modo indireto o 3º artigo referencia os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) em forma de diretriz para a concretização do programa. Algumas lógicas do SUS estão citadas neste artigo, exceto os princípios da universalidade e da equidade. A universalidade garante que a saúde seja um direito de todas as pessoas e a equidade possui por finalidade tratar de modo desigual os desiguais, proporcionando atenção às premências em saúde coletiva ao considerar as alterações e os agravos individuais em saúde.

Desse modo, podemos observar que foram excluídos os alunos da Rede privada de Educação e aqueles que possuem patologias não contempladas em seus instrumentos normativos. Fica claro que o PSE, um programa da esfera federal, fere o princípio doutrinário da universalização e da equidade do SUS, além de não se constituir como uma estratégia autônoma necessitando de outra equipe para sua efetivação, neste caso a equipe da Saúde da Família, formada em quase sua totalidade por recursos humanos contratados em consequência aos ajustes das finanças públicas municipais.

Cabe ressaltar que a equipe da Saúde da Família é organizada por equipe multiprofissional composta por médico generalista, enfermeiro, técnico de enfermagem, agentes comunitários de saúde e outros profissionais podem ser incorporados ao trabalho, a exemplo de dentistas, assistentes sociais e psicólogos.

Ainda no documento (1) em seu artigo 4º estão citadas as ações de saúde previstas no âmbito do PSE e diz textualmente que:

[...] as equipes de Saúde da Família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas. (BRASIL, 2007b).

O PSE considera, em sua área temática, atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde que aparentemente devem ocorrer de forma simultânea, entre elas: Avaliações clínica, nutricional, oftalmológica, auditiva, psicossocial e da saúde e higiene bucal; Promoção da alimentação saudável, da saúde sexual e da saúde reprodutiva e da cultura

no âmbito escolar; Atualização e controle do calendário vacinal; Redução da morbimortalidade por acidentes e violências; Prevenção e redução do consumo do álcool, do uso de drogas; Controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; Educação permanente em saúde; Atividade física e saúde; Inclusão de temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas.

No entanto, a equipe de Saúde Básica, a qual se insere a Saúde da Família, não possui por padrão alguns especialistas que possam oferecer suporte básico para que haja articulação entre essas diversas atividades. Nesse sentido o PSE cria um vínculo de dependência recorrendo a outros programas com equipes alocadas, a exemplo da equipe de Saúde Bucal¹ e oftalmologista.

Um aspecto a ser considerado diz respeito aos especialistas não contemplados em qualquer equipe de saúde, a exemplo do nutricionista para avaliação nutricional. Outro aspecto diz respeito aos profissionais não estatutários, o que pode levar a uma grande rotatividade de pessoal, fragmentando e descontinuando ações e práticas já iniciadas.

A maneira pela qual atualmente lidamos com a saúde pública se insere nas práticas em que o servidor público de saúde ao longo do tempo foi sendo eliminado através da flexibilização e desregulamentação das relações trabalhistas. Nesse sentido, o Estado, “compromete o serviço que antes era público com o faturamento, com a otimização da relação custo-benefício, com a quantidade e não com a qualidade da atenção prestada à população” (LIMA, 2010, p.372).

Desse modo, a gestão dos serviços públicos de saúde transforma os serviços de saúde em agências privadas denominadas ‘organizações sociais’(OS), caracterizando, assim, a introdução do conceito neoliberal na administração dos serviços públicos, um formato que se agrega a uma nova faceta que é a interferência privada na implementação de programas públicos sociais.

Podemos observar que, em nome de uma administração mais moderna, o gestor entrega ao setor privado os serviços e as estratégias de saúde que são financiadas com recursos públicos. Essas OS, de acordo com alguns críticos, contratam os profissionais por critérios próprios, sem preocupar-se com a real necessidade das demandas populacionais, o que pode também contribuir para fragilizar o PSE.

¹ É oportuno citar que para preencher algumas dessas lacunas os Ministros de Estado da Educação e da Saúde, no uso das atribuições que lhe conferem instituíram o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e de Oftalmologia no ano de 2013 (nota da autora).

São questões que as prefeituras municipais têm que dar conta, pois de acordo com as diretrizes do documento (3), a transferência de recurso financeiro e material do PSE para os municípios credenciados “está condicionada à assinatura, pelos secretários municipais de Saúde e Educação, do instrumento de contratualização, o Termo de Compromisso” (BRASIL, 2011).

Desse modo, ao assinar o termo de compromisso firmado entre as Secretarias Municipais de Saúde e de Educação o gestor pactua e formaliza as responsabilidades e metas inerentes à execução do PSE, no território de sua responsabilidade, objetivando o desenvolvimento das ações de prevenção, promoção e atenção à saúde dos escolares, para recebimento de recursos financeiros.

Segundo o documento (2) “As avaliações clínicas devem ser estruturadas de modo a rever o desenvolvimento da criança ou adolescente por meio da história clínica e a realizar um exame físico dirigido, objetivando identificar problemas agudos e/ou crônicos” (BRASIL, 2009). Adentrando nessa questão acerca dos problemas crônicos, aspecto mais relevante ao tratarmos de AF, esse documento possui um anexo com componentes que destacam as linhas de ações do PSE.

Desse modo, na linha de ação 3, o documento (2) ressalta “Detecção Precoce de Hipertensão Arterial Sistêmica” (BRASIL, 2011), um exemplo de doença crônica. Na linha 4 instrui sobre a “Detecção Precoce de Agravos de Saúde Negligenciados (Prevalentes na Região: Hanseníase, Tuberculose, Malária, entre outras.), bem como a Presença de Asma Brônquica ou outras Doenças Crônicas” (BRASIL, 2011, p.28), não especificando quais são essas outras doenças crônicas.

Segundo o MS (2011),

Doenças negligenciadas são aquelas que contribuem para a manutenção da desigualdade social, pois estão associadas à situação de pobreza, às precárias condições de vida e às iniquidades em saúde. Apesar de serem responsáveis por quase metade da carga de doença nos países em desenvolvimento, os investimentos, tradicionalmente, não priorizaram essa área. Por meio de dados epidemiológicos, demográficos e do impacto da doença, foram definidas prioridades de atuação que compõem o programa do Ministério da Saúde em doenças negligenciadas: dengue, doença de Chagas, leishmaniose, hanseníase, malária e esquistossomose (BRASIL, 2011, p.28).

Em diversos países, a AF vem sendo considerada uma doença negligenciada e o seu lado mais perverso se revela na escassez de recursos terapêuticos para o seu tratamento

(SANTOS e CHIN., 2012). MARQUES *et. al.* (2012) ao abordarem a AF em seu artigo *Reverendo a anemia falciforme: sintomas, tratamentos e perspectivas* avalia que:

É importante ressaltar que as pesquisas têm um valor elevado, e se tratando de uma doença que acomete em sua grande maioria pessoas de baixa renda e de origem afrodescendente, observa-se que as empresas investem pouco em busca de novas tecnológicas para a cura da mesma, podendo ser classificada como uma doença negligenciada, visto que outras enfermidades que tem uma menor prevalência recebem uma maior atenção das autoridades e investidores, principalmente empresas farmacêuticas que visam em sua grande maioria apenas o lucro (MARQUES, *et. al.*, 2012, p. 39).

Atualmente existem convergências e divergências no rol de agravos considerados negligenciados. Morel (2006), aponta as três principais causas que identificam as falhas sobre as doenças consideradas negligenciadas. As falhas de ciência que se referem aos conhecimentos insuficientes, as falhas de mercado que dizem respeito à situação de medicamentos e as falhas nos programas de saúde pública que ocorrem quando estratégias terapêuticas acessíveis ou gratuitas não chegam às populações afetadas devido a problemas de planejamento construindo um cenário de invisibilidade, silêncio, esquecimento e por fim de negligência.

O MS no Brasil define que as doenças negligenciadas são as que “não só prevalecem em condições de pobreza, mas também contribuem para a manutenção do quadro de desigualdade, já que representam forte entrave ao desenvolvimento dos países” (BRASIL, 2010) e seguindo a classificação da OMS, que as dividiu em Tipos I, II e III, considerou e definiu sete prioridades de atuação como a Doença de Chagas, Leishmanioses, Malária, Tuberculose, Hanseníase, Dengue e Esquistossomose.

As enfermidades denominadas doenças crônicas, o PSE reconhece no documento (2) apenas as não transmissíveis e não visibiliza qualquer referência a AF que é uma doença crônica genética, hereditária e, portanto, denominada como transmissível.

No que tange o objeto deste estudo, podemos afirmar que a representação social de determinado sujeito passa a ser considerado a partir do momento em que é citado e se produz informações a seu respeito e a sua condição. Na qualidade de invisíveis, indivíduos, grupos e doenças não serão considerados no planejamento de estratégias e programas, nem na promoção de ações de prevenção e assistência à saúde. Sem inclusão, não há cidadania. Sem cidadania, não há saúde e sem saúde não há desenvolvimento humano.

Por fim, a título de ilustração e sem qualquer pretensão de esgotar o leque de variáveis enfocadas nesse campo, as palavras utilizadas nesses documentos possuem suportes nos princípios do capitalismo, entretanto esconde genuínas intenções ao se utilizar de uma linguagem percebida num primeiro momento como neutra, mas que dissimulam conceitos e intenções neoliberais como: alianças, parcerias, arrecadar, mecanismo de pontuação, convênio, entre muitas outras.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados e as discussões neste estudo podem contribuir para um melhor entendimento sobre o PSE, possibilitando aos profissionais da saúde e educação reconhecer a presença do aluno falcêmicos no ambiente escolar enquanto sujeitos partícipes no processo da vida social.

As questões abordadas podem auxiliar no debate político entre os sujeitos envolvidos sobre a AF enquanto doença crônica com características de alto risco de estado de adoecimento que se configura em grande vulnerabilidade no processo educacional. Levando em conta essas questões, podemos observar que o PSE adquiriu uma postura não inclusiva frente aos alunos que carregam marcas das diferenças, desprezando seus agravos e impactos na educação, além de suas sequelas físicas e emocionais.

Concluimos que após análise desses documentos oficiais, seus conjuntos ordenados de frases e proposta organizacional se constituem numa coleção de ideias centradas e propagadas nos conceitos do neoliberalismo. Nesse sentido, se partirmos do pressuposto de que pensamento e prática compõem o real, mantendo com ele e entre si relações dialéticas, constatar-se-á a representação de um ideário político correto, mas que acabam por esconder os reais efeitos dos sentidos e das formações discursivas subjacentes através do uso de algumas palavras que camuflam verdadeiras intencionalidades.

Por fim, em defesa da importância do aluno com AF, sugerimos uma reorientação no documento que regulamenta o PSE e uma reformulação em seus respectivos editoriais no sentido de acrescentar na lista de doenças crônicas e negligenciadas a doença falciforme mediante seu aspecto vulnerabilizante com forte impacto no processo de escolarização.

6- REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

BRASIL, Ministério da Saúde. **Guia prático do Programa de Saúde da Família**. Departamento de Atenção Básica. Rio de Janeiro, RJ; 2001.

_____. Ministério da Saúde. **Manual de diagnóstico e tratamento de doenças falciformes**. Agência Nacional de Vigilância Sanitária. Brasília, DF 2002.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE)**. Despacho n.º 12.045/2006. Diário da República, n.110, 7 de junho de 2006.

_____. Ministério da Saúde. **Saúde na escola**. Caderno de Atenção Básica, n. 24. Brasília: Ministério da Saúde, 2009.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de Ciência e Tecnologia, Secretaria de Ciência, Tecnologia e Insumos Estratégicos. **Doenças negligenciadas: estratégias do Ministério da Saúde**. Revista Saúde Pública, São Paulo, v.44, n.1, p.200-202, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Ministério da Educação Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersectorialidade**, Brasília: 2011.46 p.: il. – (Série C. Projetos, programas e relatórios). Disponível em: <<http://pesquisa.bvsalud.org>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Parâmetros Curriculares Nacionais**. Livro 09.2.

_____. Programa Saúde na Escola. Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007. D.O.U. DE 06/12/2007, P. 2

CARDOSO V; REIS, A.P.; IERVOLINO, S.A. Escolas Promotoras de Saúde. **Rev Bras Crescimento Desenvol Hum**. 2008; 18(2): 107-115.

LAGUARDIA, J. No fio da navalha: anemia falciforme, raça e as implicações no cuidado à saúde. **Rev. Estud. Fem**. v14,n1, 2006. Disponível em: <<http://www.ufjf.br/pgsaudecoletiva/files/2013/03>>. Acesso em: 13 jun. 2013.

LIMA, J. C. F. **Política de Saúde e Formação Profissional dos Trabalhadores Técnicos de Enfermagem**. Tese (Doutorado em Políticas Públicas e Formação Humana), Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2010. Disponível em: < <http://www.acervo.epsjv.fiocruz.br/>>. Acesso 17 jun. 2013.

MARQUES, V. et al. Revendo a anemia falciforme: sintomas, tratamentos e perspectivas. **Revista Científica da Faculdade de Educação e Meio Ambiente** 3(1):39-61, jan-jun, Rondônia, 2012. Disponível em: <<http://www.faema.edu.br/revistas>>. Acesso 11 dez. 2013.

MOREL, C. Inovação em saúde e doenças negligenciadas. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 22, n. 8, p.1522-1523, Rio de Janeiro, 2006.

SANTOS, JL; CHIN, CM. Anemia falciforme: desafios e avanços na busca de novos fármacos. **Quím. Nova**, São Paulo. 2012; v. 35, n. 4.