

.....

Este artigo trata da Saúde Escolar em Campo Grande/MS, tomando como foco seu discurso. Revela que este, medicalizando as questões de aprendizagem escolar, ao relacionar “fracasso escolar” com estado de saúde das crianças e adolescentes, formula promessas que não se concretizam. Desconsiderando a inserção social do aluno, o ensino de hábitos higiênicos e os cuidados à saúde não resolvem nem as questões de aprendizagem nem as possíveis questões de saúde dos alunos que frequentam a escola pública, lugar de ação da Saúde Escolar. Esse discurso serve, entretanto, aos interesses de ampliação do mercado de trabalho para profissionais da área de saúde e consumo de produtos industrializados dessa área, sendo, ainda, instrumento utilizado para controle social da população pobre e para propaganda político-partidária.

Palavras-chave: Educação e saúde, Saúde Escolar,
Saúde e aprendizagem

This article deals with the School Health in Campo Grande/MS, focusing on the proclaimed discourse. It reveals that the School Health discourse in Campo Grande, handling learning questions as a medical issue, relates “school failure” with health condition of children and adolescents, which leads to the formulation of promises that are not accomplished. The teaching of hygienic habits and healthcare, disregarding the student’s social milieu, does not solve nor the learning questions nor the possible issues of the student’s health attending public school, place of action of the School Health. The mentioned discourse serves, however, to the interests of amplification of the labor market for professionals of the area of the Health and to the consumptions of industrialized products of that area, being, in addition, an instrument used for social control of the poor population and for political-party propaganda.

*Keywords: Education and health,
School Health, Health and learning*

O Discurso e as Promessas da Saúde Escolar em Campo Grande/MS*

Léa de Lourdes
Calvão da Silva

Professora da Faculdade de
Educação da Universidade
Federal Fluminense

*“Palavra, palavra,
(digo exasperado),
se me desafia,
aceito o combate.”*

Carlos Drummond de Andrade

1. Introdução

A *Saúde Escolar*¹ foi introduzida no Brasil em meados do século passado, sendo o objeto de sua atenção a criança que está na escola, e não qualquer criança em “idade escolar”, como anuncia sua definição: “*Saúde Escolar é a parte da medicina que estabelece os meios de promoção, proteção e recuperação da saúde física, mental e social da criança e seu desenvolvimento normal durante o período de frequência à escola.*” (MORAES, apud LIMA: 1985, 28)

* Este texto é produto da tese de doutorado da autora, apresentada à Faculdade de Educação da UNICAMP.

¹ A *Saúde Escolar* constrói-se na Europa, no século XIX, na confluência de três doutrinas: a polícia médica, o sanitarismo e a puericultura. (Lima, 1985).

Baseando-se em preceitos da puericultura, da higiene pública, da clínica, sua preocupação central sempre foi a relação saúde-aprendizagem. Seu entendimento é de que a criança não aprende porque não tem saúde, e não tem saúde

Forte entre educadores e profissionais da saúde, o argumento de que a criança não aprende porque não tem saúde integra o discurso medicalizante...

porque não sabe como adquiri-la e mantê-la. A circularidade dessa explicação – que aponta saúde e saber como questões de responsabilidade exclusivamente individual – torna clara a impossibilidade de saída para a questão escolar (COLLARES & MOYSÉS: 1985), sobretudo se a escola de que se fala é a escola pública.

Forte entre educadores e profissionais da saúde, o argumento de que a criança não aprende porque não tem saúde integra o discurso medicalizante, isto é, aquele que busca causas e soluções médicas para problemas cujo conteúdo é eminentemente social.

Assim, não estariam nas condições de vida das crianças nem nas mãos dos educadores as possibilidades de solucionar o que na escola não vai bem. Isto equivale a dizer que, antes que econômicos, políticos, sociais e pedagógicos, os problemas escolares devem ser normatizados pela concepção da medicina.

Essa extensão do campo de normatização médica à escola ocorre da mesma forma que em outras instituições, impregnando as relações dos homens entre si e aquelas estabelecidas com a natureza mais ampla. A medicina articula-se às exigências políticas e econômicas da ordem burguesa, consistindo sua ação, já nos séculos XVIII e

XIX, em controlar o nível de saúde da população.

Como dizem DONNANGELO & PEREIRA (1979:47),

“não é o cuidado médico que então se generaliza e sim o que se poderia considerar, de maneira aproximada, uma extensão do campo de normatividade da medicina através da definição de novos princípios referentes ao significado da saúde e da interferência médica na organização das populações e de suas condições gerais de vida.”

Esse poder normatizador da medicina está apoiado em seu discurso de verdade, como os demais discursos de verdade que foram produzidos, acumulados, divulgados e que estão em funcionamento, apoiando as variadas formas de poder construídas em diferentes sociedades.

A penetração progressiva do discurso da medicina, em diferentes instâncias da vida dos homens, tornou-se possível por força do conhecimento que ela, medicina, construiu, entre o final do século XVIII e início do século XIX, e que se expressa no método anátomo-clínico. É com esse método que a medicina define-se como discurso científico, completado quando ela é capaz de olhar a morte - pela dissecação dos corpos mortos, aprende-se sobre os corpos vivos. Colocando a morte no pensamento médico, a medicina faz-se como ciência positiva, como conhecimento descolado da metafísica. Pela visibilidade da morte, a doença expõe-se ao olhar e à linguagem.

O método anátomo-clínico, resultado da articulação da morte, do espaço e da linguagem, tem nesta um ponto central:

“Definiu-se então um uso absolutamente novo do discurso científico: uso de fidelidade e obediência incondicional ao conteúdo colorido da experiência – dizer o que se vê; mas uso também de fundação e de constituição da experiência – fazer ver, dizendo o que se vê.”(FOUCAULT: 1998, 226)

É ao construir o primeiro discurso científico sobre o indivíduo, tomando-o como objeto de saber positivo, que a medicina se torna raiz constitutiva não só de todas as ciências da saúde, mas de todas as ciências do homem. Seu objeto já não são só a doença e sua cura, mas o homem saudável e sua vida. A medicina passa a transitar da saúde à doença quando define esse par de oposições como seu objeto, num movimento aceito e legitimado pela sociedade. Com seu olhar e sua linguagem, a medicina toma o genérico, afastando os transtornos individuais e particulares que possam perturbá-lo. A individualidade é diluída em uma concepção de coletivo, de quantidade; o corpo do doente é silenciado no corpo doente genérico. (MOYSÉS: 1998)

Não é outro o discurso da *Saúde Escolar*. A medicalização em que se funda atravessa toda a sua história, em nosso país, justificando a procura de expedientes, sempre mais sofisticados, para resolver a questão do fracasso escolar, mais candente entre as crianças que frequentam a escola pública.

2. A Saúde Escolar no Brasil

No período que vai do seu aparecimento (como higiene escolar), no final do século XIX, até os anos 40 do século XX, o discurso e as ações da *Saúde Escolar* estiveram baseados nos princípios da eugenia – a higidez dos corpos e da população, o aperfeiçoamento da raça, a correção do mal físico ou moral, o desenvolvimento do senso moral e da inteligência, a formação de cidadãos produtivos e úteis à pátria – e explicavam os problemas como de responsabilidade individual, atribuídos à hereditariedade de certas doen-

ças (como a sífilis e o alcoolismo), ao descuido e à desinformação dos pais e das crianças. A resolução desses problemas pautava-se, coerentemente, em propostas individuais: higienização dos corpos e dos espaços, com ampla ação de controle e vigilância, atingindo os escolares, o prédio, os professores (exames de ingresso, concessões de licença), educação sanitária e cuidado à saúde da criança.

Nesse período, os movimentos escolanovista, no âmbito da educação, e sanitarista, no campo da saúde, bandeiras da burguesia industrial emergente, representavam dois discursos modernizadores – que, entretanto, traziam as mesmas propostas de atenção individual e ênfase nos aspectos técnicos do desempenho profissional.

Também nos anos 40, essa tônica na relação saúde-aprendizagem/atenção individual marcou a história da *Saúde Escolar*, atuante, principalmente nos grandes centros urbanos, como Rio de Janeiro e São Paulo. Aí, intensificou-se, na escola, a ação médico-odontológica, através da vacinação, do tratamento, da orientação de hábitos, do encaminhamento a clínicas especializadas. Essas ações tiveram existência curta, sendo as unidades de assistência ao escolar extin-

É ao construir o primeiro discurso científico sobre o indivíduo, tomando-o como objeto de saber positivo, que a medicina se torna raiz constitutiva não só de todas as ciências da saúde, mas de todas as ciências do homem.

tas ou abertas ao atendimento da população em geral.

Nos anos 60 e 70, como reflexo de iniciativas governamentais baseadas no pensamento técnico-científico, a *Saúde Escolar* defendia, como indispensável, a colaboração de técnicos na elaboração de suas propostas. Como atendimento médico-psicopedagógico, primeiro, e mé-

dico-sócio-psicopedagógico, depois, tais propostas incluíam registros de saúde, exames periódicos, controle de saúde dos servidores escolares; atendimento ao aluno com distúrbios de comportamento e de escolaridade; inspeção do prédio escolar (SILVA NETTO: 1979). Instituíam-se, para os escolares pobres, supostamente com aqueles distúrbios, o tratamento por equipes técnicas multiprofissionais.

Apesar de resultados práticos inexpressivos, a *Saúde Escolar* mantinha seu discurso e suas promessas, participando do processo de medicalização da sociedade, processo que, então, encontrava terreno fértil pelo agravamento das crises sociais. Essa participação estava, ali, ainda mais deslocada, no que se refere às dificuldades de aprendizagem, posto já estar admitida a relação entre condições de vida e desempenho escolar. (SILVA: 1991)

Nos anos 80, a despeito das discussões nacionais sobre a Reforma Sanitária Brasileira², cujas mudanças introduzidas no setor saúde o tornariam “democrático, acessível, universal e socialmente equitativo” (GERSCHMAN: 1995, 42), a *Saúde Escolar* ressurgia, “como programa estanque, duplicador de recursos, desvinculado tanto da saúde

promovido e preservado a saúde do escolar, o Ministério da Educação e Cultura (MEC), através da Fundação de Assistência ao Educando (FAE), elaborou proposta de Programa Nacional de *Saúde Escolar* (SILVA: 1991). Insistindo nas relações entre saúde e rendimento escolar, seus objetivos incluíam ações preventivas e curativas na área da saúde, em geral, e nas áreas de odontologia e oftalmologia, em especial. Propunha encarregar-se do combate à escabiose e à pediculose, de cuidados com a nutrição, primeiros socorros, bochechos com flúor, escovação de dentes, triagem oftalmológica e auditiva, fornecimento de óculos, tratamento dentário através do plano incremental, saneamento básico e encaminhamento à rede básica de saúde.

Embora pretendesse implantar esse programa em todo o país, a FAE, em convênio com os estados, financiou, em 1988, programas em 476 municípios³, tendo sido, alguns, “extintos por problemas políticos e financeiros” (FERRIANI & OUTROS: 1990, 26) e tendo outros pouco conseguido realizar.

Analisando a história da *Saúde Escolar*, o que se pode observar é que ela construiu para si mesma um discurso e nele se fechou, inarredável. Na prática,

esse discurso não concretizou todas as normas, todas as deliberações e propostas que planejou, não conseguindo alterar o quadro de evasão e re-

Apesar de resultados práticos inexpressivos, a Saúde Escolar mantinha seu discurso e suas promessas, participando do processo de medicalização da sociedade...

de como da educação” (COLLARES & MOYSÉS: 1992, 24), contrária às propostas daquela Reforma.

Em 1984, considerando que os projetos até então desenvolvidos não haviam

petência das escolas públicas brasileiras. Seus resultados – periódicas inspeções médicas – foram muito modestos face aos ousados objetivos que traçara para si.

² O projeto de Reforma Sanitária Brasileira foi definido na 8ª Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, e consagrava a conceituação de saúde que vinha marcando o movimento a favor da Reforma: saúde é resultado das condições de vida, definida no contexto histórico e conquistada pela população.

³ Em 1988, era de 4.177 o número total de municípios no Brasil.

Ao contrário de seus primeiros tempos, quando seus objetivos eram garantir a saúde dos corpos e do ambiente, como condições básicas da aprendizagem, hoje, embora objetivando também a aprendizagem das crianças, a *Saúde Escolar* faz-se como mercado de trabalho, crescentemente disputado por diferentes profissionais da área de saúde, do médico ao psicopedagogo.

Por tudo isso que a história nos mostra, para que a atenção à saúde do escolar seja, de fato, levada em conta, e não mais se constitua em um “*serviço independente e ineficaz*” (LIMA: 1985a, 59), é preciso que as questões de saúde e seus determinantes sejam permanente e amplamente discutidos, coletivamente, por educadores e profissionais da saúde. E mais: que os problemas de saúde, eventualmente ocorridos na escola, tal como esta hoje se apresenta, sejam encaminhados à rede de atenção à saúde que atende a toda população.

3. A Saúde Escolar em Campo Grande/MS

Foi na década de 80, quando estavam em efervescência as discussões sobre a Reforma Sanitária, que a *Saúde Escolar*, com seu discurso – que lhe dá existência –, instalou-se em Campo Grande/MS, em escolas da rede municipal de ensino. Antes, porém, já ensaiara suas primeiras iniciativas, com o projeto *SALVE*, em meados dos anos 70.

O *SALVE*, sigla que significa saúde, alimentação e vestuário, foi um projeto assistencialista: pretendia cobrir as

carências referentes à alimentação, ao vestuário, ao material escolar e ao atendimento médico-odontológico das crianças pobres que freqüentavam as escolas municipais da cidade.

Os ecos das propostas de atendimento psicopedagógico e sócio-psicopeda-

... a Saúde Escolar faz-se como mercado de trabalho, crescentemente disputado por diferentes profissionais da área de saúde, do médico ao psicopedagogo.

gógico, que marcavam o discurso da *Saúde Escolar* em São Paulo e no Rio de Janeiro, não chegaram ao *SALVE*. Sua ação consistia, mesmo, em atendimento médico-odontológico. A atenção à saúde era realizada por médicos, dentistas e enfermeiras que, lotados na Secretaria Municipal de Saúde, deslocavam-se, em unidades volantes, para pontos de atendimento – o pátio de uma escola. Aí, cuidavam de emergências (“extração dos dentes piores”, “obturações de urgência”, “exames de fezes”, “administração de vermífugo”)⁴ e ensinavam “lições de escovação” e higiene pessoal.

Além de cuidados dentários e médicos, o *SALVE* cuidava da alimentação, distribuía material escolar às crianças, facilitando-lhes, ainda, a aquisição do uniforme escolar, pelo parcelamento ou isenção de seu pagamento.

O discurso e as ações, que no *SALVE* mostravam-se pouco sistematizados, aparecem sistematizados, permanentes e incisivos no programa que se lhe seguiu, o *Saúde Nota Dez*.

O *Saúde Nota Dez* foi criado em 1984, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, junto com os mutirões da saúde, assumindo, também ele, inicialmente

⁴ Esta foi a fala de um dos entrevistados pela autora, quando da elaboração de sua tese. Outras falas que aparecerão, ao longo deste texto, foram reunidas pela autora, naquela mesma ocasião.

te, essa forma. Assim, embora a questão inicial posta pelos mutirões tenha sido a da saúde da população em geral, a atenção ao escolar esteve presente desde o começo, como ação diferenciada, em desacordo com o que vinham

..embora a questão inicial posta pelos mutirões tenha sido a da saúde da população em geral, a atenção ao escolar esteve presente desde o começo, como ação diferenciada...

propondo as discussões da Reforma Sanitária: atendimento nas unidades de saúde e atenção equânime a toda a população.

Em sua primeira forma, o mutirão, o programa submetia os alunos a diferentes exames que visavam à realização do levantamento das condições de saúde das crianças. Os dados dos diferentes exames eram registrados em fichas de acompanhamento dos alunos, localizando sua evolução e possíveis problemas de saúde⁵. A partir de 1986, o *Saúde Nota Dez* transformou-se, de mutirão, em programa de rotina a ser desenvolvido nas escolas.

Segundo um entrevistado, o *Saúde Nota Dez* realizou levantamento do estado geral de saúde dos alunos, o que começava, a cada ano letivo, pelos novos alunos matriculados; fez encaminhamento a postos de saúde e a hospitais; solicitou a participação dos professores nos cuidados à saúde das crianças – participação essa que consistia em auxiliar na “disciplina” e no preencher fichas de saúde, sob orientação da equipe de saúde.

Como continuidade, ou não, do *Saúde Nota Dez*, a Prefeitura de Campo Grande, em 1989, desativou um posto

de saúde para, aproveitando sua estrutura física, organizar um serviço especializado, um posto de saúde para a atenção ao escolar. Criava-se, assim, o Centro de Reeducação do Menor (CRM), hoje denominado Centro de Saúde Especial da Criança e do Adolescente (CSECA).

O CRM dispunha de uma sala de recepção, um consultório médico, um consultório odontológico, uma sala

para atendimento psicopedagógico, uma sala para atendimento psicológico, uma sala para fisioterapia, um consultório para exames oftalmológicos, um consultório para exames de audição e um laboratório para a confecção de óculos. Sua estrutura física incluía, ainda, banheiros, uma área para horta e jardim.

A criação desse serviço de saúde expressa a institucionalização especializada do processo de medicalização – disponibiliza-se todo um aparato (médico), constituído de salas bem equipadas, consulta com hora marcada, equipe multiprofissional, profissional interessado, para permitir a aprendizagem escolar das crianças. Tudo isso devidamente justificado pela dificuldade que têm os pais em levar seus filhos ao posto de saúde.

Além dos serviços prestados pelo CRM, do atendimento feito nas próprias escolas da rede municipal e dos serviços dos postos de saúde à disposição de toda população, a *Saúde Escolar*, em Campo Grande, conta, ainda, com as atividades da Secretaria Municipal de Educação (SEMED), através da Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE). Nessa Coordenadoria, formou-

⁵ Notícia publicada no *Jornal da Manhã*, 28/8/84; no *Correio do Estado*, 16/4/84, 28/8/84, 21/5/84, 3/7/84.

se uma equipe multiprofissional, chamada “equipe central” que, organizada em 1990, destina-se a atender o corpo discente (alunos dos turnos matutino e vespertino)⁶ e seus familiares e o corpo docente. O atendimento inclui testes (psicológicos e pedagógicos), entrevistas, visitas, avaliações, relatórios, com os quais a equipe central busca mapear as dificuldades das escolas e suas expectativas quanto à CAE.

Apesar dos precários resultados de todos os programas, a *Saúde Escolar* permaneceu, nos anos 90, presente em Campo Grande/MS, com o mesmo ideário e em sentido contrário às diretrizes do sistema nacional de saúde.

Embora ocorrendo em décadas diferentes, os programas de Saúde Escolar – SALVE, Saúde Nota Dez, CRM, CAE e as atividades desenvolvidas nas escolas – apesar das (leves) marcas que os particularizam, são, apenas, momentos diferentes de um mesmo discurso que se (auto) justifica pelas carências, de ordem vária, das crianças pobres; pelo dever do Estado de implementar políticas públicas; pelo direito do cidadão à educação e à saúde; pelas relações entre saúde/doença e aprendizagem escolar; pela identificação de pobreza com doença e baixa (ou nula) aprendizagem.

4. Discurso e promessas da Saúde Escolar

Do lugar da saúde – com seu olhar e sua linguagem, define-se e decide-se o destino escolar de tantas crianças das escolas públicas. Daquele lu-

gar, armam-se professores, orientadores, supervisores, diretores, dentistas, médicos e outros profissionais da saúde com os argumentos que os protegem, dificultando-lhes ouvir para além daquela linguagem e ver para além daquele olhar. O discurso médico os conforma. A todos.

Educadores – professores, orientadores e supervisores – tomam a iniciativa de fazer o encaminhamento das crianças com (supostos) problemas de saúde, (suposta) razão de sua não aprendizagem. O encaminhamento, muitas vezes, já vai acompanhado do diagnóstico e da sugestão de tratamento.

Entretanto, se domina o discurso da medicalização, algumas vozes de alguns educadores e alguns profissionais da saúde expressam suas dúvidas e apontam o fracasso de iniciativas da *Saúde Escolar*:

“Eu acho que a gente [apenas] sugere algumas coisas e alguns hábitos, discute prevenções. Acho que não se ensina [saúde].”

“Mas às crianças, o que se ensina entra por aqui e sai por aqui.”

“Mas problema de saúde não tem, não.”

Apesar de o discurso de redenção da escola e de promoção da saúde das crianças não ter, em Campo Grande/MS, conseguido lograr os fins pretendidos, as propostas da *Saúde Escolar* ali continuam, por algumas razões.

Uma primeira razão é ser a *Saúde Escolar* espaço para alocar profissionais de várias especialidades da área da

Apesar dos precários resultados de todos os programas, a Saúde Escolar permaneceu, nos anos 90, presente em Campo Grande/MS, com o mesmo ideário e em sentido contrário às diretrizes do sistema nacional de saúde.

⁶ Segundo um entrevistado, os alunos do turno noturno já eram atendidos por um projeto da Secretaria de Saúde, que se “estende à comunidade onde está a escola” e que consiste em visitas feitas por um “posto volante, um cominhãozinho” que, durante a semana – ou nos fins de semana – percorre as escolas, “levando o consultório odontológico, o médico, a enfermeira”, fazendo os “mutirões de saúde”.

saúde. Se no *SALVE* e no *Saúde Nota Dez* esses profissionais já dispunham de espaço de trabalho, hoje eles podem contar com um amplo mercado, que inclui desde as escolas até a CAE/SEMED e o CRM (CSECA). E isso se faz mais expressivo quando se observa que Campo Grande dispõe de cinco instituições de ensino de nível superior, com cerca de dezoito cursos na área de saúde, o que significa ser possível prover a cidade, semestral ou anualmente, de um número significativo de diplomados.

Na realidade, se se atribuem as dificuldades escolares a questões médicas, está aberta a escola ao apetite de profissionais de outras áreas. Segundo CARVALHO (1989:59), “*vemos médicos, psicólogos, nutricionistas, dentistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e outros buscando uma fatia no mercado escolar*”, o que corroboram COLLARES & MOYSÉS (1992:25):

“Os Serviços de Saúde Escolar têm sido a forma institucional para criar, na escola pública, um mercado de trabalho para ampla gama de profissionais. Médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, nutricionistas e, mais recentemente, psicopedagogos. Todos para ajudar a educação a resolver o angustiante problema do fracasso escolar!”

Além de poder abrigar diferentes especialistas da área da saúde, a Saúde Escolar serve, também, à distribuição e ao consumo de diferentes produtos, des-

básico (agulhas descartáveis, anestésicos, algodão, luvas, resinas, liga de prata) e permanente (consultório completo) ao menos usual, como aparelho de surdez e cadeira de rodas – esteve sempre à disposição dos programas de *Saúde Escolar* em Campo Grande/MS, contribuindo para a expansão da indústria de equipamentos médicos e odontológicos e para a realização da mais-valia incorporada nessas mercadorias.

Uma segunda razão para a existência/permanência da *Saúde Escolar* está em que, sendo um “serviço de saúde”, pode ser uma instância disciplinadora da sociedade.

Segundo SINGER & OUTROS (1978), serviços de saúde (SS), propriamente ditos, são aqueles “*que tratam do exercício legitimado da medicina, da odontologia e outras atividades cujo fim explícito é preservar ou restaurar a saúde da população*”(p.9). Tais serviços têm uma identidade que lhes outorga a exclusividade de cuidar da saúde; constituem-se de uma hierarquia complexa – consultórios, clínicas, hospitais, hospitais-escolas, faculdades de medicina, odontologia, etc, associações e conselhos, secretarias e ministérios, com uma unidade interna que lhes confere peso político considerável.

Com o poder e a autoridade de que dispõem, os serviços de saúde expandem-se, nos dias de hoje, para resolver, como “*problemas de saúde*”, as contradições da sociedade, o que, traduzido, significa a medicalização das

questões sociais.

Sabemos que essas contradições resultam da dinâmica social e marcam as relações de classes. Os dominantes não as vendo como tal (contradições), não apreendem a totalidade e, por isso, transformam-nas em “*problemas*”, que preci-

Na realidade, se se atribuem as dificuldades escolares a questões médicas, está aberta a escola ao apetite de profissionais de outras áreas.

de os exigidos à higiene pessoal e ao tratamento de doenças, até aqueles que têm duração mais longa, como os equipamentos médico-odontológicos. Em maior ou menor frequência, esse material – do mais usual, como escova de dentes, óculos, material odontológico

sam ser resolvidos pelos serviços de controle; por estes se restabelecerá a harmonia (ordem) social. A questão estrutural, os determinantes das contradições, ou melhor, do “*problema*”, permanecem intocados (SINGER & OUTROS: 1978).

Ao produzir um aumento de contradições, o sistema capitalista produz um aumento de inaptações à norma. O controle dessas inaptações

realiza-se não mais só através de instituições que segregam e violentam, mas através de meio mais sutil: estendendo o conceito de inaptação e de um novo tipo de diagnóstico do “diferente”. A seu serviço estão a psicologia, a medicina, a assistência social. Esse novo tipo de controle da inaptação leva à criação de problemas e necessidades artificiais. As respostas que lhes são dadas desviam a atenção dos problemas e necessidades reais. (BASAGLIA: 1986)

Sendo os serviços de saúde serviços de controle, a *Saúde Escolar* obedece às mesmas regras. Que problemas ela produz para, então, resolver? Como opera, na prática, a lógica do controle exigida pela ordem vigente?

Como instância disciplinadora do saber, da moral, dos hábitos, dos desejos, a escola tem, dentre suas tarefas, a função de controlar os “*inadaptados*”. É com essa autoridade que lhe cabe repreender/castigar o mau comportamento, estabelecer horários, inculcar hábitos de higiene, reforçar atitudes de urbanidade e tantos outros emolduramentos. Com a autoridade, com a competência de que dispõe para transmitir conhecimentos, ela analisa, classifica, avalia e julga as crianças, segundo o domínio que atingiram do que lhes foi transmitido – aprova ou reprova cada criança e todas as crianças em seu conjunto. A criança que

não aprende o que a escola ensina fica fora do grupo que consegue avançar nas lições, no saber. É inadaptada.

A não aprendizagem, ao frustrar a tarefa essencial da escola, perturbando-lhe a ordem pedagógica, deve ter uma solução, deve ser controlada. Se a ins-

Como integrante do discurso médico, a Saúde Escolar apresenta-se também como expediente propagandístico no jogo político-partidário.

tuição escolar não dá conta de, por seus meios, contornar o mal, outros serviços devem ser chamados em seu socorro. Em seu chão, a escola faz-se palco para a ação do discurso normatizador da saúde: o controle do “*inadaptado*” na escola é assumido pelos serviços de saúde.

Nas escolas da Rede Municipal de Ensino (REME) de Campo Grande/MS, isso não é diferente. O discurso da *Saúde Escolar* tem procurado exercer sua função de normatizar/controlar a saúde das crianças, atendendo à demanda da não-aprendizagem escolar. Embora com resultados inexpressivos, espalha-se pela escola e para além do espaço escolar, como vimos.

Há, ainda, uma outra razão para a presença da *Saúde Escolar* em Campo Grande/MS. Como integrante do discurso médico, a *Saúde Escolar* apresenta-se como poder sob estes dois outros aspectos: como instrumento de dominação profissional da área de saúde sobre a área da educação, e como expediente propagandístico no jogo político-partidário. Em ambos os casos manifesta-se com habilidade, como dominação aparentemente não violenta e, todavia, guardando o caráter de violência, agora recomposto em persuasão, suavidade, competência, ufanismo. É assim que seu discurso se mostra (e se impõe) nas falas

de entrevistados e nas notícias de jornais locais.

Essa nova forma de o poder exercitar-se – sutil, não castigando o corpo, mas o espírito – resulta de uma “*reorganização das relações saber-poder, que vem sendo gestada após a Segunda Guerra Mundial*” (MOYSÉS: 1998, 304). Nova

infligimos não creiais que consista em punir; o essencial é procurar corrigir, reeducar, ‘curar’.”(idem)

Assim, simultaneamente ao deslocamento do objeto de punição e à mudança na forma de punir, transforma-se o discurso sobre a punição: trata-se, agora, de “curar”, tarefa que passa a exigir um corpo de especialistas. Com a institucionalização da superioridade do conhecimento médico científico como poder que apenas um grupo maneja, os membros da so-

Como discurso da verdade médica, a Saúde Escolar, a cargo dos especialistas e dos serviços de saúde, submete os profissionais da educação à sua verdade e às suas ordens.

e todavia carregando vestígios das formas de controle e punição que a precederam, como mostra sua história na Europa.

Até o final do século XVIII, a punição era castigo aplicado ao corpo, fosse ele um ato resguardado de publicização, como as penas auto-inflingidas por pecados cometidos, nos conventos, por exemplo, ou fosse ato público, como grande espetáculo, a servir de modelo e alerta a eventuais futuros infratores da ordem, da moral e dos costumes. Na passagem daquele para o século XIX, esses dois aspectos da punição alteraram-se: o castigo já não era aplicado publicamente e o objeto da punição era deslocado do corpo para o espírito. Evitava-se, assim, qualquer afinidade entre o crime e a pena, já não se podendo identificar o carrasco, por seu ato bárbaro, com o criminoso, nem este como objeto de pena e admiração (FOUCAULT: 1991).

A punição transfere-se “*do campo da percepção quase diária e entra no da consciência abstrata*” (FOUCAULT: 1991,15). O que se publiciza são o debate e a sentença, passando a execução a ser tida como um ato “*que a justiça tem vergonha de impor ao condenado. (...) O essencial da pena que nós, juizes,*

ciedade e, em especial, os membros das camadas populares – os que lançam mão de conhecimentos não científicos – viram-se, face às doenças, à medicina e aos médicos, como diante de um mundo estranho, que lhes impõe sua linguagem e suas regras, vale dizer, seu poder.

Como discurso da verdade médica, a *Saúde Escolar*, a cargo dos especialistas e dos serviços de saúde, submete os profissionais da educação à sua verdade e às suas ordens. Hoje, como desde o final do século XIX, os educadores não são chamados a participar do trabalho em saúde, sequer em seu aspecto educativo. Suas tarefas têm sido duas: convidar a comunidade a comparecer e deixar livre o local (escola) nos dias marcados pela equipe da saúde.

É interessante notar, na história da *Saúde Escolar* em Campo Grande/MS, a solicitação da colaboração do professor para as funções subalternas de cuidar da disciplina e de preencher fichas. Apesar de essas fichas não servirem ao acompanhamento do estado de saúde das crianças – posto essa intenção existir apenas no discurso – o professor precisaria obedecer, dada a superioridade da fala médica. Não há entrosamento entre os profissionais da educação e os da

saúde, por mais que isso seja, por todos eles, dito como desejável.

Embora numa perspectiva aparentemente mais de sociabilidade que de articulação científica e profissional, o sonho de estarem entrosadas saúde e educação teria sido realizado, em alguns casos, quando da execução do *Saúde Nota Dez*, como se deduz desta fala de um entrevistado:

“Porque, também, virou um happening: a gente estava na escola o tempo todo, tomava café com a diretora, você já conhecia a professora que era legal, a que não era.”

Esse *happening* poderia caracterizar, também, as atividades, noticiadas por jornais locais, sobre os programas de saúde – e *Saúde Escolar* – dos mutirões, do *SALVE* e do *Saúde Nota Dez*. Neles, o uso político-partidário da saúde, como promessa de bem-estar e de vida melhor, atravessou falas e gestos de governantes ou candidatos, fazendo do poder do discurso científico instrumento poderoso de persuasão e dominação.

Políticos de diferentes escalões do poder público estavam sempre presentes nos mutirões, ocasiões propícias à divulgação de suas plataformas de governo, de reafirmação, informação sobre suas realizações administrativas, estivessem, ou não, em campanha eleitoral. O *acontecimento* em que os mutirões da saúde se transformavam, com distribuição de comida e lazer, com beneficiamento de ruas e fornecimento de água, sob o pretexto de chamariz à presença da população para fins de controle epidemiológico, fazia-se ocasião para os governantes conquistarem aplausos

por sua gestão e votos para os candidatos que viessem a apoiar.

Nesse cenário, a diretora da escola aparecia como peça chave. Obediente, servia às intenções do projeto político, primeiro, como veiculadora das idéias dos governantes e, em seguida, como protetora dessas intenções. Era cabo eleitoral do projeto, sem ônus adicional ao governante.

O lugar central da diretora, como intermediária entre a prefeitura e a população, para facilitar a realização de projetos políticos – no caso em pauta, os projetos do setor saúde, foi reconhecido também no *Saúde Nota Dez*, como se observa nesta fala de um entrevistado:

“É muito, também, do jeito de levar, envolver. E tinha a diretora (...) isso é uma coisa importante. Aquela escola em que a diretora era presente, você não achava piolho (...) em detrimento daquela escola em que a diretora era displicente, deixava de lado.”

A possível contribuição a carreiras políticas de várias autoridades pode ser inventariada nos diferentes projetos em *Saúde Escolar*, sobretudo no *SALVE*, nos mutirões e no *Saúde Nota Dez*. Um dos prefeitos, segundos os jornais⁷, esteve presente em vários mutirões. Nessas oportunidades, fazia contato com a população, ouvindo suas reivindicações - na intenção de administrar “*de baixo*

A possível contribuição a carreiras políticas de várias autoridades pode ser inventariada nos diferentes projetos em Saúde Escolar...

para cima” -, dando sugestões ou fazendo pronunciamentos.

Um prefeito que conversa, sem intermediação, com a população, ouvin-

⁷ A presença do prefeito foi notícia no Jornal da Manhã, 8 e 9/4/83, 30/1/84, 20/2/84; Correio do Estado, 16/4/84, 30/4/84; Diário da Serra, 27/6/84, 12/3/85, por exemplo.

do seus reclamos e propostas; que propõe a participação direta dessa população no gerenciamento das questões de saúde; que participa das festas e almoços organizados em bairros, provavelmente teria satisfeitas as condições para cumprir o veredito que sobre ele fez um entrevistado: “O [Prefeito], até hoje, é imbatível. Até hoje, ninguém ganha dele.”

Desta forma, a *Saúde Escolar*, em Campo Grande/MS, se não cumpriu as promessas, diariamente renovadas, de resolver os problemas da aprendizagem escolar, serviu aos interesses do jogo político-partidário.

Como diz MINAYO (1992), o êxito das políticas implantadas para diminuir questões sociais, como a fome e a mortalidade,

“terminam sempre enroladas nas teias burocráticas sem atender aos objetivos previstos pelos órgãos governamentais. Seu êxito, talvez, seja apenas do ponto de vista da políti-

superexploração do trabalho. Ocultam dos ‘necessitados’ as causas de sua miséria, através de uma imagem de boa vontade do governo.”
(p.19)

Como arremate, poderíamos dizer que a *Saúde Escolar*, tendo uma visibilidade muito maior que a rede de saúde e, ao contrário desta, exigindo um investimento muito menor, faz-se espaço privilegiado para que o poder apareça. No caso de Campo Grande/MS, esse poder, personalizado naquelas autoridades políticas, distribui à população pobre benefícios temporários – limpeza de ruas, distribuição gratuita de alimento, lazer, etc – ao invés de atentar para as suas múltiplas e interligadas carências. Estas só se resolverão quando – e se – o poder estabelecido tiver como prioridade políticas públicas que, efetivamente, se alicerem em uma nova concepção de organização social, organização essa que permitirá a satisfação das necessidades humanizadoras. Por outro lado, a

maior visibilidade da *Saúde Escolar* permite, mais facilmente, que venham à claridade as criações artificiais de seu discurso e de suas promessas. Com suas contradições à mostra, torna-se mais fácil abri-las à crítica e ao debate.

... a maior visibilidade da Saúde Escolar permite, mais facilmente, que venham à claridade as criações artificiais de seu discurso e de suas promessas.

ca eleitoral, pois tentam passar a idéia, para a população, de um governo ‘preocupado pelos pobres’ e escamoteiam a questão da

Bibliografia

- BASAGLIA, Franco. O homem no pelourinho. *Educação e Sociedade*, São Paulo, nº25:73-95. dez. 1986.
- CARVALHO, Olgamir Francisco de. A escola como mercado de trabalho: uma contribuição ao debate sobre a formação do educador. *Educação e Sociedade*, São Paulo, nº32:58-72. abr. 1989.
- COLLARES, Cecília Azevedo Lima & MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Educação ou Saúde? Educação x saúde? Educação e saúde! *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº 15:7-16, 1985.
- . O renascimento da *Saúde Escolar* legitimando a ampliação do mercado de trabalho. *Cadernos Cedes*, Campinas, nº 28: 23-29, 1992.
- DONNANGELO, Maria Cecília & PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- FERRIANI, Maria das Graças Carvalho & OUTROS. Histórico da *Saúde Escolar*: visão global dos serviços de *Saúde Escolar* no país. *Rev. Bras. Saúde Esc.*, 1(3/4):21-27. jul. 1990.

- FOUCAULT, Michel. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- . *Vigiar e Punir*. Nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1991.
- . *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- GERSCHMAN, Silvia. *A Democracia Inconclusa*. Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- LIMA, Gerson Zanetta de. *Saúde Escolar* - perspectivas de desenvolvimento. *Cadernos Cedes*. São Paulo, nº 15:55-61, 1985a.
- LIMA, Gerson Zanetta de. *Saúde Escolar* – perspectivas de desenvolvimento. *Cadernos Cedes*. São Paulo, nº 15: 55-61, 1985.
- . *Saúde Escolar e Educação*. São Paulo: Cortez, 1985.
- MINAYO, Maria Cecília C. de Souza. *O Desafio do Conhecimento*. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio: Hucitec-Abrasco, 1998.
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. *A Institucionalização Invisível: Crianças que não-aprendem-na-escola*. Universidade Estadual de Campinas. Tese de Livre Docência. Campinas, 1998.
- SILVA, Carlos dos Santos. *O Fracasso do(a) Escola(r): questão de ótica; rompendo o ciclo fechado de educação e saúde com a anamnese*. Dissertação de Mestrado. UFF- Faculdade de Medicina, 1991.
- SILVA NETTO, Joaquim Antonio da. *Urbanização e Saúde Escolar no Município do Rio de Janeiro*. In. BINSZTOK, J. & BENATHAR, R. L. (org.). *Regionalização e Urbanização*. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1979. p. 101-130.
- SINGER, Paul & OUTROS. *Prevenir e Curar: o controle social através dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.