

ERRATA

Página	Onde se lê	Leia-se
20	LUDKE & ANDRÉ, 1996	LUDKE & ANDRÉ, 1986
24	Um, ex-secretário de saúde	Um ex-secretário de saúde
34	Por outro lado, não se teria saúde, porque	Por outro lado, não se teria saúde porque
35	COLLARES, MOYSÉS & LIMA, 1995	COLLARES, MOYSÉS & LIMA, 1985
38	(Silva, 1991)	(SILVA, 1991)
40	(p. 25-26)	(p. 26)
40	tendo outros, pouco	tendo outros pouco
45	criação do Estado do Mato Grosso do Sul.	criação do Estado do Mato Grosso do Sul. (CORRÊA & CORRÊA, 1985)
47	Segundo o Estado do Mato Grosso do Sul (1993)	Segundo o GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL (1993)
48	(ESTADO MATO GROSSO DO SUL, 1993: 27)	(GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, 1993: 27)
48	(ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, 1993)	(GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, 1993)
66	Talvez uma rememorar	Talvez um rememorar
66	instalada na escola, e além, da possibilidade	instalada na escola, e além da possibilidade
69	(bi-psico- sócio-educacional)"	(bio-psico-sócio-educacional)"
70	testes psicólogos	testes psicológicos
70	quanto ao CAE	quanto à CAE
70	iniciativas médicas propostas	iniciativas médicas, as propostas
70	como tantos outros, em, as outro tempos	como tantos outros, em outros tempos
70	"atende, também, as bibliotecas e o serviço de merenda"	" <i>atende, também, as bibliotecas e o serviço de merenda</i> "
76	(MOYSÉS, 1998: 257)	(MOYSÉS, 1998: 254)
83	(BOLTANSKY, 1989: 27)	(BOLTANSKY, 1989: 32)
86	<i>aparentemente existiam</i>	<i>aparentemente existam</i>
86	as falas dos entrevistado revelam	as falas dos entrevistados revelam

86	uma do doença neurológica	uma doença neurológica
86	impedi	impede
90	(COLLARES, MOUSÉS & LIMA, 1985)	(COLLARES, MOYSÉS & LIMA, 1985)
91	contradições um de outros	contradições, pode ser um de outros
94	VALLA & MELO, 1922	VALLA & MELO, 1992
96	nas escolas, tantos quanto	nas escolas, tanto quanto
97	NOVAES & ZUCCOLOTTO (1995: 24)	NOVAES & ZUCCOLOTTO (1985: 24)
105	atenção pelo CRM, Coordenadoria	atenção pelo CRM, a Coordenadoria
105	NOVAES & ZUCCOLOTO (1995)	NOVAES & ZUCCOLOTTO (1985)
111	não é a qualquer serviço de saúde	não é qualquer serviço de saúde
111	medo que, em geral as	medo que, em geral, as
126	COLLARES, MOYSÉS & LIMA (1995)	COLLARES, MOYSÉS & LIMA (1985)
128	BERLINGUER (1998)	BERLINGUER (1988)
128	(p. 3)	(p. 2-3)
128	refaça, mais uma vez. Se a escola	refaça, mais uma vez. Se a escola
129	tenha é que via Prefeitura	tenha é que, via Prefeitura,
131	aplicação em programas de saúde	aplicação em programas de saúde e educação
138	(FOUCAULT, 1979 & ROSEN, 1994)	(FOUCAULT, 1979; ROSEN, 1994)
140	<i>tratam de exercício</i>	<i>tratam do exercício</i>
147	<i>“serve para a domesticação</i>	<i>“serve de suporte para a domesticação</i>
150	BOLTANSKY (1989: 22-24)	BOLTANSKY (1989: 22, 23, 24)
150	(MOYSÉS, 1998: 306)	(MOYSÉS, 1998: 304)
156	convida à educação a participação	convida à participação da Educação
162	(Campo Grande, 1997)	(CAMPO GRANDE, 1997)
Notas de rodapé:		
86	COLLARES, Cecília Azevedo Lima	MOYSÉS, M. A. A. e COLLARES, C. A. L.
90	COLLARES (1996)	COLLARES & MOYSÉS (1996)
96	46	47
96	47	48
106	são Paulo	São Paulo
143	(Ministério da Saúde, 1996: 21)	(BRASIL, Ministério da Saúde, 1988: 21)

UNIVERSIDADE ESTADUAL DE CAMPINAS – UNICAMP
FACULDADE DE EDUCAÇÃO – FE

A SAÚDE ESCOLAR EM CAMPO GRANDE/MS:
SEU DISCURSO, SUAS PROMESSAS

TESE DE DOUTORADO

LEA DE LOURDES CALVÃO DA SILVA

Orientadora: Prof^ª. Dr.^ª Eurize Caldas Pessanha

Este exemplar corresponde à redação final
da tese defendida por Lea de Lourdes
Calvão da Silva e aprovada pela Comissão
Julgadora.

Data: 28 / 06 / 99

Assinatura: Eurize Caldas Pessanha

COMISSÃO JULGADORA:

Eurize Caldas Pessanha
Lea de Lourdes Calvão da Silva
Marcelo de S. S.
João de S.

1999

9716386

UNIDADE	BC
Nº	77
V.	EX.
TOMBO BC	38594
PROC.	229/99
C	☐
D	☒
PREÇO	R\$ 11,00
DT.	31/08/99
Nº OPD.	

CM-00125824-7

CATALOGAÇÃO NA FONTE ELABORADA PELA BIBLIOTECA DA FACULDADE DE EDUCAÇÃO/UNICAMP

Si38s

Silva, Lea de Lourdes Calvão da.

A saúde escolar em Campo Grande / MS : seu discurso, suas promessas / Lea de Lourdes Calvão da Silva. -- Campinas, SP : [s.n.], 1999.

Orientador : Eurize Caldas Pessanha..

Tese (doutorado) - Universidade Estadual de Campinas, Faculdade de Educação.

1. Saúde escolar – Campo Grande (MS). 2. Ensino de primeiro grau – Saúde escolar. I. Pessanha, Eurize Caldas. II. Universidade Estadual de Campinas. Faculdade de Educação. III. Título.

RESUMO

Tomando como objeto o discurso da saúde escolar em Campo Grande/MS, este estudo procurou identificar que promessas foram por ele formuladas e quais foram os resultados alcançados. A partir das orientações da pesquisa qualitativa, sob forma de “estudo de caso”, e utilizando-se da observação direta e de entrevistas com profissionais das áreas da Saúde e da Educação que trabalhavam em escolas da Rede Municipal de ensino de 1º grau, na Secretária Municipal de Educação e em um Posto de Saúde especializado no atendimento ao escolar, o estudo pôde constatar a presença do discurso medicalizante que tem sido a marca da história da saúde escolar no Brasil. Também naquela cidade, a medicalização das questões sociais, através do discurso da Saúde Escolar, ao relacionar o fracasso escolar ao estado de saúde das crianças, formula promessas que não se concretizam. Desconsiderando a inserção social do aluno, o ensino de hábitos higiênicos e os pretensos cuidados à saúde não resolvem quer as questões de aprendizagem quer supostas questões de saúde das crianças que frequentam a escola pública. Tal discurso, ao contrário, serve aos interesses de ampliação do mercado de trabalho para profissionais da área da Saúde e de consumo de produtos industrializados, sendo, ainda, instrumento utilizado para controle social da população pobre e para propaganda político-partidária.

ABSTRACT

This PhD thesis is focused on the discourse concerning health in schools in the city of Campo Grande, in the Brazilian State of Mato Grosso do Sul, and aims at identifying promises made by such discourse and the results achieved. Following qualitative research approaches, as a "case study", and employing direct observation and interviews with health and education practitioners working in schools under the local education authority and in a students' care health centre, the study found the presence of the medicalization discourse, which has been the main feature in the history of school health in Brazil. It was also found in Campo Grande that the medicalization of social issues in the school health discourse, relating school failure to the health condition of children, makes promises that are not fulfilled. By disregarding the social condition of pupils, the teaching of health habits and the alleged health care do not resolve neither learning difficulties, nor health issues of children attending the State school. Such discourse, on the contrary, meets the job market interests of health practitioners and the consumer market of industrial goods, being therefore a means for social control of the poor and for party political propaganda.

Antes do nome

*Não me importa a palavra, esta corriqueira.
Quero é o esplêndido caos de onde emerge a sintaxe,
os sítios escuros onde nasce o “de”, o “aliás”,
o “o”, o “porém” e o “que”, esta incompreensível
muleta que me apóia.
Quem entender a linguagem entende Deus
cujo Filho é Verbo. Morre quem entender.
A palavra é disfarce de uma coisa mais grave, surda-muda,
foi inventada para ser calada.
Em momentos de graça, infrequentíssimos,
se poderá apanhá-la: um peixe vivo com a mão.
Puro susto e terror*

Adélia Prado

Às Professoras
Cecília Azevedo Lima Collares e
Maria Aparecida Affonso Moysés

– Eu briguei *naquele* menino com uma pedra...
Crianças desescrevem a língua. Arrombam as
gramáticas. (Como um cálice lilás de beco!)

Manoel de Barros

Aos Professores de 1ª a 4ª série da rede
Municipal de Ensino de Campo Grande/MS.

Aos Alunos dos Cursos de Pedagogia do
Centro de Ciência Humanas e Sociais da
Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
e da Faculdade de Educação da Universidade
Federal Fluminense.

Ensino

*Minha mãe achava estudo
a coisa mais fina do mundo.
Não é.
A coisa mais fina do mundo é o sentimento.
Aquele dia de noite, o pai fazendo serão,
ela falou comigo:
“Coitado, até essa hora no serviço pesado.”
Arrumou pão e café, deixou tacho no fogo com água quente.
Não me falou em amor.
Essa palavra de luxo.*

Adélia Prado

A Antenor, Marietta, Aloysio, Carminha,
Celma, Dina, Dalva, Antenor, Maria Ângela
e Ruy, com quem vivo, todos os dias, essa
palavra de luxo.

Agradecimentos

Ao Departamento de Educação da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, por seu apoio à realização deste estudo.

À Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense, pelo estímulo permanente à finalização deste estudo.

Aos Educadores da Rede Municipal de Ensino de Campo Grande/MS e aos Profissionais da área da Saúde, por sua receptividade e por suas informações.

À Maria do Rosário e à Marilda que, pacientemente, fizeram e refizeram a digitação.

À Nadir, Wanda e Marina, por sua carinhosa atenção.

À Eurize Caldas Pessanha, minha orientadora, por seu apoio constante e amigo.

Às professoras e amigas Cecília Collares e Maria Aparecida Moysés, por sua inestimável colaboração como co-orientadoras deste estudo.

De forma especial, quero agradecer à Leuda Evangelista de Oliveira, por sua sensível disponibilidade, à Dorothy Rocha, Élcia Esnarriaga de Arruda, Dora Henrique da Costa, Lygia Segala, Eunice S. Trein, Sônia Maria Rummert, Cecília Goulart, Heloisa Vilas Boas, Therezinha Rodrigues e a Gilberto Luiz Alves, meus queridos amigos de todas as horas que, mesmo em silêncio, me repetem o que aprenderam com Brecht:

*Para a luta conosco irão somente
os que estiverem, como nós, ameaçados.*

SUMÁRIO

CAPÍTULO I	
A Aproximação	11
CAPÍTULO II	
Breve Histórico da Saúde Escolar	27
CAPÍTULO III	
A Saúde Escolar em Campo Grande/MS	43
CAPÍTULO IV	
A Promessa de Redenção da Escola	74
CAPÍTULO V	
A Promessa de Promover a Saúde das Crianças	92
CAPÍTULO VI	
O Discurso da Ampliação do Mercado de Trabalho e de Consumo	119
CAPÍTULO VII	
O Discurso da Saúde Escolar como Controle Social	134
CAPÍTULO VIII	
O Discurso do Saber da Saúde Escolar como Instrumento do Poder	148
À GUIA DE (IN) CONCLUSÕES	166
BIBLIOGRAFIA	170

CAPÍTULO I

A APROXIMAÇÃO

O LUTADOR

LUTAR com palavras
é a luta mais vã.
Entanto lutamos
mal rompe a manhã.
São muitas, eu pouco.
Algumas, tão fortes
como o javali.
Não me julgo louco.
Se o fosse, teria
poder de encantá-las.
Mas lúcido e frio,
apareço e tento
apanhar algumas
para meu sustento
num dia de vida.
Deixam-se enlaçar,
tontas à carícia
e súbito fogem
e não há ameaça
e nem há sevilha
que as traga de novo
ao centro da praça.

Insisto, solerte.
Busco persuadi-las.
Ser-lhes-ei escravo
de rara humildade.
Guardarei sigilo
de nosso comércio.
Na voz, nenhum travo
de zanga ou desgosto.
Sem me ouvir deslizam,
perpassam levíssimas
e viram-me o rosto.
Lutar com palavras
parece sem fruto.
Não têm carne e sangue...
Entretanto, luto.

Palavra, palavra
(digo exasperado),
se me desafia,
aceito o combate.
Quisera possuir-te
neste descampado,
sem roteiro de unha
ou marca de dente
nessa pele clara.
Preferes o amor
de uma posse impura

e que venha o gozo
da maior tortura.

Luto corpo a corpo,
luto todo o tempo,
sem maior proveito
que o da caça ao vento.
Não encontro vestes,
não seguro formas,
é fluido inimigo
que me dobra os músculos
e ri-se das normas
da boa peleja.

Iludo-me às vezes,
pressinto que a entrega
se consumará.
Já vejo palavras
em coro submisso,
esta me ofertando
seu velho calor,
outra sua glória
feita de mistério,
outra seu desdém,
outra seu ciúme,
e um sapiente amor
me ensina a fruir
de cada palavra
a essência captada,
o sutil queixume.
Mas aí! é o instante
de entreabrir os olhos:
entre beijo e boca,
tudo se evapora.

O ciclo do dia
ora se conclui
e o inútil duelo
jamais se resolve.
O teu rosto belo,
ó palavra, esplende
na curva da noite
que toda me envolve.
Tamanha paixão
e nenhum pecúlio.
Cerradas as portas,
a luta prossegue
nas ruas do sono.

Carlos Drummond de Andrade

I - A APROXIMAÇÃO

O objeto

A escola tem sido constante objeto de meu interesse. Primeiro como estudante, depois como professora, ali desenvolvi a curiosidade pelos conteúdos mais diversos, a paixão pelos livros, o inefável partilhar dúvidas e provisórias certezas sobre os destinos do homem, sobre sua fragilidade e sua força. Em casa dos meus pais, quando nos reuníamos para conversar – nós, os oito irmãos, todos professores, era inevitável falar de alunos, de livros, de formas que inventáramos para dar aulas, de dificuldades e de encantamentos em procurar o prazer e o sustento no ensino.

Com (e como) esses professores – e com tantos outros que fui encontrando, ao longo dos dias e anos de trabalho, vivi a intimidade das pequenas descobertas diárias, com a alegria e o susto que essas trazem e que, dia-a-dia, se nos apresentam em salas de aula, em conversas de corredor, em falas e silêncios de alunos. Com esses alunos e com aqueles professores, nas situações mais diversas, no tempo mais vário, fui desenhando algumas certezas sobre o mundo da escola: não bastaria a minha fala para que os alunos aprendessem; era necessária minha escuta cuidadosa para perceber a cor de sua voz, suas possibilidades e seus avanços. Não bastariam as orientações técnicas para ensinar-lhes o que a escola propunha; era necessária certa ousadia para, com eles, tentar formas de apropriação do saber e do conhecimento construído e acumulado, para que eles, os alunos, pudessem ir muito mais longe que os limites traçados por meu despreparo ou minha desconfiança na força de suas vidas.

Qualquer resposta, todavia, conduzia-me, inevitavelmente, a outras perguntas. Sim, era preciso perguntar muito e estudar sempre. Era preciso, como diria o poeta Mário Quintana, desler o mundo para poder reconstruí-lo.

E naquele mundo da escola, intrigante e íntimo, por que não fluía com mais facilidade o que a fazia ser escola – o ensino e a aprendizagem? Por que, ali, se teciam tantos nós que traziam insatisfação a professores, perplexidade aos pais e sofrimento aos alunos? Um desses nós era um dos grandes estigmas da escola pública: a “dificuldade de aprendizagem”

das crianças ou, dito de forma mais contundente, o fracasso escolar das crianças das classes populares, que são as que freqüentam a escola pública.

Reconhecido por professores, diretores, orientadores educacionais e supervisores, na escola; por profissionais da área de Saúde – dentistas, médicos, psicólogos e outros, na escola ou fora dela, o fracasso escolar tem sido por eles explicado ou justificado pela falta de cultura das crianças, pela desestruturação de suas famílias, pela falta de saúde das crianças. E, se a área da Educação buscava resolvê-lo pela adoção de novos métodos (o “método” de Piaget, o “método” de Emília Ferreiro, etc.), a Saúde Escolar trazia a promessa, irresistivelmente sedutora de, pela atenção à saúde, resolver os problemas de aprendizagem. A Saúde Escolar agia.

E agia muito, como ilustram estas pequenas histórias, recolhidas em escolas de Campo Grande/MS, sobre as quais fui ensaiando perguntas e considerações.

- A presença de consultórios odontológicos, bem equipados, nas escolas de 1º grau da Rede Municipal de Ensino, nos anos 80.

Sobre o atendimento às crianças, disse, uma vez, um dentista: *“As crianças maiores, as que têm entre 12 e 14 anos, têm mais cáries que as mais novinhas.”*

Por quê? Como impedir/remediar que as condições materiais de vida devastem a saúde bucal das crianças pobres – como, de resto, de todo seu corpo, de todos os seus sonhos e direitos?

- O ritual semanal do bochecho com flúor, em turmas de pré-escolar e 1º grau, em Escolas Municipais, nos anos 80: a chamada da professora, uma a uma, cada criança recebia um copinho com flúor, bochechava e cuspiu o líquido em um balde no meio da sala de aula.

Não era bonito nem respeitoso, sobretudo por tornar público algo que poderia ser reservado à privacidade de um espaço fechado.

- A inexistência de papel higiênico nos banheiros, permanecendo o mesmo nas salas de aula das Escolas Públicas Municipais, nos anos 80, sob guarda da professora. Cada criança deveria pedir-lhe ou pegar um pedaço, no rolo que ficava em local de fácil acesso, perto do quadro de giz ou do filtro.

Por que isto? Exigência de controle até das necessidades mais íntimas? medida de economia? luxo a ser poupado?

São pequenas–grandes histórias de algumas escolas públicas, provavelmente repetidas em centenas de outras escolas públicas. Que escola é essa? Que aparece? Que esconde?

A estética da escola pública brasileira. Professores, diretora, merendeira, todos, enfim, organizando e arrumando a escola como sabem. Como podem. Apesar do esforço, constroem um mundo pobre, humilhado, feito de restos, de sobras – o mundo da estética e do conforto dos que, na impossibilidade do original, convivem com a réplica, a cópia mal feita. Ali estão as samambaias penduradas em pneus cortados ao meio ou em compridas latas de óleo ou tinta, que desenham contíguos círculos de ferrugem no cimento liso. Caixas de papelão para lixo, que o capricho forrou de jornal, com letreiro indicando a que se destinam. Tudo arrumadinho e limpo, pobre e improvisado. Pouco que convide o aluno a aprender – e a seduzir-se – sobre o que, na história do belo, se tornou clássico. Pouco ou quase nada que aguace o aperfeiçoamento de sua curiosidade e de seu senso estético mais sofisticado. Nada que requinte seu gosto aprendido na intimidade com o apenas indispensável à sobrevivência física. Quase tudo cultura erudita diluída, empobrecida, aviltada.

Vista a partir do padrão burguês de beleza, conforto e direitos, é que a escola pública brasileira desnuda seu desamparo e sua recorrência às sobras. Como desenvolve sua coragem de, a partir dessas, construir-se em espaço capaz de desnudar o mundo das proibições de que é vítima?

A pobreza dos alunos da escola pública. Aluno do pré-escolar, sob a aparente indiferença da professora, recolhia, em saco plástico, o que sobrava do lanche dos colegas, para garantir seu jantar em casa. Um dia, este menino explicou à professora, quando esta já não mais disfarçava seu apoio ao ato transgressor, que em sua casa alternava-se o direito ao jantar: um dia era seu, o seguinte, do seu irmão.

Entendi, mais tarde, que estas observações, registros ou considerações não se distanciavam daquelas formuladas pelos demais professores. Como eles, eu era simples espectadora. Se tanto, uma espectadora curiosa. Não testemunha que se dispusesse a desvelar o significado daquelas ações.

Desler para reler. Em conversas com um dos meus irmãos, médico e professor, iam ficando mais claras algumas questões sobre saúde, seus determinantes, sua manutenção, sua negação – a doença, com o traço que a identifica em todos os homens: o sofrimento. Essas conversas me ajudavam a desmistificar falas e intenções do “mundo da saúde” e a querer ir mais fundo no entendimento da lógica que orientava as práticas sociais nessa área. Isto me foi possibilitado no doutorado. Ao cursar a disciplina “Educação e Saúde”, entrei em discussões críticas, sobretudo em Saúde Escolar, entendendo seu esforço em naturalizar o que é, incontestavelmente, social, logo, histórico. Como o fracasso que a escola produz.

Começava a desenhar-se, em contornos mais nítidos, o objeto de estudo desta pesquisa, o discurso da Saúde Escolar.

A história da Saúde Escolar revela que ela surge e se mantém como promessa que jamais se efetiva. Seu discurso, como se verá adiante, é, nos anos 80 - 90, o mesmo discurso redentor que a caracterizava no início do século.

Na primeira década do século, a Saúde Escolar, então Higiene Escolar,

“(...) já trazia em si antigas propostas de uma intervenção mais ampla no mundo escolar (...) e, principalmente, trazia uma nova missão – de redenção da pobreza através da educação sobre os novos hábitos de higiene que, melhorando os corpos pela ginástica, pela boa alimentação, pela redução da estafa provocada por maus hábitos de estudo e de posicionamento nas carteiras escolares, possibilitaria uma maior aptidão para o trabalho e para as obrigações impostas pela cidadania.” (LIMA, 1985: 86)

Os resultados não alcançados pelas promessas da Saúde Escolar não silenciam seu discurso. Este, messiânico, salvacionista, constrói-se fechado em seus próprios limites, descolado – como discurso ideológico que é – do que ocorre à sua volta. Constitui-se em (e de) questões que a Saúde Escolar define como de sua competência e que integram o “discurso medicalizante.”

Com suas primeiras iniciativas, no final do século passado, e sua institucionalização nos primeiros anos deste século, a Saúde Escolar teve, no Brasil, sua fase áurea na década de 40 (LIMA, 1985), seguindo-se-lhe um período de declínio. Nos anos 80, “por motivos ainda não totalmente claros” (COLLARES & MOYSÉS, 1992: 24), ela

reaparece, carregando as mesmas velhas propostas, “*travestidas de politicamente avançadas*” (idem).

Foi justamente nesses anos 80 que a Saúde Escolar se instalou em Campo Grande/MS. Aqui, não ocorre um ressurgimento, embora, nos anos 70, a Prefeitura tivesse realizado algumas atividades voltadas para a saúde do escolar. Eram essas, todavia, iniciativas pouco sistematizadas. Agora, não. A Saúde Escolar surge, em Campo Grande/MS, com projetos definidos de implantação, com formas de ação bem marcadas e com discurso elaborado.

Elaborado, não novo. Seu discurso é construído com o mesmo conteúdo e o mesmo propósito que apresentara em outros tempos e lugares: a resolução de questões sociais, como as questões da educação, pela via do biológico, ou melhor, da medicalização.

A medicalização decorre do processo de extensão progressivo da prática médica, extensão esta que apresenta dois aspectos: a) maior oferecimento de serviços e número maior de pessoas atingidas pelos cuidados médicos, e b) aumento do campo normativo da medicina, que se estende por espaços não médicos (DONNANGELO & PEREIRA, 1979).

Medicalizar uma questão é buscar “*causas e soluções médicas, em nível organicista e individual, para problemas de origem eminentemente social*” (COLLARES & MOYSÉS, 1985:10).

A respeito da medicalização, diz FOUCAULT (1998: 35)

“ Os anos anteriores e imediatamente posteriores à revolução viram nascer dois grandes mitos, cujos temas e polaridades são opostos; mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero e investida, ao nível da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas; mito de um desaparecimento total da doença em uma sociedade sem distúrbios e sem paixões, restituída à sua saúde de origem. A contradição manifesta dos dois temas não deve iludir: tanto uma quanto a outra destas figuras oníricas expressam como que em preto e branco o mesmo projeto da experiência médica. Os dois sonhos são isomorfos: um, narrando de maneira positiva a medicalização rigorosa, militante e dogmática da sociedade, por uma conversão religiosa e a implantação de um clero da terapêutica; o outro, relatando esta mesma medicalização, mas de modo triunfante e negativo, isto é, a volatilização da doença em um meio corrigido, organizado e incessantemente vigiado, em que, finalmente, a própria medicina desapareceria com seu objeto e sua razão de ser. ”

“Narrando”. “Relatando”. Ou seja, discursando.

Autores como FOUCAULT & VYGOTSKY enfatizam o papel fundamental da linguagem na sociedade humana. É pela linguagem que o homem dá forma à realidade por ele percebida.

Descrevendo o desenvolvimento intelectual da criança, diz VYGOTSKY(1989: 31): *“Assim como um molde dá forma a uma substância, as palavras podem moldar uma atividade dentro de uma determinada estrutura.”*

Como a linguagem conforma o pensamento, o discurso das instituições constrói e conforma a esfera da realidade em que elas irão atuar, construindo, inclusive, os objetos de que elas se apropriam. Segundo FOUCAULT (1998), a medicina só constrói seu estatuto de ciência moderna quando consegue construir para si mesma um discurso apropriado. Esta construção, ocorrida entre o final do século XVIII e início do século XIX, funda a medicina no método anátomo-clínico, tal como a conhecemos hoje:

“Esta estrutura em que se articulam o espaço, a linguagem e a morte – o que se chama em suma o método anátomo-clínico – constitui a condição histórica de uma medicina que se dá e que recebemos como positiva. Positivo deve ser tomado aqui em sentido forte. A doença se desprende da metafísica (...) e encontra na visibilidade da morte a forma plena em que seu conteúdo aparece em termos positivos. (...) Percebida em relação à morte, a doença se torna exaustivamente legível, aberta sem resíduos à dissecação soberana da linguagem e do olhar.” (FOUCAULT, 1998: 226-227)

Como a medicina se constrói pelo discurso – como, de resto, toda ciência, disto não foge a Saúde Escolar. Ela só existe a partir do momento em que cria seu próprio discurso.

Este estudo não se propõe a fazer uma análise do discurso da Saúde Escolar, mas a identificar que discurso a conforma e a mantém em Campo Grande/MS. Assim, esse objeto de estudo configura e precisa seus contornos, nas seguintes questões: Qual é o discurso que a Saúde Escolar em Campo Grande/MS constrói para si própria – com que discurso se constrói 100 anos depois de ter surgido no Brasil? Nesse discurso, a Saúde Escolar em Campo Grande mantém as promessas da Saúde Escolar do início do século? Quais os resultados da Saúde Escolar em Campo Grande? Ela conseguiu cumprir o prometido? Em resumo: Qual é o

discurso que a Saúde Escolar construiu que a legitima, e a mantém, até hoje, independentemente de seus resultados – ou da ausência de resultados?

O Método

Em algum livro ou revista de arte, perdido, hoje, em alguma biblioteca fugida da minha memória, li de HENRI MATISSE: *“Não posso distinguir o sentimento que tenho da vida e a maneira pela qual o traduzo.”*

Como esse artista, concordando em que qualquer obra traduz o que a existência possibilita a seu autor, não posso separar o que faço do que me impulsiona e dirige nesse fazer. Este não é um estudo asséptico. Ao contrário, está carregado das cores e dos tons que revelam sentimentos que se entrecruzam: dúvida, perplexidade, raiva, indignação, esperança. Está carregado do que penso e sinto. Do que, enfim, vivi. Não é neutro, portanto.

A neutralidade, negada por MATISSE no universo da arte, é, na prática da investigação, objeto da mesma recusa:

“Nenhuma pesquisa é neutra seja ela qualitativa ou quantitativa. Pelo contrário, qualquer estudo da realidade, por mais objetivo que possa parecer, por mais ‘ingênuo’ ou ‘simples’ nas pretensões, tem a norteá-lo um arcabouço teórico que informa a escolha do objeto, todos os passos e resultados teóricos e práticos.” (MINAYO, 1998:37)

Assim, e equipada com minhas convicções – em permanente mutação –, com as escolhas teóricas que têm orientado minhas ações, com os autores com quem venho dialogando e, sobretudo, com meus compromissos, parti para fazer a tessitura deste estudo.

Foi uma construção “em altos e baixos”, que oscilava do devaneio (eu queria poder explicar tantas coisas!) ao reconhecimento dos limites exigidos por um trabalho de pesquisa, necessariamente contidos em margens, o mais possível, definidas. Foi um tecer inquieto. O entrar no espaço escolar, o estar em contato muito próximo com pessoas que ali desdobravam seu esforço, seu saber e suas crenças; o ouvir as descrições que essas pessoas faziam dos alunos, da sala de aula, de reivindicações por melhores condições de trabalho; o acompanhar a rotina vivida por crianças, professores, serventes, dentistas, supervisores; o reunir e analisar fatos do passado e do presente foram uma experiência fascinante e cheia de

surpresas. A cada certeza encontrada, assaltava-me uma romaria de novas perguntas. Porque ali entrei para ouvir falas e sentimentos, com a atenção à flor da pele, o escondido se foi fazendo visível, as novidades se foram colocando no lugar de antigas verdades. O meu *suposto* familiar “mundo da escola” guardava insuspeitos mundos. Estranhamente, as descobertas não me assustavam. Entrava por elas como alguém que vai fruindo o novo, alguém que vai se identificando com algo mais pleno, impregnado de significados desveladores do mundo velho.

O processo não foi diferente quando busquei as falas dos profissionais da saúde, não na escola, mas nos serviços a que sua formação específica os destinava. O meu reduzido conhecimento a respeito das questões de saúde e de doença instigava-me a muitas descobertas. A disponibilidade em informar, o tom de certeza impresso em certas falas, a emoção que transparecia em gestos, olhares e modulações de voz, o conteúdo mesmo de certas afirmações foram, também ali, reforçando dúvidas, ampliando informações, trazendo novas perguntas. Em um e outro ambiente, ficava cada vez mais claro, para mim que os movimentos das instituições, ou melhor, das pessoas nas instituições, são reveladores do quão imperativas são as mutações, o que equivale a dizer da provisoriedade das certezas e da temporalidade dos acontecimentos humanos. Como fatos históricos que, afinal, são.

É fácil verificar que a descrição dessa tessitura delineia os marcos da abordagem qualitativa que abracei, não por casualidade, mas por concordar com os argumentos que a sustentam.

No campo do conhecimento, a ciência social (as Ciências Sociais) – logo, a Educação e a Saúde, recorte deste estudo – está balizada por critérios bem definidos: há identidade entre sujeito e objeto, isto é, o pesquisador é também integrante do universo pesquisado e, por algum aspecto (cultural, de classe, etc.) com ele comprometido; é ideológica, isto é, está marcada pela visão de mundo do pesquisador e do campo de estudo; seu objeto a) é histórico: está situado e datado; b) possui consciência histórica, o que quer dizer que todos os envolvidos, e não só o pesquisador, contribuem na construção do conhecimento, trazendo-lhe o significado e a intencionalidade das ações que realizam no seu dia-a-dia; c) é essencialmente qualitativo, posto ocupar-se de expressões humanas presentes em diferentes dimensões – estruturas, processos, sujeitos, significados, representações. (MINAYO, 1998)

LUDKE & ANDRÉ (1996) explicitam as características fundamentais da pesquisa qualitativa: os dados são buscados no ambiente natural, através de contato direto e estreito do pesquisador; o interesse maior é com as manifestações dos problemas que ocorrem no cotidiano daquele ambiente, sendo, portanto, maior a preocupação do pesquisador com o processo que com o produto; a atenção é especialmente dirigida ao ponto de vista das pessoas, a como essas pessoas “vêem” as questões que estão sendo pesquisadas; o material obtido é predominantemente descritivo; o conhecimento se vai construindo a partir das evidências oferecidas pelos dados, não havendo hipóteses ou questões definidas antes do início dos estudos.

Segundo MINAYO (1994), a pesquisa qualitativa trabalha com *“o universo de significados, motivos, aspirações, crenças, valores e atitudes (...) que não podem ser reduzidos à operacionalização de variáveis.”*(p.21-22)

Uma das formas assumidas pela pesquisa qualitativa é o estudo de caso, que será a adotada neste estudo.

O caso constitui uma unidade no interior de um sistema mais amplo (GOOD & HATT, 1973). É o estudo de *um* caso, com o que ele tem de singular. Ainda que mais tarde sejam observadas semelhanças com outros casos, o que importa, no desenvolver dos estudos, é aquilo que o *caso* tem de próprio, de único e que é o que mobiliza e monopoliza a atenção do pesquisador.

Segundo LUDKE & ANDRÉ (1996),

“Isso significa que o objeto estudado é tratado como único, uma representação singular da realidade que é multidimensional e historicamente situada. Desse modo, a questão sobre o caso ser ou não ‘típico’, isto é, empiricamente representativo de uma população determinada, torna-se inadequada, já que cada caso é tratado como tendo um valor intrínseco.” (p. 21)

Como forma de pesquisa qualitativa que é, o estudo de caso guarda as mesmas características daquela: leva em conta o contexto em que o objeto de estudo se situa, o que é fundamental para a compreensão do problema; busca mostrar a multiplicidade de dimensões de uma situação, abordando-a como um todo dinâmico e complexo; serve-se de várias fontes de informação, coletando os dados em diferentes momentos e entre várias pessoas; permite que o pesquisador relate as suas experiências durante o estudo, o que faz com

que os leitores as confrontem com as suas próprias experiências, fazendo, assim, generalizações; procura apresentar as diferentes opiniões sobre uma situação, revelando o pesquisador o seu próprio ponto de vista; utiliza-se de linguagem e forma de apresentação dos relatos acessíveis às experiências dos leitores. Seu objetivo é a descoberta, o que exige do pesquisador estar sempre atento a fatos e significados novos que podem aparecer durante o estudo, e estar fazendo sempre novas perguntas e acrescentando os novos achados ao quadro teórico inicial que serve de estrutura básica à pesquisa. (LUDKE & ANDRÉ, 1986)

Nesse quadro metodológico, a entrevista mostrava-se como a técnica mais adequada para coletar os dados necessários a este estudo.

Embora dispendiosa em termos de tempo e de qualificação do entrevistador, a entrevista, por permitir que se estabeleça um clima de interação entre entrevistador/entrevistado, faz com que as falas se soltem, podendo o entrevistado, com maior liberdade que em outras técnicas, prestar as informações de que dispõe e que são a razão mesma da entrevista. A possibilidade de abrir espaço à fala do informante é, sobretudo, marca da entrevista menos estruturada, de roteiro passível de alterações, logo, flexível. Esta, como qualquer outro tipo de entrevista, deve ser cercada de certos cuidados, dentre os quais está o respeito pelo entrevistado, expresso em atenção às suas conveniências de local e horário, bem como em garantia de anonimato e sigilo; o respeito, ainda, pelos valores, preocupações, significados e fatos que ocorrem no universo dos informantes. Outros cuidados são a atenção e o estímulo à fala dos entrevistados, o que supõe dever estar o entrevistador absolutamente voltado para o que diz o entrevistado. Isto lhe permitirá captar não só a fala, mas vários aspectos da linguagem não verbal (gestos, expressões faciais, alterações de ritmo na fala etc.), também importantes na apreensão dos significados com que o entrevistado categoriza o que experiencia. (LUDKE & ANDRÉ, 1986)

As pessoas que me informariam sobre as questões de saúde, no enfoque que me interessava investigar, estavam na escola, onde, portanto, me caberia entrevistá-las. Para tanto, o primeiro passo foi procurar a Secretaria de Educação do Município (SEMED) de Campo Grande/MS, posto ser na Rede Municipal de Ensino (REME) que se presta atenção à saúde do escolar. Além deste motivo, em escolas da REME eu realizara, por cinco anos, trabalho docente em Prática de Ensino, com alunos do Curso de Pedagogia do Centro de

Ciências Humanas e Sociais (CCHS) da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (UFMS).

Fui recebida pela Secretária de Educação e por ela encaminhada à Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE), que é o setor encarregado das atividades em saúde nas escolas. Explicadas as linhas gerais da pesquisa, ali entrevistei a coordenadora geral e o coordenador do serviço de assistência odontológica na REME, que me informaram sobre a situação da atenção à saúde do estudante.

Foi desses dois coordenadores a indicação das escolas para o estudo empírico. Pela visão geral que tinham das atividades em saúde em todas as unidades escolares da Rede, esses coordenadores estavam credenciados a apontar aquelas nas quais se prestava o melhor atendimento à saúde das crianças. Não foi aleatória, pois, a seleção das escolas. Foi escolha apoiada no critério de excelência dos serviços em saúde, critério este que se baseava em um pressuposto e em um cuidado.

O pressuposto era o entendimento de que, no mais desenvolvido, o objeto de estudo apresenta-se em sua forma mais acabada, em dados momento e circunstância. No caso desta investigação, apanhar a Saúde Escolar em sua forma melhor estruturada possibilitaria a análise mais completa das questões propostas. Quanto ao cuidado, este consistia em resguardar-me da armadilha da crítica de que procurara escolas em que a atenção à saúde das crianças não funcionava adequadamente, o que levaria a ser inadequada a análise pretendida pelo estudo.

A indicação inicial de cinco escolas foi alterada para doze, por sugestão da CAE, pelo fato de que, quando, pessoalmente ou por telefone, tentei marcar os primeiros encontros, uma das diretoras pediu-me ofício da SEMED. Percalços de qualquer pesquisa! Aí voltei, portanto, para solicitar tal documento. Um coordenador da CAE, entendendo ser desnecessário o ofício, mas respeitando a recusa (expressa naquela solicitação) da escola, sugeriu aumentar a relação. Era uma maneira de ampliar o leque de escolha, sem necessidade de maiores protocolos.

As doze escolas indicadas localizavam-se em diferentes bairros.

Para fins administrativos, a Secretaria de Educação agrupava essas escolas em sete regiões¹. Delas, cinco foram alvo deste estudo. Sua escolha deveu-se às seguintes razões: a) foram as primeiras indicadas pela SEMED, como sendo as que ofereciam melhor atendimento em saúde; b) situavam-se em bairros com características bastante semelhantes, estando localizadas ou no centro da cidade ou muito próximas a ele; c) tinham o mesmo número médio de alunos (cerca de 1.300); d) três delas haviam recebido alunos do Curso de Pedagogia/CCHS/UFMS para estágio supervisionado, em Prática de Ensino, sendo-me, por isso, familiares.

Nessas escolas, foram entrevistados dezoito profissionais, assim discriminados: quatro dentistas, cinco orientadores educacionais, seis professores, três supervisores educacionais. A escolha destes, e não de outros profissionais, pode ser assim explicada: a) os dentistas, porque trabalham na área da saúde e porque, desta área, são os que mais estão presentes na escola; b) os orientadores educacionais porque, oficial ou oficiosamente, por atribuição da escola, das secretarias de educação ou da tradição, são os encarregados de tomar as providências – emergenciais ou não – em assuntos de saúde dos alunos. No caso em pauta, eles são a “ponte” entre escola, SEMED e serviços públicos de saúde; c) os supervisores educacionais porque são, na escola, os especialistas encarregados de coordenar o trabalho pedagógico, com tudo o que isso implica em termos de relações com diferentes campos do fazer e do saber, aí incluído o campo da saúde; d) os professores, porque são os que estão diretamente com a criança, todos os dias, e porque são, em última instância, os profissionais que, ao lado do aluno, caracterizam a escola enquanto tal.

Não foram entrevistados outros profissionais lotados na escola pelo entendimento de que os escolhidos representavam as vozes da escola, de forma suficiente, para os fins deste estudo.

As entrevistas foram feitas nas escolas, em datas previamente marcadas junto à direção. Cada escola foi visitada mais de uma vez, porque era grande o número de pessoas a entrevistar e porque seus horários distribuíam-se em diferentes turnos. Além disso, a entrevista, em geral, era longa, demorando, em média, 1 hora e 30 minutos.

¹ As sete regiões são: região urbana do Segredo, com nove escolas; região urbana do Imbirussu, com dez escolas; região urbana do Prosa, com duas escolas; região urbana do Centro, com nove escolas; região urbana do Lagoa, com sete escolas; região urbana do Anhanduizinho, com vinte escolas; região urbana do Bandeira, com cinco escolas.

Orientada, ainda, pelos coordenadores da CAE, procurei a diretora do Centro de Reeducação do Menor (CRM), à época da coleta de dados para esta pesquisa, e a ex-coordenadora do que se pode caracterizar como a primeira tentativa de Saúde Escolar em Campo Grande/MS, o SALVE (Saúde, Alimentação, Vestuário), como veremos adiante.

A diretora do CRM forneceu dados, não só sobre o funcionamento e a história dessa instituição, como também sobre o programa em Saúde Escolar que o precedeu, o *Saúde Nota Dez*. Uma ex-coordenadora do SALVE falou-me sobre as intenções e realizações desse projeto.

Sentindo que os dados fornecidos pelas entrevistas com esses profissionais eram insuficientes, procurei dois profissionais da saúde e fiz consulta a jornais. Um, ex-secretário de saúde que implementou o *Saúde Nota Dez* foi pródigo em informações, o mesmo não ocorrendo com aquele que fora coordenador desse Programa nos anos 80 e que, em 1996, era o Secretário de Saúde. Neste ano, respondendo a ofício em que lhe solicitava disponibilizar-me horário para entrevista, para informações sobre antigos projetos, assim se manifestou, também em ofício: “*Quanto aos trabalhos mencionados [no ofício] do Saúde Nota Dez e SALVE, foram de governos passados, não mais em curso.*”

Com esta recusa, privou-nos o Sr. Secretário de Saúde – à comunidade acadêmica, aos professores da REME e a outros possíveis interessados – de informações, sem dúvida relevantes à reconstituição da história da Saúde Escolar no Município de Campo Grande.

Com essas escolhas, assim ficava definido o recorte deste estudo:

- a) como o discurso da Saúde Escolar se constrói, se legitima, se publiciza e se difunde, atingindo o cotidiano da população. Isto foi buscado nos centros de atendimento – CAE e CRM; junto aos dentistas, nas escolas; junto a um ex-secretário de saúde e a um ex-coordenador de projeto em Saúde Escolar; nas falas oficiais publicadas em jornais;
- b) b) como esse discurso se infiltra no discurso (logo, no pensamento) dos profissionais da educação, o que foi procurado nas entrevistas com professores, supervisores e orientadores.

Por ser do tipo semi-estruturada, a entrevista permitiu que os entrevistados, muitas vezes, fugissem do roteiro, acrescentando-lhe o que lhes parecia relevante. Os

encontros ocorreram em clima de tranquilidade e descontração. Em apenas dois casos, os entrevistados mostraram-se um pouco “nervosos”, porque teriam suas falas gravadas. Todavia, não pediram que eu desligasse o gravador. Este foi utilizado em todas as entrevistas. A descontração aumentava à medida que transcorria a entrevista – sentindo-se mais solto, o entrevistado mudava o tom do seu discurso, passando do comedimento inicial a revelações mais reservadas e à crítica ao que via à sua volta.

Transcritas, as falas formaram cadernos de muitas páginas que, para facilitar o manuseio, foram devidamente numerados. A leitura atenta desses cadernos permitiu organizar, nas seguintes categorias analíticas, o que diziam (portanto, pensavam) os entrevistados:

- a atenção à saúde na escola, sua função e seus resultados;
- o perfil da criança e, em particular, sua situação de saúde;
- a relação saúde/aprendizagem;
- a função da escola.

O número de escolas, o número de entrevistas, as especialidades dos entrevistados e o material das entrevistas não se constituem em amostra, pela própria metodologia adotada neste estudo. Este, cabe dizer, não partiu de categorias de análise definidas, a não ser aquelas que o referencial teórico-metodológico me indicava. Fui lá para **ver e ouvir** o que sobre Saúde Escolar tinham a dizer os profissionais que ali trabalhavam, para me aproximar do que ali acontecia.

As falas dos entrevistados aparecem, neste estudo, tal como foram formuladas durante a entrevista. As pequenas correções dizem respeito, apenas, a questões gramaticais, o que se justifica pelo que a linguagem escrita exige de cuidados, muitas vezes negligenciados no momento descontraído da fala. Além disso, para dar maior clareza a algumas falas, acrescentei-lhes algumas palavras, que vêm entre colchetes.

Identificadas por letras, seguidas da função exercida pelo entrevistado, as falas assim aparecem:

- B, C, D e E – dentistas;
- A, L, N, P e Q – orientadores educacionais;
- F, G, H, I, J e R – professores;
- K, M e O – supervisores educacionais;

- S – um dos coordenadores da CAE;
- T– outro dos coordenadores da CAE;
- U– um ex-coordenador de projeto de Saúde Escolar;
- V– um ex-diretor do CRM;
- X– um ex-secretário de saúde.

Como diz, IANNI (1991: 21),

“Há vários modos de dizer a verdade, ou procurá-la. Um deles, segundo nos parece, consiste em deixar que as pessoas envolvidas nas situações e problemas estudados utilizem as suas próprias palavras. Mesmo quando elas não estão em condições de ver claro, ou quando não podem dizer as coisas com clareza; mesmo nesses casos revelam dados significativos para a compreensão das situações e problema. Em geral, no entanto, dizem o essencial(...) À medida que falam, que dizem apenas o que querem, que tomam decisões e agem revelam, também, as relações e as estruturas mais íntimas das situações e problemas.”

O texto deste estudo está tecido – e muito – com as palavras dos entrevistados que são, afinal, os protagonistas desta história. Fazê-los presentes, aqui, foi querer seguir o que diz esse autor.

CAPÍTULO II
BREVE HISTÓRICO DA SAÚDE ESCOLAR NO BRASIL

Discursos

*Chegam os padres de Paris.
São festejados com discursos.
Fazem anos os padres importantes.
Envolve-os o aroma de discursos.
Convalescem os padres de sombrias
pneumonias duplas.
Em discursos a alta se proclama.*

*Que fizeram de imenso?
Chegaram,
aniversariaram,
enfermaram,
escaparam.*

*A oratória celebra estes prodígios
em tropos sublimes. Como falam
bonito meus colegas.
Que anástrofes, metáforas, perífrases,
que Cíceros, Demóstenes e Ruís.
Na aula de Português eles nem tanto.
Mas é soltar o verbo, e jorram
estrelas em forma de vocábulos
para saudar nossos amados guias.*

*O espírito da eloquência
baixa de não sei de onde e lhes inspira
rasgos terreaux de Mont'Alverne.
É pena: ainda não vi
ninguém fazer um discursinho mesmo chocho
ao Irmão Falcão, enaltecendo
a grata, oportuna cervejinha
por ele fabricada.*

Carlos Drummond de Andrade

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

Seu objeto é a criança no período de frequência à escola, ou seja, a Saúde Escolar só está voltada para aquela criança que está na escola, não se ocupando de qualquer outra criança, ainda que em “idade escolar”.

Isto está claro na definição de Saúde Escolar apresentada por MORAES apud LIMA (1985):

“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 (...). Assim conceituada, os objetivos da Saúde Escolar são, em resumo:

- 1- favorecer o desenvolvimento normal da criança;*
- 2- estudar os fatores desfavoráveis e os meios de combatê-los;*
- 3- manter a higidez física, mental e social do escolar;*
- 4- instruir e educar a criança nos cuidados de conservação e melhoria da saúde;*
- 5- traçar normas especiais de educação para os alunos excepcionais, integrando-os na comunidade.” (p. 28-29)*

Esses objetivos estão presentes ao longo de toda a história da Saúde Escolar no Brasil e incluem a puericultura, a higiene pública, a clínica, a pedagogia . (LIMA, 1985)

Sua preocupação central sempre foi a relação saúde– aprendizagem, assumida já na segunda metade do século passado, quando a saúde entrava na escola para fazer controle epidemiológico de doenças que assolavam o Rio de Janeiro, como febre amarela, cólera e varíola. Nesses controle e vigilância estava contido o argumento de que as crianças não aprenderiam pelos problemas de saúde, pela debilidade mental e pela fraqueza de caráter decorrente da miscigenação racial. A higienização oferecia-se como antídoto a esses males.

Nos primeiros anos da República, e estendendo-se pelos anos 10 e 20 deste século, ampliava-se no Brasil o movimento higienista, que entrou na escola como higiene escolar, ali se institucionalizando em vários estados brasileiros.

A propriedade da escolha da escola está em que ela

“não deve ser, apenas, o centro da cultura intelectual da nossa infância. A escola não tem o direito de agasalhar corpos enfermos, rostos pálidos, organismos débeis. Cumpre-lhe transformá-los em corpos fortes, organismos robustos. A escola tem que ser o centro irradiador da saúde de nossa gente, tem que ser o núcleo revigorador da saúde da nação.” (CASTRO apud LIMA, 1985:125)

Promover a higiene do ambiente escolar e a higidez dos corpos de alunos e professores, fazer inspeções médicas e atendimento odontológico, ensinar normas de saúde eram, então, o expediente da Saúde Escolar, para permitir que as crianças aprendessem. Na realidade, essa proposta integrava um movimento nacional mais amplo.

À luta contra a mortalidade infantil, a tuberculose, o alcoolismo e a sífilis, a divulgação das idéias e preceitos do higienismo e da puericultura, empreendida por médicos² de renome, tanto em entidades filantrópicas privadas quanto no desempenho de cargos públicos, somava-se o esforço de uma frente nacional, representada por diferentes setores da população, empenhada na modernização do país. As idéias de nacionalismo, patriotismo, controle de doenças que ameaçavam a força de trabalho, educação primária para todos e educação média para a emergente classe média urbana, formação de uma “raça brasileira” eram bandeiras da luta para equiparar o Brasil aos países mais avançados.

No fervor dessas idéias, a educação era entendida como meio para se elevar o nível de saúde da gente brasileira. Ensino às mães pobres, campanhas sanitárias, dispensários, centros de saúde são veículos e locais de que se lança mão para difundir, pelo discurso, práticas higiênicas e eugênicas, para, como na Europa, educar, como forma de controle da classe dominada. A

“estratégia da educação em saúde foi regular, enquadrar, controlar todos os gestos, atitudes, comportamentos, hábitos e discursos das classes subalternas e destruir ou apropriar-se dos modos e usos do saber estranhos a sua visão do corpo, da saúde, da doença, enfim, do ‘bom’ modo de andar a vida. O nascimento da pedagogia de boa higiene se confundiu com a história do conjunto de disciplinas ligadas ao que se convencionou chamar ‘os problemas de higiene e saúde’ – ‘higiene social’ – ‘higiene do trabalho’ – e ‘puericultura’, cujo

² Dentre os nomes mais conhecidos estão os médicos Moncorvo Filho, Clemente Ferreira, Miguel Couto, Emílio Ribas, Arnaldo Vieira de Carvalho, Balthasar Vieira de Mello. Esses médicos ocupavam cargos em órgãos oficiais (chefias de serviços públicos, direção de escolas de medicina e entidades filantrópicas) e particulares (institutos de inspeção médica). (LIMA, 1985)

desenvolvimento nos países europeus, a partir de fins do século XVIII, esteve relacionado com o esforço generalizado de moralização e domesticação das classes populares.”(COSTA,1984: 7)

A velha ordem rural ia desaparecendo no conjunto de idéias de uma nova sociedade urbano-industrial. Como bandeiras da burguesia industrial, os movimentos escolanovista, no âmbito da escola, e o sanitarista, no campo da saúde, eram dois discursos modernizadores que partiam dos mesmos pressupostos e apresentavam as mesmas propostas: a atenção individual, a ênfase aos aspectos técnicos do desempenho profissional, a assunção da educação e da saúde pelo Estado.

Este – o Estado, a partir de 1930, passava a liderar as iniciativas em saúde e educação, criando ministérios e outras instituições que viabilizassem as políticas, agora identificadas como políticas de caráter nacional.

Consoante às preocupações do governo federal, os estados brasileiros reorganizaram suas atividades em Saúde Escolar: criaram-se serviços, cujas atividades de controle passaram a ser mais amplas, atingindo os escolares, o prédio, a educação sanitária, os exames de ingresso dos professores e as concessões de licenças que eles solicitavam.

Aí está o que caracterizava a Saúde Escolar, desde que entre nós ela se instalou. Como diz LIMA (1985), *“Desde o início, a Saúde Escolar é um movimento amplo que estende suas ações a todos os aspectos da vida escolar, refletindo uma ânsia de controle e medicalização de toda a sociedade.”* (p. 151)

Pode-se dizer que, no período que vai do seu aparecimento (como Higiene Escolar) até os anos 40, a Saúde Escolar foi produtora de um mesmo discurso, feito tanto pelo médico, quanto pelo educador ou pelo governo, e esteve baseada 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. Os problemas de conteúdo social eram explicados como da responsabilidade individual: problemas escolares, como a repetência, eram atribuídos à hereditariedade de certas doenças, como a sífilis, ao alcoolismo, ao descuido e à desinformação dos pais e das crianças. A resolução desses problemas caberia, também, à competência individual. Através da educação sanitária dos escolares, a Saúde Escolar pretendia chegar às famílias; através da atenção à saúde pretendia resolver as questões do ensino-aprendizagem.

Se o período 1940–1964 constituiu o período áureo da educação sanitária no Brasil (MELO, 1984), a década de 40 marcou o auge da Saúde Escolar. Esta entrará em declínio nos anos 50 (LIMA, 1985), tomando novo impulso nos anos 80, com as mesmas propostas de seus primeiros tempos, ignorando a Reforma Sanitária então em curso, como veremos. Por ora, falemos um pouco sobre sua fase de ouro.

Para o Estado Novo (1937–1945) os problemas da educação abrangiam, a um só tempo, a “saúde do corpo e a saúde do espírito”, já revelando o quanto a medicalização das questões sociais estava presente na fala oficial. Tão presente, que o próprio presidente da República e o interventor federal em São Paulo foram patrocinadores do I Congresso Nacional de Saúde Escolar, realizado em 1941.

Nesse Congresso, em seu discurso de encerramento, disse Adhemar de Barros:

“Ao Estado Novo cabe enfrentar, quanto antes, os problemas da educação e do ensino e orientá-los pelos seus postulados, de forma a dar às gerações novas o preparo indispensável para participarem ativamente da grande obra de reconstrução nacional iniciada. E isso porque os cuidados de que necessitam as gerações novas, no tocante aos problemas da educação e do ensino, abrangem, a um tempo só, a saúde do corpo e a saúde do espírito.

(...) A visita médica regular e obrigatória tem um importante papel a desempenhar na escola pública. A assistência dentária idem.” (apud LIMA, 1985: 137)

No Rio de Janeiro, por exemplo, intensificava-se, na escola, a ação médico-odontológica, através da vacinação, do tratamento, da orientação de hábitos e atitudes, do encaminhamento a clínicas³ especializadas em ortopedia, cirurgia, fisioterapia, clínica médica, pediatria, cardiologia, dermatologia, raios x, laboratório, oftalmologia, otorrinolaringologia, ortopedia funcional dos maxilares, cirurgia, endodontia, prótese, radiologia. A Secretária de Educação e Cultura até transportava o aluno doente à clínica especializada e, mais, mantinha

³ Essas clínicas eram: o Hospital Barata Ribeiro, o Hospital Nossa Senhora do Loreto, o Instituto Médico-Pedagógico Oswaldo Cruz, o Pavilhão Hilário de Gouveia, o Instituto Oscar Clark, o Instituto Odonto-Pedagógico Zeferino de Oliveira (Silva Netto, 1979). Localizadas no Rio de Janeiro, eram clínicas “que os documentos oficializavam para o atendimento aos escolares” (SILVA, 1991: 23). Sua gerência, até os anos 70, foi da Educação.

natureza, por deficiência sensoriais e pela privação social, a partir de uma precária assistência familiar.”(p. 36)

Nesse quadro desolador (e falso), nesse quadro de privação de toda sorte, como poderia essa criança aprender? A saúde, ou melhor, a falta de saúde, seria utilizada para explicar a inoperância da educação – não aprender, na escola, seria sinônimo de não ter saúde. Por outro lado, não se teria saúde, porque não se tem educação. Assim, doença e ignorância criam uma explicação circular, sem saída (COLLARES & MOYSÉS, 1985), para a questão educacional da escola, sobretudo da escola pública.

Argumento forte entre educadores e profissionais da saúde, essa explicação não se alterou ao longo da história da Saúde Escolar, que buscava sempre formas mais sofisticadas de atendimento, as quais, na realidade, eram/são apenas novas roupagens que não alteram o conteúdo que vestem. Assim é que, nos anos 60, a Saúde Escolar passava a falar em atendimento médico– psicopedagógico, fala que se ampliou, nos anos 70, para atendimento medico–sócio–psicopedagógico, conforme categorização apresentada por SILVA NETTO (1979). Era a participação da Saúde Escolar no movimento de medicalização de toda a sociedade, face ao agravamento das crises sociais que, a partir da década de 60, atingiram todo o mundo, inclusive no Brasil.

Foi então que a Saúde Escolar chamou a seu serviço a colaboração de técnicos (SILVA NETTO, 1979), reflexo possível da tecnoestrutura estatal⁶, que se desenvolvia e se consolidava no país, concretizando a hegemonia do poder executivo. (IANNI, 1991).

No Rio de Janeiro, por exemplo, passava a ser da competência de técnicos, por decreto editado em 1974,

“estudar, planejar, orientar e coordenar todas as atividades relacionadas com a Saúde Escolar, especialmente o atendimento médico-psicopedagógico dos escolares com problemas de aprendizagem.” (apud SILVA NETTO, 1979: 112)

⁶ Segundo Ianni (1991), o conceito de tecnoestrutura estatal “corresponde a um estágio novo no desenvolvimento do Poder Executivo, quando este incorpora, de modo cada vez mais sistemático e permanente, o pensamento técnico-científico e as técnicas de planejamento. Seu elemento essencial é a hipertrofia do executivo” (p. 37).

ai professores, no caso de o aluno ficar internado por muito tempo, para que ele não fosse prejudicado nos seus estudos. (SILVA NETO, 1979)

Nos anos 40, o discurso da medicalização chegou ao requinte de imaginar a escola como “escola - hospital”. Esta era a proposta feita, no Rio, pelo médico Oscar Clark, que entendia a escola como espaço

“onde se tratam também, pessoas aparentemente⁴ sadias, onde se investiga o início dos estados mórbidos, onde se estudam fisiologia, psicologia e higiene, onde se praticam os exames periódicos de saúde e onde se ensina o povo a ser sadio e a viver sadio.” (TRINDADE apud SILVA, 1991: 21)

Essa proposta, feita para possibilitar um atendimento direto ao aluno, objetivando recuperar sua saúde e proteger o investimento⁵ que a educação representava, desenhava-se nos moldes do modelo higienista e acabou ficando no plano das intenções, fosse por falta de recursos e de pessoal, fosse pelo crescimento da população e pelas mudanças na estrutura administrativa. (SILVA NETO, 1979)

O fato é que aquelas unidades de assistência ao escolar foram extintas ou transferidas para outras secretarias, para atender a toda a população. O estudante já não recebia atendimento especializado de imediato, com hora marcada, passando, ele próprio, a ter a responsabilidade de procurar os serviços.

Promessas que ficaram no papel e, pior, aí ficaram apesar de os defensores da institucionalização da Saúde Escolar pintarem com tintas fortes a situação de saúde das crianças. A esse respeito, é ilustrativa a descrição feita por NISKIER (1990):

“A escola, que retrata a nossa realidade, registra uma população vitimada pela desnutrição crônica, por infecções e infestações de toda

⁴ O grifo é meu.

⁵ O entendimento de que educação é investimento é defendido pela Teoria do Capital Humano (TCH), que se estrutura após a Segunda Guerra, como teoria do desenvolvimento: concebe a educação como produtora da capacidade de trabalho e potenciadora de renda. Logo, como fator de desenvolvimento econômico e social. Nos anos 50, 60 e 70, é alvo de estudos e de políticas educacionais. A respeito, ler M. H. Simonsen. O esforço educacional. In: *A nova economia brasileira*. Rio: José Olympio, 1974. Como leitura crítica da TCH, ler G. Frigotto. *A produtividade da escola improdutiva*. Um (re)exame das relações entre educação e estrutura econômico – social capitalista. São Paulo: Cortez, 1989.

Foram elaboradas, então, normas de funcionamento de setores dos Centros de Saúde, que incluíam *“modernos conceitos”* de Saúde Escolar, relativos aos *“registros de saúde, exames periódicos e ao controle de saúde dos servidores escolares”*; ao *“atendimento do aluno com distúrbio de comportamento e de escolaridade”*, *“à inspeção do prédio escolar.”* (SILVA NETTO, 1979: 113)

Como se vê, esses “modernos conceitos” operacionalizar-se-iam em expedientes já integrantes do cardápio da Saúde Escolar desde os seus primórdios. Aqui, eles se colocavam de forma mais inadequada ainda, no que se refere às dificuldades de aprendizagem porque, como diz SILVA (1991), já estava admitida a relação entre condições de vida e desempenho escolar. Apesar disso, instituía-se para os escolares pobres, com “distúrbios de comportamento e de escolaridade”, o tratamento por equipes multiprofissionais que teriam, no mínimo, um pediatra, um psiquiatra, um odontólogo, um psicólogo, um enfermeiro, um assistente social e um orientador educacional. O diagnóstico resultava da avaliação de toda a equipe, incluía entrevista com os pais, relatório dos professores e do orientador educacional, e exigia *“reexame pediátrico, psiquiátrico, neuro-oftalmológico, neurológico, psicológico e exames complementares (eletroencefalograma, RX de crânio, audiometria, hemograma, reações sorológicas para Lues, dosagens de proteínas, protohelmintoospi, exame de urina”* (SILVA, 1991: 28-29) e outros mais.

Essa bateria de exames, tratando medicamente uma questão social, desconsiderando as condições de vida das crianças pobres, também não foi concretizada. E não o foi pelos argumentos então apresentados: o aumento do número de escolas dificultava o atendimento a ser feito pelo médico especialista em Saúde Escolar; a organização de equipes multiprofissionais dificultava a proposta de formação desse médico.

Aliás, essa especialidade, a Saúde Escolar, como uma sub-especialidade da Pediatria, vinha ganhando corpo fora da esfera governamental, entre pediatras e suas associações médicas (SILVA, 1991), o que ilustra a crescente e atual disputa de especialista por aumentar o mercado de trabalho, como apontam COLLARES, MOYSÉS & LIMA (1995):

“Idéias provenientes da área de Saúde, por um movimento profissional crescente dentro da Saúde, movimento acrítico e norteador por severas leis de disputa de mercado. Desde 1977 vem sendo proposta a criação da Saúde Escolar como especialidade, não de Saúde Pública, mas da medicina liberal, para encampar o número

nada desprezível de crianças da classe média que tem recorrido a pediatras por dificuldade na escolarização. Basta que uma forma qualquer da remuneração seja institucionalizada para esses problemas, isto é, que o INAMPS reconheça essa 'nova morbidade', para que uma avalanche incontrolável soterre os débeis rechaços dos educadores contra a medicalização da escola.” (p. 20)

Na segunda metade dos anos 70, a Saúde Escolar, acompanhando a preocupação da medicina, apresentava-se enfatizando os aspectos médico-sócio-psicopedagógicos.

No Rio, reunindo-se no esforço para garantir a saúde que entendiam necessária para a aprendizagem escolar, as Secretarias de Educação e de Saúde do Município planejaram a rotina do atendimento aos alunos da rede municipal de ensino, defendendo que a atenção à saúde deveria contemplar aqueles aspectos acima mencionados e deveria ocorrer nas unidades de saúde, em unidades especializadas e nas escolas. (SILVA, 1991)

Em São Paulo, naqueles anos, o Departamento de Assistência ao Escolar (DAE) previa, como diz LIMA (1985), atividades

“de educação para a saúde, treinamento das professoras para o reconhecimento e orientação terapêutica de problemas de saúde mais simples e para o screening de acuidade visual dos alunos, orientação para conservação sanitária do prédio e encaminhamento dos alunos necessitados para recursos assistenciais disponíveis.

O responsável por esses programas, na escola, era um professor designado pela direção para este fim, o 'coordenador de saúde', que recebia um treinamento especial de vinte horas e deveria, a seguir, reaplicar o treinamento aos outros professores da escola. Obviamente este programa, estruturado sobre um elemento sobrecarregado, o professor, (...) não poderia ter resultados muito estimuladores.” (p. 16)

Segundo esse autor, os participantes dos cursos de treinamento confessavam não conseguir fazer, em suas escolas, a reaplicação do aprendido, pelo total desinteresse dos professores (idem).

Também SILVA (1991) aponta a não realização das propostas que a Saúde Escolar traçara no Rio de Janeiro. O atendimento dos especialistas não resolveu o problema do fracasso escolar, nem o da possível doença da criança. O primeiro, porque suas causas

eram/são outras; o segundo, porque o retorno das consultas aos médicos escolares diminuía sempre mais, e porque era grande o tempo que a criança gastava, indo de um especialista a outro. Diz o autor:

“As formas como se previa o atendimento para a Saúde Escolar, altamente tecnificadas e especializadas, na verdade seguiam o modelo de construção da assistência médica no Brasil, alicerçada numa organização capitalista, cujos interesses se pautavam nos investimentos lucrativos para atendimento das aspirações da parcela privilegiada socialmente, que recorria aos especialistas nas instituições privadas pelos quais poderia pagar.” (p. 39)

Com o processo de redemocratização do país, que se iniciava no final dos anos 70, cresceram as demandas por mudanças políticas e sociais, expressas nos movimentos sociais e na ação de novos partidos políticos. Tomava impulso a discussão sobre a revisão das políticas públicas que possibilitassem melhorar a qualidade dos serviços.

Em 1986, realizou-se a 8ª Conferência Nacional de Saúde que definiu o projeto da Reforma Sanitária Brasileira, cujas mudanças introduzidas no setor saúde o tornariam *“democrático, acessível, universal e socialmente equitativo”* (GERSCHMAN, 1995: 42). A 8ª Conferência consagrava a conceituação de saúde que vinha marcando o movimento a favor daquela Reforma: saúde é resultante das condições de vida, definida no contexto histórico e conquistada pela população. Para a reestruturação do Sistema Nacional de Saúde, defendia, como objetivo, a criação do Sistema Único de Saúde (SUS) e, como meta, a progressiva estatização do setor saúde, sendo a atenção à saúde de responsabilidade exclusiva da área da saúde. Explica-se assim essa exclusividade: todas as ações individuais deveriam ser feitas na rede de saúde, nas Unidades Básicas de Saúde (UBS). Esta rede de saúde também seria responsável pelas ações coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária), a serem feitas em todos os espaços onde exista um coletivo, como fábricas, empresas, *escolas*, etc, sob a responsabilidade da Unidade Básica de Saúde.

Assim, a Reforma Sanitária entende por findo qualquer programa verticalizador, inclusive o de Saúde Escolar. A criança escolar e o ambiente coletivo escola passam a ser objeto do SUS.

O novo Sistema Único de Saúde deveria ser regido pelos princípios de descentralização da gestão, integralização das ações, regionalização e hierarquização das

unidades de saúde, participação da população no que se referia à organização dos serviços; pelos princípios de universalização, equidade e oportunidade de cobertura à população, no que se referia às condições de acesso e qualidade; à valorização dos profissionais em seus direitos, formação e remuneração, no que se referia à política de recursos humanos.

Esse novo sistema é implantado em 1990, pela Lei 8.808 (de 19/09). O SUS, apoiado nos princípios doutrinários da universalidade, da equidade e da integralidade, adotava, como forma de organizar-se, a descentralização, a regionalização e o controle social.

Nesse momento, mais precisamente nos anos 80, a quase desaparecida Saúde Escolar ressurge. E o faz *“como programa estanque, duplicador de recursos, desvinculado tanto da saúde como da educação, contrária às propostas da Reforma Sanitária. Na contra-mão da história.”* (COLLARES & MOYSÉS, 1992: 24)

Nesta direção, e considerando que os projetos até então desenvolvidos no Brasil não haviam promovido e preservado a saúde do escolar, o Ministério de Educação e Cultura, através da Fundação de Assistência ao Educando (FAE), elaborou, em 1984, proposta para um Programa Nacional de Saúde Escolar. (Silva, 1991)

Priorizando as crianças de 7 a 14 anos e os projetos de Saúde Escolar em andamento para alunos de 1º grau, sobretudo de 1ª a 4ª série, a FAE entendia que o Programa deveria ser realizado na escola, por meio de *“ações que possam ser desenvolvidas por agentes de saúde e/ou professores devidamente treinados, em articulação e com o apoio da rede básica de saúde.”* (FERRIANI & outros, 1990: 22)

A proposta dizia respeito à implantação, em todo o país, de um programa integrado de Saúde Escolar, em conjunto com outros órgãos que já desenvolviam ações na área, nas esferas estaduais e municipais, sob a coordenação de uma Comissão Especial de Saúde Escolar⁷. Aos estados e municípios caberia planejar, coordenar e executar as ações em suas regiões.

Descentralização, tecnologia simplificada, utilização de pessoal não acadêmico, integração institucional, apoio financeiro – estas as diretrizes básicas que cada programa deveria desenvolver com recursos da FAE.

⁷ Constituíam essa Comissão representantes do MS/INAN/MPAS/INAMPS/IPEA/CNRH/BNDS e MOBREAL, ficando a FAE como órgão catalisador e difusor da experiência em Saúde Escolar, e repassador das verbas aos estados e municípios (Silva, 1991).

FERRIANI & outros (1990) assim explicaram essas diretrizes: a descentralização significava que a execução do programa, nos Estados, cabia às Secretarias de Educação e/ou de Saúde, ficando a coordenação com a secretaria de maior tradição em Saúde Escolar; por tecnologia simplificada entendia-se que equipamentos e materiais para o Programa *“deveriam corresponder ao nível de complexidade dos serviços, privilegiando a adoção de tecnologia simples”* (p.22); a utilização de pessoal não acadêmico significava que a equipe de saúde deveria ter capacitação que correspondesse ao grau de complexidade das atividades, desenvolvidas sob a supervisão de profissionais de nível superior. A formação desse pessoal auxiliar deveria ser enfatizada, com o que se *“pode diminuir os custos, facilitar a cobertura total das crianças e garantir a solidez futura do programa”*(p. 22); a integração interinstitucional (das Secretarias) mostrar-se-ia indispensável à eficácia do Programa; o apoio financeiro a projetos de saúde escolar condicionar-se-ia a que esses projetos já estivessem *“implementando uma política inovadora de ação”*, pretendendo ampliar a cobertura, e a que houvesse *“contrapartida definida e capacidade de sustentação financeira do projeto a médio prazo.”* (p. 24)

Segundo SILVA (1991), o Programa insistia na relação entre condições de saúde dos alunos e seu rendimento escolar, e tinha como objetivos ações preventivas e curativas na área da saúde em geral e, em especial, nas áreas da odontologia e oftalmologia. Encarregava-se do combate à escabiose e pediculose, cuidados com a nutrição, primeiros socorros, bochechos com flúor, escovação de dentes, triagem oftalmológica e auditiva, fornecimento de óculos e tratamento dentário (através de novo plano, o plano incremental), saneamento básico e encaminhamento à rede básica de saúde. (SILVA, 1991)

Segundo FERRIANI & outros (1990), o número de programas financiados pela FAE, em convênio com os Estados, em todo o país, era de 476, em 1988, assim distribuídos por região: Região Norte: 26(5,48% do total); Nordeste: 175 (36,91%); Centro-Oeste: 55(11,60%); Sudeste: 54(11,39%); Sul: 165(34,59%)⁸.

Esses autores analisam 21 desses programas, e entendem que os objetivos tinham sido alcançados pois, desses 21, 20 estavam ligados às Prefeituras e Secretarias de Saúde e de Educação (apenas um estava ligado à Universidade, em articulação com as Secretarias), mostrando a descentralização proposta; foi adotada tecnologia simplificada,

⁸ O resultado que encontrei, somando o nº de projetos, por região, foi de 475 programas e não 476.

sobretudo em odontologia; fez-se integração interinstitucional (Saúde-Educação). No tocante ao pessoal com nível médio de escolaridade, treinado para executar ações primárias de saúde, a situação mostrou-se variada, havendo, nos programas analisados, *“professores treinados, pessoas da própria comunidade, enfermeiros, auxiliares de enfermagem e até mesmo médicos.”* (p. 25-26)

Entretanto, contrariando os autores, na verdade, não se concretizaram as propostas da Saúde Escolar de estender-se, em todo o país, aos alunos de 1ª a 4ª série, para auxiliá-los em seu aprendizado escolar. Do total de 4.177 municípios brasileiros, em 1988, apenas 476 foram alvo do programa da FAE e, mesmo dos programas municipais, alguns foram *“extintos por problemas políticos e financeiros”* (FERRIANI & outros, 1990: 26), tendo outros, pouco conseguido realizar, apesar do financiamento da FAE. No caso do Rio, o que se conseguiu *“foram alguns novos equipamentos odontológicos e óculos para os alunos que deles necessitassem”* (SILVA, 1991: 54). Muito pouco, como se vê.

No Rio de Janeiro, nos anos 80, e integrando o projeto educacional, estava a atenção à saúde do escolar, proposta pelos Centros Integrados de Educação Pública (CIEPs). A esse respeito, assim se manifesta seu idealizador, Darcy Ribeiro:

“O projeto de Saúde Escolar, nos CIEPs, muito mais que um esforço assistencial complementar, é parte ativa e integrante de todo processo pedagógico que objetiva o crescimento físico, emocional e social dos alunos. A partir da compreensão do binômio saúde – doença como um processo socialmente determinado, (...) é justo estabelecer que a saúde, mais que algo a ser ensinado, é um direito fundamental a ser conquistado.” (RIBEIRO, 1986: 118)

Agora, a Saúde Escolar tem um espaço físico delimitado no espaço escolar, adequadamente construído para viabilizá-la: o centro médico. Aí o profissional médico deve fazer a avaliação antropométrica de todos os alunos, detectar os problemas de saúde, em consulta clínica individual, fazendo avaliação física completa – *“história de saúde prévia, situação imunológica e estado de nutrição”* (idem, p.116). Além desse atendimento médico, o CIEP estava preparado para prestar atendimento oftalmológico, odontológico, assistência em nutrição, educação para a saúde, fornecendo informações ao aluno, para que ele pudesse *“disseminar bons hábitos de limpeza e higiene.”* (idem, ibidem)

Para SILVA (1991), a proposta dos CIEPs foi, provavelmente, a afirmação da que se fizera no período 1942–1964, embora, agora, integrada (inclusive como espaço físico) ao projeto pedagógico da escola. Como se vê, nada de novo como Saúde Escolar, mas a repetição do mesmo atendimento: registros de saúde, verificação do estado nutricional dos alunos, exames complementares, atenção às emergências. E mais: a preocupação com a aprendizagem, como sendo de responsabilidade da saúde.

Também em São Paulo, a Saúde Escolar, através do Departamento de Assistência ao Escolar (DAE), continuava, segundo relata FERRIANI (1991), enfatizando o atendimento geral, pelo clínico geral, e especializado, pelo *“oftalmologista, otorrinolaringologista, cardiologista, ortopedista, neurologista e psiquiatra”*. (p. 123)

Entretanto, *“na prática, poucos vão usufruir desse atendimento, e a maioria dessas crianças fica fora da programação.”* (FERRIANI, 1991: 124–125)

Aí está ! Outra vez, o discurso. Mais uma vez, sua efetivação não cumprida!

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 propostas que planejou. Logo, se a isto veio, não conseguiu alterar o quadro de evasão e repetência das escolas públicas brasileiras. Seus resultados – periódicas inspeções médicas – foram muito modestos, face aos ousados objetivos que, para si, sempre traçou. E mais, como dizem COLLARES & MOYSÉS (1992: 24), *“apesar de todas as similitudes, as propostas de Saúde Escolar de hoje não são exatamente as mesmas de sua origem. Da perspectiva educacional, podemos dizer que são muito mais prejudicadas.”*

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 aprendizagem das crianças, a Saúde Escolar faz-se como mercado de trabalho, crescentemente disputado por diferentes profissionais da área de saúde, desde o 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 os problemas de saúde, que eventualmente

ocorram na escola, sejam resolvidos na rede de atenção à saúde de toda a população – postos de saúde, hospitais públicos, hospitais conveniados, etc.

Escola é lugar de ensinar e aprender, como disse uma das educadoras que entrevistei: *“a escola não é lugar de ensinar? Aqui não há problema de saúde que interfira na aprendizagem: a questão é de metodologia.”* (A, orientadora educacional)

CAPÍTULO III
A SAÚDE ESCOLAR EM CAMPO GRANDE/MS

(...)
*E continuamos. É tempo de muletas.
Tempo de mortos faladores
e velhas paralíticas, nostálgicas de bailado,
mas ainda é tempo de viver e contar.
Certas histórias não se perderam.*
(...)

Carlos Drummond de Andrade

A Saúde Escolar instala-se em Campo Grande/MS na década de 80, quando, como vimos, estavam em efervescência as discussões sobre a Reforma Sanitária e quando a literatura já apontava o seu desaparecimento. Ela aí instala o seu discurso – o que lhe dá existência – tal como ocorrera nos centros urbanos brasileiros mais desenvolvidos. Vejamos um pouco de sua história.

Algumas informações sobre Mato Grosso do Sul e Campo Grande

Em 11 de outubro de 1977, pela Lei Complementar nº31, efetivou-se a divisão do Estado do Mato Grosso, com a criação do Estado do Mato Grosso do Sul.

Como diz ROCHA (1992), a criação do Mato Grosso do Sul atendeu aos interesses imediatos da reprodução do capital. Com o esgotamento do “Milagre Econômico”, a divisão pôde atender aos interesses de grupos econômicos do sul, cuja atividade estava baseada na pecuária.

A “vocação” agropecuária, assim definida, estaria viabilizando-se, nos 357.471,5 km de área que constituem o Estado.

Segundo QUEIROZ (1989),⁹ embora a cria  o, em 1943, de uma Col  nia Agrícola Federal, no município de Dourados, possa ser considerada um marco para a expansão do capital no campo do Mato Grosso, essa expansão só se deu, de fato, a partir dos anos 50.

Nova “fronteira agrícola” do país, para o Mato Grosso aflu  ram muitos migrantes, vindos de diferentes regiões brasileiras, fazendo dobrar, entre 1950 e 1960, a popula  o total do Estado.

Essa migra  o, estimulada pelo governo federal, como forma de reduzir as tensões nas regiões de origem desses trabalhadores, e também pelo governo estadual (que amplia a venda de terras devolutas, estende a ferrovia, fomenta a produ  o de energia), ganhou novo impulso a partir de 1964. Foi então que, como estratégia para modernizar a economia brasileira, mas mantendo seu caráter conservador, o governo federal investiu pesado no campo do sul do Mato Grosso. As terras relativamente baratas dessa região

⁹ Na obra deste autor, está baseado o texto sobre a questão agropecuária no Mato Grosso/Mato Grosso do Sul.

atraíam muitos interessados: uns, para especular; outros, para *“inverter capital na produção propriamente dita”* (QUEIROZ, 1989:5). Dentre esses últimos, muitos vieram dos estados agrícolas mais desenvolvidos do país, como Rio Grande do Sul, Paraná e Santa Catarina, onde lutavam com o alto preço das terras.

Juntos, migrantes e empresários rurais do Mato Grosso, faziam cumprir, no Estado, as estratégias do “milagre brasileiro”, ufanismo do Governo ditatorial, do final dos anos 60 a meados dos anos 70, impulsionando as transformações capitalistas no Mato Grosso.

Foram indicadores dessas transformações a modernização introduzida na agropecuária, o crescimento da produção agrícola e do rebanho bovino, as alterações na estrutura fundiária.

Entre 1970 e 1985, foram significativos os avanços na mecanização e na utilização de modernos insumos (fertilizantes, defensivos) nas atividades agropecuárias. Disso seria ilustração o aumento, nesse período, de 700%, no número de tratores. Com 30 mil tratores, o sul do Mato Grosso apresentava a mais alta relação tratores/pessoas ocupadas na agropecuária, no país: 1 trator para cada 8,1 pessoas (em São Paulo, essa relação era de 1 para 8,5 pessoas; em Pernambuco, de 1 para 290 pessoas). O fato de todos os tratores do Mato Grosso estarem em apenas 30% dos estabelecimentos rurais, expressava bem o caráter da modernização capitalista que aí se dava.

No período 1970-1986, cresceu, de fato, a produção de soja, trigo e cana (em 86, o Mato Grosso foi o 3º estado produtor do país); caiu a produção de arroz, feijão, milho e amendoim; cresceu pouco a produção do algodão e medianamente a de mandioca. Esses nove principais gêneros cultivados no Estado tiveram sua produção multiplicada *“por 13, passando de 600 mil para 7,5 milhões de toneladas.”* (QUEIROZ, 1989: 7)

Observa-se a queda de produtos de consumo local (arroz, feijão e milho), crescendo a produção de culturas comerciais, a soja e a cana-de-açúcar, que receberam altos subsídios governamentais. Como explica QUEIROZ (1989), isto se deu porque

“a soja, produto essencialmente de exportação, tem seus maiores êxitos associados à política implementada pelo governo federal, de atendimento a qualquer custo do serviço da dívida externa, por meio da obtenção de astronômicos superávites comerciais.

Os progressos da lavoura canavieira, por sua vez, ocorrem no contexto da implantação do Pró-Álcool(...) O incremento da

produção de cana surge, desde logo, conectado à indústria alcooleira.” (p. 8)

Corroborando esse fato, dados do Estado do Mato Grosso do Sul (1993) informavam que as maiores safras, em 1991-92, foram de cana-de-açúcar (4.193.288 toneladas) e de soja (2.038.614 toneladas).

No que refere ao rebanho bovino, seu crescimento dobrou, no período 1970-1985: em 70, havia 7,5 milhões de cabeças; em 85, esse número chegava a 15 milhões. No quadro da expansão do capital no Mato Grosso do Sul, criadores foram diretamente beneficiados com o crescimento da indústria frigorífica no Estado e com as estradas de rodagem, que permitiam comunicação fácil e rápida com os centros de consumo, industrialização e exportação da carne de boi. Assim, o crescimento deste setor foi possível, graças à política oficial de crédito fácil e à ampliação do mercado consumidor externo (os consumos local e nacional não foram beneficiados).

O gado magro que, antes dessa época, Mato Grosso mandava para São Paulo e Minas Gerais, pôde ser engordado no próprio Mato Grosso do Sul, atividade que possibilitava altas taxas de lucro.

Segundo o Estado do Mato Grosso do Sul (1993), o efetivo de bovinos, em 1991, foi de 19.542.644 e o abate, feito no Estado e fora dele, foi de 2.514.142 cabeças. Em 1993, o Estado ocupava o 2º lugar no país, em rebanho bovino.

A ampliação e a reorientação da produção agropecuária alteraram a forma de ocupação das terras, favorecendo a concentração da propriedade fundiária. No período 1970-80, as propriedades com menos de 50 hectares foram dizimadas, afirmando-se as propriedades gigantes. Estas, em função da forma como o capital se organizava na região, isto é, em função da disponibilidade de recursos a investir, eram fragmentadas em estabelecimentos, cujo padrão situa-se entre 200 e 5 mil hectares.

Em 27/6/1984, a revista *Senhor* já publicava o retrato da riqueza construída no novo Estado do Mato Grosso do Sul:

“Lá existe uma fazenda, a Bodoquena, que, sozinha, faz circular Cr\$ 500 milhões, apenas com o pagamento dos salários dos seus empregados e despesas com fornecedores. Uma outra, a Itamarati,

colhe, anualmente, 120 mil toneladas de grãos. Breve, saltará para 140 ou 150 mil toneladas. É a maior plantação de soja do mundo.

(...)

Novos negócios germinam todos os dias. Há um mês, o governo estadual anunciou os primeiros incentivos para a indústria, inexistente por lá. E, imediatamente, brotaram seis empreendimentos de porte. Três mil empregos. Em apenas duas novas fábricas (óleo de soja), se aplicará US\$ 35 milhões. Uma é do grupo Hering; a outra de um poderoso grupo local, a Copagás, que, graças ao novo negócio, passará a movimentar Cr\$ 200 bilhões por ano.” (p. 40)

Em 1991, a população total do Estado do Mato Grosso do Sul era de 1.778.494, concentrando-se 1.412.885 pessoas na zona urbana e 365.609 na zona rural.

Essa população dispunha, em 1992, no que se refere à atenção à saúde, de 434 unidades prestadora de serviço, entre postos de saúde (134), centros de saúde (168), unidade mista (12) e hospitais (120), estando a maioria (304) sob a administração dos municípios. A “taxa de leitos por 1000 habitantes era de 2,63.”(ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, 1993: 27)

O abastecimento de água, em 1992, fazia-se pelo Sistema de Água e Esgoto do Mato Grosso do Sul, para 70 dos 77 municípios do Estado, sendo os sete outros providos pela Fundação Nacional de Saúde. A população atendida por serviço de abastecimento de água era de 1.342.618 pessoas e por serviço de esgoto era de 142.618 pessoas. (ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL, 1993)

Confrontando esses dados com a população total do Estado (1.778.494), em números absolutos, 435.876 pessoas não contavam com serviços de água, e 1.636.876 não eram beneficiados com serviço de esgoto, neste caso, a esmagadora maioria da população do Mato Grosso do Sul.

Crescia o número de assalariados no campo, como aumentava, dramaticamente, o êxodo rural.

Nas cidades, que cresceram com a riqueza do campo, estão presentes, nos anos 90, os contrastes da forma capitalista de produção: ao lado do grande número de bancos privados, por exemplo, as favelas da periferia abrigam o campesinato sem chance no campo.

Não seria de surpreender que os resultados dos altos investimentos feitos no Estado e, contraditoriamente, o crescimento da pobreza se tornassem visíveis em sua capital,

Campo Grande, sua maior cidade e centro administrativo e de transações políticas, econômicas e culturais.

Capital do novo estado, Campo Grande originou-se do arraial de Santo Antonio, fundado em 1875 e registrado, em Cuiabá, em 1889, como Distrito da Paz, sob a jurisdição de Nioaque. Em 26 de agosto de 1890, foi elevado à categoria de município, como Campo Grande, pela Resolução 225 do Governo do Estado de Mato Grosso. Em 20 de julho de 1910, foi criada a Comarca de Campo Grande, elevada, em 1918, à categoria de cidade, pelo decreto estadual 772, de 16 de julho. (MS CULTURA, 1986)

Foi a partir da fixação dos monopólios na região sul do Mato Grosso, que Campo Grande alcançava expressivo desenvolvimento. A instalação de empreendimentos, sobretudo agropecuários, e a construção da ferrovia Noroeste do Brasil¹⁰ e de estradas de rodagem transformaram Campo Grande em grande entreposto comercial e pólo irradiador do projeto de divisão do Estado.

Na primeira década do século, Campo Grande já dispunha de um plano de urbanização que previa o traçado de ruas e avenidas; estava ligada ao oeste do Estado e a São Paulo por via férrea (a EFNOB); teve seus primeiros jornais, luz elétrica nas ruas, escolas particulares (Colégios Dom Bosco, Oswaldo Cruz, Maria Auxiliadora) e uma escola pública (Escola Joaquim Murtinho); iniciava a construção de sua primeira biblioteca pública e lançava os fundamentos de construção da Santa Casa da Misericórdia. Nos anos 20, passava a sediar a futura 9ª Região Militar (originada na Circunscrição Militar de Mato Grosso, até 1921 com sede em Corumbá); fundava o Clube do Rádio, que trazia o primeiro aparelho receptor para a cidade. (MS CULTURA, 1986)

Segundo matéria publicada na *Revista MS CULTURA* (1986),

“Em 1930, a cidade já contava com 12 mil habitantes, 200 casas comerciais, 3 agências bancárias, várias repartições públicas e estabelecimentos de ensino de 1º e 2º graus, além de água canalizada, vários clubes recreativos e desportivos, rivalizando em desenvolvimento com a própria capital do Estado.” (p. 32)

¹⁰ A Estrada de Ferro Noroeste do Brasil (EFNOB) foi inaugurada em 1914, e liga São Paulo a Mato Grosso do Sul.

Em 1991, seus 518.687 habitantes (CAMPO GRANDE, 1996) podiam dispor de extensa rede bancária, de serviços de saúde, educação, turismo, lazer. A cidade, de traçadas ruas e avenidas largas e arborizadas, dispunha de comércio variado – incluindo shoppings com vitrines como as encontradas no Rio e em São Paulo –, jornais diários (locais e dos grandes centros), emissoras de rádio e TV, academias de dança e ginástica, aeroporto internacional (e outro, para os aviões de fazendeiros e empresários), restaurantes para diferentes gostos e poder aquisitivo. Ao lado do conforto proporcionado pela riqueza construída no Estado, Campo Grande já incluía em seu traçado urbano o desemprego e a pobreza. Se há grandes mansões, há também inúmeras favelas nas bordas desta “cidade morena”.

Algumas informações sobre a Rede Municipal de Ensino (REME) de Campo Grande/MS¹¹

Em 1991, segundo o IBGE (1991), a população de Campo Grande era de 526.126 pessoas, sendo que 518.687 viviam na zona urbana e 7.430 na zona rural. A população em idade escolar, por aquele censo, totalizava 119.457 pessoas, assim agrupadas:

<u>Faixa Etária</u>	<u>Pessoas</u>
5 a 9 anos	60.629
10 a 14 anos	58.828
Total	119.457

Eram 3.478 os profissionais que trabalhavam nas escolas da REME.

A Rede Municipal de Ensino (REME) de 1º e 2º graus de Campo Grande/MS compõe-se de 102 escolas, estando 62 na zona urbana e 40 na zona rural .

¹¹As informações sobre a REME foram obtidas na Secretaria de Educação do Município de Campo Grande/MS, junto a seus funcionários, por encaminhamento de dois secretários (em 1992 e em 1996) ou foram extraídas do impresso “Resultado Final Apresentado pela Rede Municipal de Ensino”, SEMED, 1995.

As escolas da zona rural funcionam em dois turnos – o matutino e o vespertino. As escolas da zona urbana funcionam, todas, em três turnos – matutino, vespertino e noturno.

Em todas as escolas urbanas, o turno da manhã atende, exclusivamente, turmas do pré-escolar a 4ª série; o vespertino atende turmas de 5ª a 8ª série, havendo, em algumas escolas, também turmas do pré-escolar a 4ª série; no turno noturno, há turmas de 4ª série, do segundo segmento do 1º grau (5ª a 8ª) e do 2º grau. Este foi implantado em 1992, com uma escola de formação de professores.

A idade dos alunos varia de 6 (no pré-escolar) a 15 anos ou mais (no 2º grau).

As turmas têm, em média, 35 alunos. Segundo a Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE), da Secretaria de Educação do Município (SEMED), ainda não se conseguiu cumprir uma de suas metas – constituir “*turmas de 1ª série só com 30 alunos.*” (entrevista S)

O movimento dos alunos da REME é acompanhado pela Secretaria Municipal de Educação, que organiza as informações sobre matrículas, número de aprovados e reprovados.

Encontram-se discriminados nos quadros abaixo os dados referentes a esse movimento para o ano de 1995.¹²

<u>Discriminação</u>	<u>Matrícula Geral (A)</u>		<u>Matrícula Efetiva (B)</u>		<u>B/A (%)</u>
	<u>Nº de alunos</u>	<u>%</u>	<u>Nº de alunos</u>	<u>%</u>	
1- Zonal Urbana	51.280	97,8	41.879	97,9	86,6
2- Zona Rural	1.151	2,2	881	2,1	76,5
TOTAL	52.431	100	42.760	100	81,5

¹² Fonte Secretaria Municipal de Educação de Campo Grande/MS. Resultado Final, 1995.

Os dados referentes à aprovação e reprovação dos 42.760 alunos efetivamente matriculados em 1995 encontra-se a seguir:

<u>Discriminação</u>	<u>Nº de alunos</u>	<u>%</u>
1- Aprovados	32.919	76,99
2- Reprovados	9.841	23,01
TOTAL	42.760	100

Na opinião dos educadores que entrevistei, nessas escolas – na escola pública, tem-se “*liberdade de trabalhar*” (K, supervisor), além de muito apoio da direção. As questões metodológicas, a forma de relacionamento com alunos e colegas, o contato com os pais não são disciplinados por normas rígidas. Por outro lado, há o elevado número de alunos por turma, a falta de espaço, a impossibilidade de escolher o livro didático. Essas e outras são dificuldades que, aliadas aos baixos salários¹³, revelam-se no cansaço e na revolta desses educadores: “*Trabalho até muito pelo que ganho.*” (A, orientadora educacional)

O reconhecimento do excesso de trabalho e das precárias condições em que ele se dá não paralisa os educadores. Eles continuam querendo estudar, apontam a necessidade de reorganizar as reuniões pedagógicas, reconhecem a necessidade de reformular conteúdos e metodologias. E, mais, chegam ao extremo (e absurdo) de organizar eventos que angariem fundos para equipar a escola: “*Tudo o que se compra aqui é com esse dinheiro da festa junina – telefone, vídeo, televisão, som(...) Tudo dinheiro de festa.*” (H, professor)

Segundo MILNER (apud AMORIM, 1989),

“Falar da escola é falar de quatro coisas: (1) dos saberes; (2) dos saberes transmissíveis; (3) dos especialistas encarregados de transmitir esses saberes; (4) de uma instituição reconhecida, tendo como função colocar em presença, de uma maneira regulada, os especialistas que transmitam e os sujeitos a quem se transmite.” (p.81)

¹³ A respeito do salário dos professores no Brasil, são dados da *Folha de São Paulo* (31/08/94, p.1-2): “no Piauí, um professor com curso superior, lecionando no ensino básico, ganha R\$ 20,54 por mês. A remuneração média de um professor primário em Alagoas é de R\$ 45,37, na Paraíba, R\$ 64,00. Em São Paulo, é de R\$ 102,00.”

Os especialistas que entrevistei – professores, supervisores, orientadores educacionais – sabem que o trabalho da escola é ensinar para que as crianças aprendam. Entretanto, referem-se a isso, e ao seu trabalho específico em sala de aula, sem outras preocupações e explicações que não aquelas com que se deparam nos limites dos muros da escola. Quando buscam justificar, fora da escola, o não aprendizado dos alunos suas explicações chegam apenas aos pais, o que apareceu, nas entrevistas, como discurso generalizado entre todos os educadores, mais enfatizado por supervisores e orientadores educacionais. *“As causas de repetência são as famílias, a falta de compromisso e de estímulo dos pais.”* (L. orientadora educacional)

“Os pais jogam tudo para a escola(...) colocam o filho na escola, então a escola tem que se virar. Ainda quando você chama, não quer atender, tipo assim eu não tenho tempo.” (K. supervisora)

Como se vê, ao culpabilizar os pais, os educadores não se dão conta da inserção social da criança, parecendo ignorar os determinantes de sua (dos educadores) precária formação escolar e da função da escola. Assim como desconhecem as contradições que crivam o interior do espaço escolar, e como não utilizam – porque, provavelmente, não sabem – o poder que têm para fazer, nos limites de sua competência, uma escola que, de fato, atenda às crianças das classes populares. Quando não sabem o que fazer com os alunos que não aprendem, arriscam, no máximo, dizer: *“A falta de aprendizagem, mesmo, é em virtude da vida lá fora.”* (G, professor), sem, todavia, detalhar essa “vida lá fora.”

Todo esse cenário permite e facilita que os educadores aceitem as pretensas soluções propostas pela saúde para os problemas de aprendizagem dos alunos. Como dizem COLLARES & MOYSÉS (1996), *“desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto inacessíveis à Educação.”* (p.28)

Às palavras que emolduram o universo escolar – mestre, lição, castigo, aprovação-reprovação, método, conteúdo, diploma, livro, “quadro-negro” e giz, uniforme, dicionário, caderno, lápis, biblioteca e pesquisa, aula, currículo, professor, aluno –, outras lhes são agregadas – desnutrição, disritmia, psicólogo escolar, dentista, flúor, escovação, merenda escolar, disfunção cerebral mínima (DCM), convulsão, prontidão, encaminhamento para o orientador educacional, mecanismo de conduta, eletroencefalograma, mutirão da saúde, exame biométrico, consultório odontológico. A elas os educadores recorrem, como se ali fosse o seu

lugar adequado. Na realidade, os educadores, embora reconheçam que a escola é lugar de ensino-aprendizagem, estão cedendo espaço ao trabalho de outra área, a saúde, com o agravante de servir, como auxiliar (secundário), ao profissional da saúde – é o professor quem organiza as crianças para o bochecho de flúor, é ele quem faz o exame de acuidade visual, é ele quem tria os alunos que devem ser encaminhados ao médico.

Os primeiros tempos da Saúde Escolar em Campo Grande/MS : o SALVE e o *Saúde Nota Dez*

As primeiras iniciativas voltadas para a saúde dos escolares da Rede Municipal de Ensino (REME) de 1º grau de Campo Grande/MS, datam da segunda metade dos anos 70, com o projeto SALVE, sigla que significa saúde, alimentação, vestuário. O assistencialismo, já presente no próprio nome, foi sua tônica: cobrir as carências referentes à alimentação, ao vestuário, ao material escolar e ao atendimento médico-odontológico das crianças pobres que freqüentavam as escolas municipais de Campo Grande. Aliás, o prefeito que idealizou e implementou o SALVE não escondia o desejo de ajudar as crianças desassistidas, para o que recorria à sua própria história, como relata a ex-coordenadora do projeto: *“Olha, gente, quando eu era criança (...) era pobre, pobre (...) Eu faço questão que essas crianças tenham o que eu não tive.”* (U, ex-coordenadora de SALVE)

Os ecos das propostas de atendimento psicopedagógico e sócio-psicopedagógico, que marcavam o discurso da Saúde Escolar em São Paulo e no Rio de Janeiro, não chegaram ao SALVE. Sua ação foi mais, digamos assim, elementar. Utilizando-se da explicação de que sem saúde não há aprendizagem, ocupava-se, mesmo, era do atendimento médico-odontológico, procurando desenvolver suas ações com a participação das Secretarias de Educação, de Saúde, de Promoção Social, sob a coordenação geral da primeira, nos primeiros tempos, e da Saúde, quando houve a sucessão na Prefeitura.

Como se vê, criado em 1975, o SALVE parecia desconhecer as discussões que aconteciam, em nível nacional, sobre a necessidade de as ações em saúde serem administradas pela Saúde: a coordenação desse projeto, ao menos no seu começo, é reveladora desse desconhecimento.

Para realizar o SALVE, a Prefeitura de Campo Grande tomou medidas: equipou as escolas então construídas com consultórios odontológicos (já existentes nas escolas

antigas) e adquiriu três unidades volantes. A atenção à saúde era realizada por médicos, dentistas e enfermeiras que, lotados na Secretaria Municipal de Saúde, deslocavam-se para os pontos de atendimento, nessas unidades volantes, que se distinguiram segundo o tipo de atenção que prestavam: *“Era um caminhão do médico e o caminhão do dentista. Isso foi em 1976.”* (B, dentista)

A equipe ficava cada semana no pátio de uma escola e, aí, tinha

“que andar rápido ... vencer num ano, correndo. Vamos arrancar os dentes piores. Aí, vamos ver o que a gente pode fazer, porque para um tratamento, assim, não dá (...) Aí faziam extrações, limpavam os dentes das crianças, ensinavam como escovar (...) e obturação muito de urgência. Aí passava imediatamente para outra escola porque não podia – aquilo era uma situação calamitosa e posto da saúde não tinha a quantidade que tem agora (...) [As crianças] com o rosto inchado (...), com os dentes cariados. Não se extraía o dente, a não ser em último caso. [A higiene dessas crianças] também não era boa. Não tomavam banho direito; também não escovavam os dentes. Uma das ajudas do Projeto era a distribuição de escovas de dentes.” (U, ex-coordenadora do SALVE)

Esse relato é esclarecedor do que se fazia em relação à saúde das crianças das escolas públicas. A descrição de sua higiene desconsiderava totalmente as condições de vida das crianças, por isso distribuíam escovas e ensinavam a escovar os dentes; a preocupação com a rapidez, com a urgência, revela a inoperância da rede de saúde, expressa, como se menciona, no número insuficiente de postos de saúde; as extrações e a obturação de urgência mostram o tratamento apressado que é destinado às crianças filhas de trabalhadores. Como se o entendimento do mundo dessas crianças, de suas casas e seus problemas só inspirasse medidas de descaso ou compaixão. O que se lhes oferecia aparece como dádiva a enfeitar sua pobre vida:

“Não havia casas boas, era mais favela mesmo. Eram regiões bem pobres (...) E muitos criticavam o prefeito que estava fazendo escolas bonitas numas regiões esquisitas daquelas. Mas o prefeito queria que as crianças, ao sair de casa, entrassem em um local onde tivessem alguma coisa melhor do que o lugar em que viviam.” (U, ex-coordenadora do SALVE)

Além de prestar esse atendimento à saúde, a Prefeitura cuidava da alimentação, destinando uma verba a cada escola, que orientava sobre o cardápio. Quanto ao vestuário, a Prefeitura comprava os tecidos, vendendo-os, para que as mães fizessem o uniforme:

“duas camisetas, um short, uma calça de tergal, conga (...), pela metade do preço de custo, porque se desse, eles não dariam valor. Tinha colégio que parcelava em três vezes a metade do preço de custo. Quando chegava o fim do ano e a mãe não podia pagar, ficava por isso mesmo.” (U, ex-coordenadora do SALVE)

Além de assistencialista, o SALVE carregava as marcas de atitudes populistas. Além de prestar todos esses cuidados, distribuía caderno, lápis e borracha às crianças. Estendia-se, ainda, para muito além do corpo da criança e de seus pertences escolares, chegando ao exagero de

“ver a água dos colégios, do lençol freático. Fizemos exames [em] tudo quanto foi bairro (...) distribuimos filtros onde não havia. A Prefeitura distribuía um tipo de banheiro (...) nas escolas não padronizados e nas comunidades.” (idem)

Como se vê, são todas atividades de emergência, são medidas paliativas que passam ao largo das reais necessidades e dos direitos da população. Entretanto, o discurso oficial faz o registro dos seus méritos, como esta fala de um ex-secretário de saúde do município:

“Não visava só à saúde do escolar. Ele distribuía material escolar, uniforme escolar. Na área da saúde, visou, simplesmente, estabelecer, dentro da escola, um pequeno atendimento, pelo menos odontológico. Foi uma coisa importante”¹⁴. (entrevista X)

Ao projeto SALVE seguiu-se o *Saúde Nota Dez*, observando-se um intervalo entre eles que, segundo ex-secretário de saúde, deveu-se às constantes mudanças na chefia da Secretaria de Saúde do Município. *“Durante, mais ou menos, dois anos, houve cerca de sete secretários, o que desestruturou o SALVE”* (entrevista X), o que me parece argumento pouco

¹⁴ Grifo meu.

convincente. O fato é que os tempos eram outros e, àquele modelo, dever-se-ia suceder outro, com ações mais sistematizadas, permanentes e incisivas, mais adequado às necessidades do escolar, segundo ex-secretário de saúde.

Os tempos são de mudanças e buscam viabilizar os princípios da Reforma Sanitária. As reformas têm início em 1983 e, como disse ex-secretário de saúde, contam com total apoio do prefeito:

“Foi interessante – vou falar abertamente. O prefeito, um homem conservador, deu oportunidade de todo mundo trabalhar. [Aceitou trabalhar] com programas mais progressistas do mundo, com todas as facções políticas.” (entrevista X)

Na reestruturação dos serviços de saúde, a Secretaria de Saúde (re)definiu tanto a relação do Centro de Saúde com a comunidade, quanto a relação dentro do centro de saúde. Esta dizia respeito às atribuições e rotinas (inclusive de horário) do médico, do dentista, do pessoal paramédico.

A (re)organização das relações com o fora do centro de saúde, isto é, com a comunidade, apoiar-se-ia na prevenção e consistiria em visita domiciliar, em levantamento das condições de saúde da população, e em ações na escola, como explicou ex-secretário da saúde.

Naquele ano, havia postos de saúde em todos os bairros de Campo Grande, apesar de terem *“uma estrutura extremamente acanhada”* (entrevista X) em instalações (prédio e equipamentos) e rotina de trabalho médico (em alguns postos, o atendimento era apenas quinzenal; freqüentemente, acontecia uma vez por semana).

Para a operacionalização do projeto de descentralização, a cidade foi dividida em quatro regiões: Cabeça de Boi, Coronel Antonino (Cruzeiro), Vila Carlota, Guanandy. Cada uma delas contava com um Centro de Saúde Regional, para o atendimento de pessoas encaminhadas pelos Centros de Saúde dos bairros, e para, se necessário, o encaminhamento aos hospitais da cidade (em geral, ao mais próximo). Estabelecia-se, assim, o esquema de referência e contra-referência, ou seja, fazia-se a hierarquização do sistema de saúde.

Aos Centros de Saúde cabia o atendimento básico: Pediatria, Clínica Geral, Ginecologia, Pré-Natal e Medicamentos, além de exames de laboratório, vacinação,

assistência e educação em saúde. Aos Centros Regionais competia o atendimento nas diferentes especialidades (ex.: Oftalmologia, Cardiologia, Dermatologia, etc) e os serviços de Fiscalização Sanitária, Imunização e Prevenção contra a Raiva.¹⁵

A primeira região (Cabeça de Boi) constava de 8 postos, no centro e periferia, e 2 na zona rural; a segunda (Coronel Antonino), de 11 postos no centro e periferia e 3 na zona rural; a terceira (Vila Carlota/Cidade Universitária), de 10 postos no centro e periferia e 4 na zona rural; a quarta região (Guanandy) de 9 postos no centro e periferia e 2 na zona rural.

Do elenco dos postos figuravam escolas, como se pode ver pelo exemplo da constituição da primeira região na zona urbana: Centro de Saúde Cabeça de Boi, Creche Lar do Trabalhador, Escola Municipal Nagib Raslan, Escola Municipal Frederico Soares, Centro de Saúde Cooptrabalho, Centro de Saúde Vila Nasser, Escola Estadual Patronato São Francisco, Base Aérea de Campo Grande.¹⁶

A medida mais imediata do projeto de descentralização administrativa dos serviços foram os mutirões da saúde¹⁷. A administração municipal parecia dar ênfase à saúde, o que a fala do Prefeito expressa: *“Queremos dar ao cidadão de nossas vilas um pouco mais de respeito, e somente com cuidado à sua saúde é que isto será possível”*. (Jornal da Manhã, 25 e 26/3/84)

Como o nome sugere, o mutirão caracterizava-se por ser uma empreitada de atenção à saúde, cobrindo-a em várias frentes, em um curto espaço de tempo – uma manhã de sábado.

A cobertura médica, odontológica, social e psicológica que se fazia nessa manhã era, em geral, precedida por algumas benfeitorias nos bairros. Toda essa atenção estava voltada para a população de baixa renda, residente nos bairros periféricos ao centro de Campo Grande ou na zona rural.¹⁸

Sobre o atendimento prestado durante os mutirões da saúde, assim falou moradora da Vila Jockey Club: *“Isso aqui está muito bom. A gente que não tem muitos recursos tem que aproveitar, né?”* (Jornal da Manhã, 8 e 9/4/83)

¹⁵ Notícia publicada no *Jornal da Assessoria de Imprensa da Prefeitura de Campo Grande*, 20/5/84.

¹⁶ Notícia publicada no *Diário da Serra*, 18/6/84.

¹⁷ Notícia publicada no *Jornal da Assessoria da Imprensa da Prefeitura*, 20/5/84.

¹⁸ Notícia publicada no *Jornal da Manhã*, 30/1/81 e no *Diário da Serra*, 2/11/83.

Mais que só “aproveitar” o dado, a população parecia estar aprendendo com os mutirões. A despeito do populismo de que se revestiam, eles poderiam ter encorajado a população pobre dos bairros periféricos a reivindicar certos direitos seus. Moradores da Vila Ceguinho¹⁹ e do Jardim Los Angeles²⁰ solicitaram atendimento médico e odontológico, tendo sido atendidos pelos mutirões da saúde, como registraram jornais da época.

A proposta da Prefeitura era, a médio prazo, tornar permanente essa atenção episódica. A atenção permanente seria prestada pelos centros Regionais de Saúde.²¹

Embora o trabalho mais intenso e mais divulgado ocorresse aos sábados (às vezes, também aos domingos), os mutirões da saúde realizavam-se em duas etapas: uma durante e outra no final da semana. Se a primeira não pudesse ocorrer, a segunda era certa e acontecia, quase sempre, na escola ou em terreno próximo a ela – o mutirão da Vila Jockey Club, de abril de 1983, por exemplo, foi realizado em frente à Escola Municipal Dr. José Valentim.²²

Além da urbana, também a zona rural recebeu atendimento: médicos, dentistas, assistentes sociais cuidaram das famílias pobres, fazendo exame de prevenção ao câncer, tratamento preventivo/corretivo de dentes.²³

Para se ter idéia dos custos da municipalização dos serviços de saúde, segundo notícia publicada em jornal da cidade, em 1985, um convênio entre as Secretarias de Saúde do Estado e do Município, a Reitoria da Universidade Federal do Mato Grosso do Sul (UFMS) e a Superintendência do INAMPS liberaria recursos do FINSOCIAL, no total de Cr\$450.000.000,00, cujo repasse seria feito em duas vezes – Cr\$290.000.000,00, na primeira fase, e Cr\$160.000.000,00 na segunda. Seu destino: a ampliação de postos de saúde existentes (em número de onze) e construção de três novos (seriam 840m² de construção). Insuficientes para essa obra, os recursos seriam complementados por verba de outras fontes como o Programa de Cidade Porte Médio e Fundo de Assistência Social (FAS).²⁴ As obras visavam a um melhor atendimento à periferia.²⁵

¹⁹ Notícia publicada no *Jornal da Manhã*, 20/1/85.

²⁰ Notícia publicada no *Diário da Serra*, 4/9/84.

²¹ Notícia publicada no *Jornal da Assessoria de Imprensa da Prefeitura*, 20/5/84.

²² O *Jornal da Manhã*, 8 e 9/4/83, traz notícia detalhada desse mutirão.

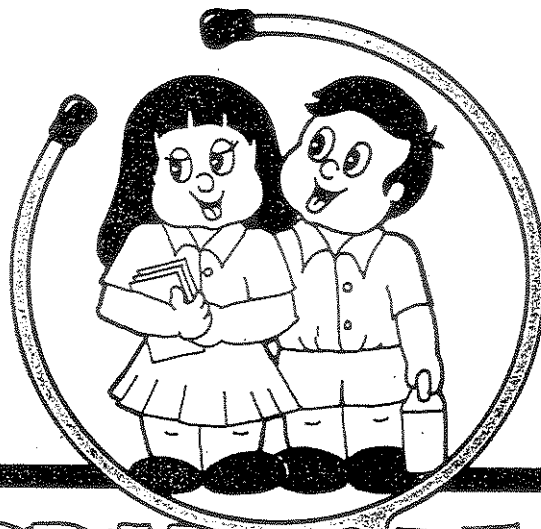
²³ Notícia publicada no *Diário da Serra*, 24/11/83.

²⁴ Notícia publicada no *Jornal da Manhã* e no *Correio da Serra*, em 8/1/85.

²⁵ Notícia publicada no *Diário da Serra*, 30/1/83.

Nesse sentido, o *Programa Saúde Nota Dez* procurou estabelecer o Centro de Saúde como pólo de atenção à saúde, articulado a hospitais e em intercâmbio com as escolas. Para esse trabalho, o programa convocou o apoio dos pais, dando-lhes orientação para a procura da rede de saúde, via escola. Como recurso de divulgação, utilizou-se de folheto impresso, distribuído à população, como se pode ver por esta cópia xerox:

SAÚDE NOTA 10



PROGRAMA DE SAÚDE DO ESCOLAR

Talvez o baixo rendimento escolar de seu filho não seja culpa dele. Nem por preguiça de estudar, por "malandragem" ou ainda por ele ser "um cabeça dura". Nada disso. É possível que ele tenha alguma deficiência de visão, audição; até pode não estar se alimentando direito por um problema nos dentes.

Pode acontecer também que você esteja satisfeito com o seu rendimento escolar. Mas é também possível que ele possa melhorar ainda mais.

A Prefeitura de Campo Grande, através de sua Secretaria de Saúde, quer saber exatamente como anda a saúde do seu filho. Para isso, criou o PROGRAMA DE SAÚDE DO ESCOLAR. Com esse Programa, a Secretaria de Saúde quer examinar todos os alunos da Rede Municipal de Ensino. Quer saber como anda a visão de cada aluno, como ele está de audição, se ele está bem do coraçõzinho, dos pulmões, do estômago. Enfim, quer saber das condições gerais da saúde do seu filho.

Por isso, é importante que no dia marcado - e os pais receberão o aviso com antecipação - você acompanhe o seu filho até a escola para que ele faça o exame médico-odontológico. Não se esqueça de levar a relação das vacinas que ele tomou. E se ele fez alguns exames médicos nestes últimos tempos é bom que você também os leve.

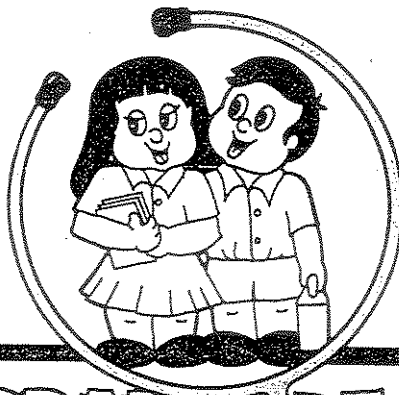
Se por acaso ele estiver com algum problema, nós o encaminharemos para os exames necessários. E tudo isso não custará nada à família do aluno. Não haverá nenhuma despesa.

É importante você saber que estes exames se repetirão todos os anos, para que o seu filho tenha sempre nota 10 em saúde.

QUEREMOS QUE O SEU FILHO TIRE SEMPRE A MAIS IMPORTANTE NOTA NA SUA ESCOLA: NOTA DEZ EM SAÚDE.

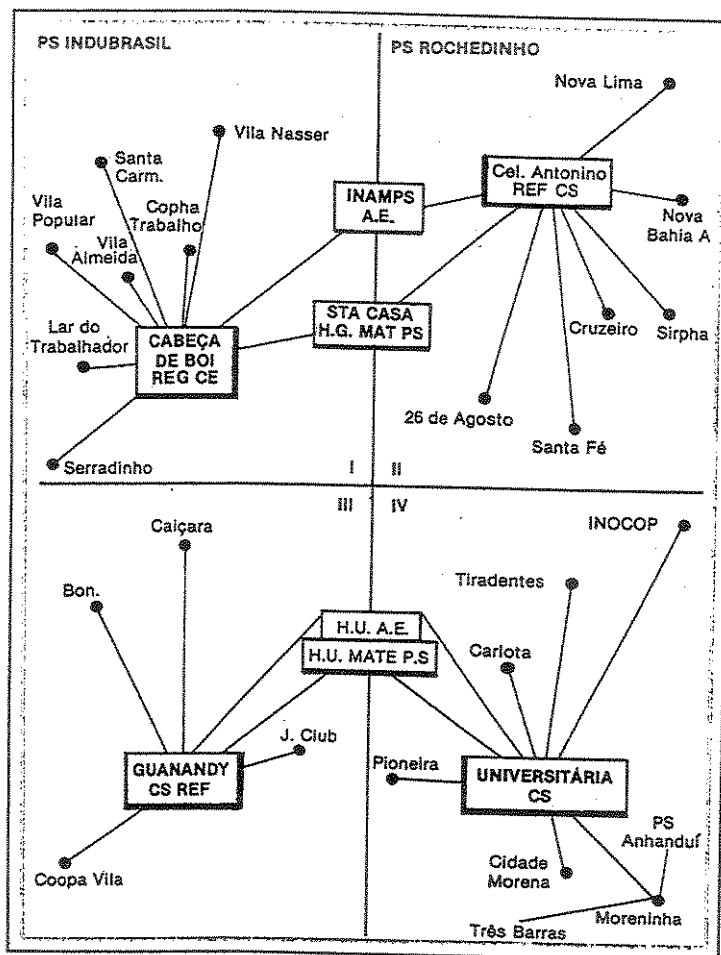
Com isso temos a certeza que ele vai melhorar muito no aproveitamento escolar.

PREFEITURA DE CAMPO GRANDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SECRETARIA MUNICIPAL DE EDUCAÇÃO



PROGRAMA DE SAÚDE DO ESCOLAR

**QUEREMOS QUE O SEU FILHO
TENHA A MELHOR NOTA EM SAÚDE DA ESCOLA**



Para que o Programa de Saúde do Escolar pudesse, operacionalmente, ter sucesso, foi incluído no Sistema de Saúde de Campo Grande que se encontra, hoje, hierarquizado e integrado em quatro regiões. Estas quatro regiões, por sua vez, interligarão todas as escolas através de seus Centros de Saúde - cada região possui um Centro de Saúde Regional - ao mesmo tempo em que estarão interligados com dois centros hospitalares de grande porte, o Hospital Universitário e a Santa Casa. (veja o mapa indicativo)

Desta forma, a divisão compreendeu as seguintes regiões:

- I. Grande Santo Amaro até a saída para Corumbá;
- II. Região dos bairros Cruzeiro e Coronel Antonino até a saída para Cuiabá;
- III. Região que compreende a Vila Carlota, Universitária e Moreninha até a saída para São Paulo e
- IV. Região do Guanandy, Calçara, Coopavila II até a saída para Sidrolândia.

Veja se você consegue localizar a escola onde o seu filho estuda. Assim você saberá também qual é o Centro de Saúde ao qual está ligada e a unidade hospitalar respectiva.

É nesse contexto que surge o Programa *Saúde Nota Dez* que, a julgar pelas notícias de jornais, recebeu especial apoio da Prefeitura de Campo Grande e elogios nacionais. Em 1984, foi apresentado, por seu Coordenador, no V Congresso Brasileiro de Saúde Escolar, no Rio de Janeiro, de 28 a 31 de outubro: nesse ano, foi escolhido como modelo nacional pela Associação Brasileira de Saúde Escolar. Em 1985, ainda, diretor da Área de Programas Especiais da FAE encontrou-se com o Secretário Municipal de Saúde para, atendendo a solicitações, e diante de informações que obtivesse, liberar verba²⁶ para o Programa.²⁷

O *Saúde Nota Dez* foi criado em 1984, por iniciativa da Secretaria Municipal de Saúde, junto com os mutirões da saúde, tendo, também, 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, o que estava em desacordo com o que vinham propondo as discussões da Reforma Sanitária: atendimento nas unidades de saúde e atenção equânime a toda a população. O *Saúde Nota Dez* volta-se, de forma privilegiada, para um segmento da população – a criança que freqüentava a escola.

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 saúde²⁸. Além dos exames, a Secretaria de Saúde fazia distribuição de medicamentos contra verminose.²⁹

A partir de 1986, o *Saúde Nota Dez* transformou-se de mutirão para programa de rotina a ser desenvolvido nas escolas. Aí, a primeira iniciativa foi recuperar os gabinetes odontológicos que haviam restado do SALVE. Em algumas escolas, o gabinete estava “desativado; em algumas outras, estava funcionando perfeitamente. Inclusive, com o

²⁶Segundo o *Correio do Estado*, 2 e 3/3/85, a FAE liberaria CR\$ 1.000.000.000,00 (um bilhão de cruzeiros) para o Estado do Mato Grosso do Sul, para aplicação em programas especiais de saúde e educação.

²⁷Notícias publicadas, respectivamente, no *Jornal da Manhã*, 18/10/84 e 8/1/85; *Correio do Estado*, 2 e 3/3/85.

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

²⁹Notícia publicada no *Diário da Serra*, 4/9/84.

*bochecho de flúor. Nota assim espetacular! Nota Dez! Ai falamos : por que a gente não recupera isso? ”*³⁰ (X, ex-secretário de saúde)

Segundo ex-diretora do Centro de Reeducação do Menor, 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, auxiliando na disciplina e fazendo preenchimento de fichas de saúde, sob orientação da equipe de saúde. Esperava, sobretudo, contar com a participação dos professores naquilo que sabia ser atribuição sua: o ensino. No caso do Programa, solicitava-lhes que fizessem o ensino de higiene, em suas aulas de Ciências, embora, como disse aquela diretora, o pessoal da saúde creditasse a falta de saúde das crianças à situação financeira dos pais e às condições de saneamento em que viviam estes e seus filhos.

Esse reconhecimento, entretanto, não impedia que se insistisse no ensino como expediente promotor da saúde. Não só professores estiveram empenhadas nessa tarefa, com seus alunos, como também os profissionais da saúde, que ministraram cursos sobre saúde pública, deram explicações sobre escovação de dentes, fizeram palestras sobre assuntos diversos.

Os cursos sobre saúde pública, desenvolvidos pela *Saúde Nota Dez*, destinavam-se a professores de Ciências e Educação da Saúde, como forma de preparar a criação, em cada escola, dos “clubes de saúde.”³¹ O Programa queria assumir caráter mais preventivo, procurando “envolver a comunidade”, prevendo a participação da Associação de Pais e Mestres.³²

Os “clubes de saúde” tinham sua base principal nas escolas, onde professores e alguns alunos recebiam treinamento para atuar nos casos de solução mais fácil, administrando os primeiros socorros. Em cada sala de aula ficava um desses alunos, o vigilante. Os vigilantes, reunidos na mesma escola, estariam em condições de organizar uma

³⁰Notícia publicada em jornais atribui a um médico, professor e vereador a “proposta inicial” e a elaboração do “mutirão da saúde” do escolar, que pretendia, “no início, fazer visitas anuais em um número determinado de escolas. A partir daí, poderemos avaliar todo o trabalho e fazer alguns reajustes de como ele poderia ser melhor executado(...) Os trabalhos prosseguirão mais acelerados e poderemos atender a um cronograma de mais três escolas, ainda este semestre” (*Diário da Serra*, 14/4/84; *Jornal da Manhã*, 20/3/83).

³¹Notícia publicada no *Correio do Estado*, 29 e 30/12/84.

³²Notícia publicada no *Jornal da Manhã*, em 8/1/85.

farmácia e encaminhar à direção os problemas de cada estudante, desenvolver a conscientização entre os alunos sobre problemas sanitários.³³

O treinamento dos professores incluía os itens:

“Vacinação; Verminoses; Doenças sexualmente transmissíveis; Drogas, cigarros e medicamentos; Gravidez na adolescência; Nutrição do escolar; Escabiose e pediculose; Higiene Corporal, mental e social; Mitos e tabus da sociedade; Doenças Transmissíveis; Profilaxia da cárie; e Primeiros Socorros.” (Jornal da Manhã, 8/1/85)

Dentro dos mesmos princípios que orientaram a criação do “clube da saúde”, formavam-se conselhos comunitários de saúde em cada bairro.³⁴

A FAE garantia o apoio material, fornecendo alimentos, escovas de dentes e medicamentos para os alunos.³⁵

Tal como sempre ocorreu, ao longo da história da Saúde Escolar no Brasil, nem o ensino nem a atenção à saúde alcançaram seus alvos. O que o Programa logrou foi muito pouco – levantamento da situação de saúde dos alunos, como esclareceu ex-diretora do CRM:

“tivemos um levantamento de como era a situação do escolar naquela época. Junto com a Secretária de Educação, [fizemos] um trabalho muito bonito. De começo, era muito bonito(...) E Saúde Escolar era o que se tinha mais em voga, não só aqui, mas também em São Paulo.” (entrevista V)

Essa mesma diretora explicou que o *Saúde Nota Dez* não fez tudo o que pretendia, e poderia, porque era insuficiente o número de profissionais – o médico, por exemplo, *“deveria permanecer em cada escola, ao menos, uma vez por semana e porque houve dificuldade de aceitação de preenchimento e arquivo das fichas de saúde dos alunos por parte da direção e dos professores.”* (entrevista V)

³³ Notícia publicada no *Jornal da Manhã*, 8/1/85 e 29/1/85.

³⁴ Notícia publicada no *Correio do Estado*, 29-30/12/84.

³⁵ Notícia publicada no *Jornal da Manhã*, 8/1/85.

Mesmo estando “em voga” – o que não era fato, o *Saúde Nota Dez* teve duração de apenas cerca de cinco anos, sem que seus idealizadores, ao que parece, soubessem o porquê:

“tem que se fazer a pergunta da morte do Nota Dez aos outros, aos que vieram depois. Até porque não sei se morreu. Não sei dizer porque não continuou. Acho que porque era trabalhoso. É um problema de comprometimento mesmo. É você acreditar.” (X, ex-secretário de saúde)

Talvez uma rememorar a história da Saúde Escolar no Brasil pudesse trazer-lhes (ao menos) algumas razões que explicassem o fato de o *Saúde Nota Dez* não ter cumprido suas promessas. Independente de todo o comprometimento e de toda a crença em seus propósitos e sonhos.

Os tempos mais próximos: o Centro de Reeducação do Menor (CRM)³⁶ e as atividades da Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE)/SEMED

Na rotina de atendimento instalada na escola, e além, da possibilidade de atendimento nos postos de saúde, a população escolar de Campo Grande conta, hoje, com os serviços do Centro de Reeducação do Menor (CRM).

Sua criação ocorreu em 1989, quando a prefeitura desativou um Posto de Saúde do bairro Vila Cruzeiro, destinado ao atendimento de toda a população para, aproveitando sua estrutura física (salas e equipamentos), organizar serviço especializado de atenção à saúde do escolar da Rede Municipal de Ensino de Campo Grande. Embora voltado para essa Rede, o CRM atende também crianças encaminhadas por escolas da Rede Estadual de Ensino.

Sua origem está ligada ao *Saúde Nota Dez*, de que é continuidade e ampliação, segundo ex-diretora do CRM; ou, segundo ex-secretário de saúde, origina-se,

³⁶ Em 20/12/94, pelo Decreto 7062, o Centro de Reeducação do Menor teve seu nome alterado para Centro de Saúde Especial da Criança e do Adolescente (CSECA). Vou, entretanto, utilizar a antiga denominação, para manter-me fiel às falas dos entrevistados, com quem me encontrei em 1992, na vigência, portanto, do primeiro nome.

como forma especializada, de um dos centros de saúde regionais, como centro de referência à saúde do escolar.

De qualquer forma, o que a criação desse Posto de Saúde enfatiza é a institucionalização especializada do processo de medicalização – disponibiliza-se todo um aparato (médico), constituído de salas bem equipadas, consulta com hora marcada, equipe multiprofissional, médico interessado e competente, para permitir a aprendizagem escolar das crianças. Tudo isso devidamente justificado, como exemplificou ex-diretora do CRM, pela dificuldade de se levar as crianças ao posto de saúde:

“Era difícil levar a criança, por exemplo, até o oftalmologista de um posto do SUDS – porque o profissional não era bom, porque o profissional não estava interessado (...) E a nós interessava um diagnóstico que nos permitisse dizer à professora olha, ela não aprende talvez por causa disso (...) Se você mandar para um posto de saúde, o posto de saúde, o posto não vai abrir exceção ao programa de saúde escolar. Porque existe rixa, porque não interessa, porque não quer fazer mudar o comportamento do posto, o que eu acho que é viável dentro do sistema deles (...) O atual secretário de Saúde pretende acabar com esse negócio de fila. Porque deve ser horrível chegar às 5, 4 horas da manhã para pegar uma ficha e, chega lá, no final, não tem mais ficha, volta outro dia. Chega uma hora em que ele se cansa, não é? (...) O que a gente pretende [no CRM] é melhorar o sistema de saúde. Por exemplo, se ele vier às 2 h, ele é atendido às 2 horas (...) Não estou fazendo isso porque é mais bonito, mas porque eu o respeito como pessoa. Então, ele tem que exigir isso.”(entrevista V)

A pergunta que permanece é esta: por que não buscar melhorar o sistema de saúde para todos, e não apenas para uma faixa etária, aliás, de baixa morbidade?

O CRM dispõe 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 inclui, ainda, banheiros, uma área para horta e jardim.

A equipe está organizada para prestar atendimento aos escolares nos horários da manhã e da tarde, atendimento de que fala um educador:

“você liga e é bem atendida pelo pessoal que trabalha lá. Encaminhei para o CRM (...) começou a fazer o tratamento e a mãe diz que o menino mudou da água para o vinho.” (P, orientadora educacional)

Paralelamente ao atendimento à saúde, o CRM realiza cursos e palestras para professores e alunos. A esse respeito, nenhum dos entrevistados para este estudo fez qualquer referência, diferentemente da fala dessa orientadora educacional, cujo pronunciamento, aliás, parece ser exceção. A maioria dos educadores e dentistas entrevistados revelou desconhecer o CRM e seus serviços – *“Não conheço o CRM”* (H, professor), *“Não conheço (...), ainda não fui lá ”* (D, dentista), *“Não, nunca estive lá.”* (L, orientador educacional)

Além dos serviços prestados pelo CRM, do atendimento feito na própria escola 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, através da Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE).

A existência dessas atividades, ao lado de ser claro indicador da duplicação de serviços e recursos, é evidência da disputa de poder e controle que a Secretaria de Educação traz a campo, a um campo que não é o seu. Seu mister é promover a educação escolar, não cuidar da saúde.

Embora reconhecendo o CRM como *“centro capaz de atender a saúde escolar”* (S, ex-coordenadora da CAE), a Secretaria de Educação entendeu ser necessário ter como pauta própria: a) o atendimento em algumas áreas da saúde (a reeducação visual, por exemplo), realizando-o em sua sede ou nas escolas (a avaliação psicológica, por exemplo); b) o treinamento de pessoal para prestar atendimento em questões de saúde; c) a ampliação do quadro de especialistas, aí incluídos profissionais da saúde; d) o equipar-se com material de educação/terapia, para resolver *“as dificuldades físicas, sensoriais, psicológicas ou sociais dos alunos”* (idem) que se apresentassem.

Para isso, foi organizada uma equipe multiprofissional, chamada de *“equipe central”*, cuja justificativa encontra-se no Manual de Normas Operacionais da Equipe Multiprofissional da CAE/SEMED. Baseando-se em documentos legais, a Secretaria de Educação, através da CAE,

“achou por bem implantar uma Equipe Multiprofissional (...) inserida na estrutura da Coordenação de Apoio ao estudante/SEMED(...) para

prestar atendimento especializado ao corpo docente e discente da Rede Municipal de Ensino (REME).” (p. 5-6)

Segundo aquele Manual, essa equipe multiprofissional deve ter, ao menos, um representante das áreas pedagógica, social, psicológica, médica, paramédica e administrativa, devendo cada um dos quatro setores escolares da REME ter, em sua equipe, um pedagogo (ou especialista na área), um assistente social, um psicólogo. Os profissionais da equipe central da SEMED desenvolveriam ações tanto em nível central quanto de “*caráter itinerante a permanente.*” (p. 15)

Para preparar a equipe central, a Secretaria de Educação realiza cursos para os orientadores educacionais da equipe, que são os que, na escola, fazem o aconselhamento a crianças com “*dificuldades de aprendizagem.*” Nesses cursos, que recebem assessoria da saúde, as áreas de estudo privilegiadas são deficiência auditiva(DA), deficiência mental(DM) e deficiência visual (DV).

Cabe aqui um comentário. Essa forma sistemática de atuação em conjunto – Educação e Saúde – leva, inevitavelmente, ao binômio saúde e fracasso escolar, o que torna muito forte a medicalização da educação. Ao invés do referido aconselhamento, trabalhar, com os professores, questões relativas ao ensino-aprendizagem, novas formas de entender a criança e, por isso, novas maneiras de fazer a aula, seria, com certeza, mais conseqüente porque permitiria, essa sim, uma melhor atenção (pedagógica) à criança e ao seu processo de (re)construir conhecimento.

A equipe da CAE, organizada em 1990, destina-se a atender o corpo discente e seus familiares e o corpo docente.

Segundo aquele Manual, realizando ações itinerantes, a equipe deve priorizar solicitações “*do grupo pedagógico escolar (supervisor e orientador)*”, da família, bem como encaminhamentos de instituições especializadas que o estudante estiver freqüentando. Os atendimentos constituem-se em observação, triagem, avaliação, diagnóstico, orientação, acompanhamento e/ou encaminhamento de alunos que apresentem “*dificuldades na integração e desenvolvimento educacional (bi-psico-sócio-educacional).*” (p. 16)

Esse atendimento, tendo como instrumento de trabalho fichas, testes (psicólogo e pedagógicos), entrevistas, visitas, avaliações, relatórios, destina-se aos alunos dos turnos matutino e vespertino.³⁷

Segundo ex-coordenador da CAE, essas atividades permitem que a equipe central tenha uma visão global das dificuldades das escolas e conheça as expectativas destas quanto ao CAE – *“a direção acha que nós vamos resolver tudo.”* (entrevista S)

Também em Campo Grande/MS, como se vê, a escola espera que a saúde possa *“resolver tudo”*, isto é, possa resolver os “problemas” da não aprendizagem das crianças da escola pública. Como é falso o suposto de que questões pedagógicas são resolvidas por iniciativas médicas propostas da CAE/SEMED não lograram êxito. Mais um caso, como tantos outros, em, as outro tempos e lugares, ao longo de toda a história da Saúde Escolar no Brasil. E *“não deu certo”* ou *“pouco se pôde fazer”*, em função da insuficiência de pessoal e das precárias condições de trabalho, como transferência de membros da equipe, fim de contrato, desistência por falta de estímulo, falta de material e de local (espaço) para o trabalho. Como por exemplo, para assistir mais de oitenta escolas, a CAE dispunha, apenas, de uma kombi, que *“atende, também, as bibliotecas e o serviço de merenda”*, o que obriga à elaboração de um *“cronograma semanal”* para ver que escola, de que setor, será visitada – *“estamos sempre em contenção de despesas (...) Quem está aqui está por um ideal.”* (S, ex-coordenador da CAE)

A escola, como se viu desde o SALVE, tem sido espaço privilegiado para a prestação de serviços à saúde das crianças. Nem mesmo o CRM, com todo o aparato de que dispõe, conseguiu substituí-lo. Na escola estão os consultórios odontológicos, funcionando de manhã e à tarde; ali as crianças fazem bochecho com flúor, recebem orientação sobre como escovar os dentes e ter bons hábitos de higiene; para a escola deslocam-se os profissionais da CAE para o aconselhamento às crianças que não estão aprendendo, para a orientação a professores, sobre como lidar com os “distúrbios de comportamento” das crianças. Na escola, as Secretarias de Saúde e de Educação do município fazem palestras, campanhas e vacinação.

³⁷ Segundo ex-coordenador da CAE, 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 caminhãozinho”* 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.”* A Secretaria Municipal de Educação participa *“cedendo espaço”*, e chamando as crianças para os mutirões. (entrevista S)

Professores realizam testes de acuidade visual e estão atentos às possíveis dificuldades auditivas; psicólogos e assistentes sociais empenham-se em resolver as questões de saúde para deixar livre (e fértil) o caminho para a criança aprender.

No decorrer deste estudo, estarei voltando a esses itens. Por ora, para fechar o capítulo, gostaria de fazer um breve resumo e algumas considerações sobre a Saúde Escolar em Campo Grande/MS.

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

Esse discurso, tal como ocorria em São Paulo e no Rio de Janeiro, pretende, cuidando da saúde, garantir que a criança da escola pública aprenda os conteúdos escolares e conduza sua vida segundo os preceitos da higiene. Sem qualquer inovação, os programas repetiam/repetem o mesmo de outros pontos do país:

- construção de prédios escolares, lições de higiene e programação alimentar dos escolares da rede oficial e pública, feitos pelo SALVE, nos anos 70. Nesta década, o governo federal assumia as incumbências da merenda escolar no país, e, em São Paulo e no Rio de Janeiro, enfatizava-se a conservação sanitária dos prédios escolares;
- atendimentos odontológico e oftalmológico, destaques da saúde escolar, desde os anos 60, em São Paulo e no Rio de Janeiro, têm sido destaque, também, no Centro de Reeducação do Menor (CRM) e na Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE)/SEMED, em Campo Grande, nos anos , 80 e 90;
- treinamento de professores, que se tornam “professores especializados”, da CAE, no final dos anos 80 e nos anos 90, tendo como seu similar a formação do coordenador de saúde em São Paulo, nos anos 70;

- utilização de fichas de saúde, pelo Centro de Reeducação do Menor (CRM) e pela Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE), nos anos 80 e 90, tal como os registros de saúde dos anos 70, no Rio de Janeiro;
- formação de equipes multiprofissionais do Centro de Reeducação do Menor (CRM) e da Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE)/SEMED, nos anos 80 e 90, como ocorreria no Rio e em São Paulo, nos anos 70, 80 e 90;
- elaboração de programas e projetos do Centro de Reeducação do Menor (CRM) e da Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE)/SEMED, nos anos 80 e 90, assessorados por especialistas (técnicos), como, nos anos 70 e 80, no Rio de Janeiro e em São Paulo.

Apesar dos precários resultados – reconhecidos, como mostra a história, pelos próprios ideólogos ou executores dos programas, a Saúde Escolar permanece, nos anos 90, presente em Campo Grande/MS, quando os tempos são outros, povoados por novas idéias e novas propostas. Permanece com o mesmo ideário antigo, quando em Campinas por exemplo, desde os anos 80, as atividades de saúde haviam saído da escola, abrigando-se nos Centros de Saúde, seu lugar de direito e competência. (COLLARES & MOYSÉS, 1996)

Em claro descumprimento às diretrizes do atual sistema nacional de saúde, a saúde escolar, já prestando atendimento nas escolas, e logo após criar (em 1989) um estrutura especial de atenção ao escolar, o Centro de Reeducação do Menor (CRM), cria uma outra (em 1990), na Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE), da Secretaria de Educação do Município. É nítida a evidência de duplicação de recursos; logo, desrespeito ao SUS.

Também contrariando o SUS, a Saúde Escolar, em geral e em Campo Grande/MS, pratica a política do privilegiamento, logo, da exclusão. É excludente porque, ao atender apenas o escolar, deixa de fora todas as outras crianças que, com igual direito, merecem os mesmos cuidados. Exclusão que se faz tão mais visível quanto melhor define, como clientela, apenas as crianças matriculadas na rede municipal de ensino, deixando à margem da atenção todos os alunos que estudam na rede estadual de ensino. Embora o CRM esteja aberto a essas crianças, ele é um serviço municipal. E um serviço municipal de saúde,

não de educação; esta, sim atribuição do município, no que diz respeito ao ensino fundamental.

Face a tudo isso, como fica(ria) a saúde escolar? Que cabe ao educador, nesse quadro traçado para ela, em Campo Grande/MS?

Também aí, se a educação quer (e precisa) entender as questões sociais em sua totalidade, como forma de contribuir com a discussão que busca resolver os graves problemas do nosso tempo, não podem os educadores ignorar o que diz respeito à saúde e à saúde escolar.

Como qualquer pessoa, *“a criança em idade escolar necessita, prioritariamente, de um sistema de saúde que lhe garanta o direito à promoção, conservação e reparação de sua saúde.”* (COLLARES, MOYSÉS & LIMA, 1985: 17)

Esta tarefa é de competência da área da saúde, que deve atender, também, aqueles escolares que – e eles existem, claro – necessitem de atenção especializada, prestada por equipes multidisciplinares. Localizar os serviços da saúde – especializados ou não – fora da rede de saúde é duplicar serviços e desperdiçar verbas. Entretanto, os educadores podem/devem participar das equipes que pensam a saúde, discutindo objetivos e formas de atuação, discutindo a realidade e o contexto específico em que está a escola, discutindo o caráter assistencialista da saúde escolar, seus resultados tão modestos e seus objetivos tão ambiciosos. (COLLARES, MOYSÉS & LIMA, 1985)

CAPÍTULO IV
A PROMESSA DE REDENÇÃO DA ESCOLA

A Palavra

*Já não quero dicionários
consultados em vão.
Quero só a palavra
que nunca estará neles
nem se pode inventar.*

*Que resumiria o mundo
e o substituiria.
Mais sol do que sol,
dentro da qual vivêssemos
todos em comunhão,
mudos,
saboreando-a*

Carlos Drummond de Andrade

A história da Saúde Escolar vem mostrando, reiteradamente, que ela existe para resolver o fracasso escolar. Ou seja, não é nas mãos dos educadores, portanto, da escola, nem nas condições de vida das crianças que estão as possibilidades de solucionar o que na escola não vai bem. Antes de pedagógicos, sociais, econômicos e políticos, os problemas – ou futuros problemas escolares – devem ser normatizados pela concepção da medicina.

A extensão do campo de normatização médica à escola ocorre como já o fizera em todas as instituições, estendendo-se a toda a vida dos homens, impregnando suas relações recíprocas e aquelas estabelecidas com a natureza mais ampla. Ultrapassar as antigas fronteiras nas quais a atenção à doença se havia mantido, até então, é possível à medicina quando a ordem burguesa emerge, e se faz hegemônica, e quando, dentro dessa ordem, a medicina constrói seu discurso científico.

A medicina articula-se às exigências políticas e econômicas da ordem burguesa para aumentar a riqueza e o poder das nações, consistindo sua ação, nos séculos XVIII e XIX, menos em medicar que em controlar o nível de saúde da população. Controlar o nível de saúde significa estabelecer normas a serem cumpridas em diferentes aspectos da vida.

Como dizem DONNANGELLO & 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.”

Sobre diferentes aspectos da vida, desde hábitos alimentares e de higiene, até habitação e vestuário, lazer e trabalho, a medicina lança seu olhar e seu dizer, definindo, avaliando, julgando, com o consentimento da sociedade, que lhe delega a tarefa de vigiar a vida. Toda a vida, de todos os homens. (MOYSÉS, 1998)

Entretanto, ao normatizar a vida, não o faz sob critérios novos, mas adota a mesma abordagem usada no trato com as doenças. Ou seja, aplica seu discurso genérico a todas as pessoas, apoiada *“na invariância da determinação biológica e na pretensa invariância das relações que ela própria, a medicina, estabelece com cada homem, ou grupo de homens, em particular.”* (MOYSÉS, 1998: 257)

Sobre o fundo da industrialização, em diferentes graus de desenvolvimento e em diferentes países europeus, a medicina realiza uma gama variada de ações³⁸: registros de nascimento e mortes, de ocorrências de endemias e epidemias, saneamento ambiental, controle de doenças transmissíveis, assistência aos pobres, combate a enfermidades, identificação das condições de vida (renda, nutrição, moradia, higiene) como fontes de enfermidade, análise dos problemas sociais e de sua relação com a saúde e a doença, definição de medidas para promover a saúde e prevenir as doenças. (DONNANGELO & PEREIRA, 1979)

Faz tudo isso sem tomar em consideração as condições de vida concretas das pessoas, de cada pessoa. Ao ignorar as particularidades de cada homem, ou grupo, individualmente, trata-as como perturbações ou acidentes em uma série de probabilidades. Isto porque, no discurso hegemônico, é preciso omitir as desigualdades sociais; é preciso fazer subsumir o subjetivo no pensamento racional e objetivo da nova ordem. Afinando-se a ela, o discurso médico faz do homem uma abstração. (MOYSÉS, 1998)

Tomando esse homem sem rosto, sem sentimentos ou necessidades, sem chão concreto, sem história, a medicina normatiza-o para adequá-la à ordem capitalista consolidada. Ao invés de tratar os problemas da vida como problemas gestados na e pela ordem econômica, política e social, ela (medicina) os olha e expressa como distúrbio, como algo que não funciona como deveria.

A penetração progressiva desse discurso da medicina, naqueles séculos, em diferentes instâncias da vida das sociedades, é possível por força do conhecimento que ela constrói, nesse momento (final do século XVIII – início do século XIX), e que se expressa no método anátomo-clínico. É com esse método que a medicina define-se como discurso científico, discurso esse que só se completa quando a medicina é capaz de olhar a morte, –

³⁸Nos séculos XVIII e XIX organizaram-se os movimentos da polícia médica, da higiene, da puericultura, cujas medidas em saúde carregam preceitos e práticas marcadas pelo controle. A respeito, pode-se ler ROSEN, George. Uma História da Saúde Pública. São Paulo: HUCITEC –UNESP – ABRASCO, 1994; FOUCAULT, Michel. Microfísica do Poder. Rio de Janeiro: Graal, 1979; DONNANGELO, M. Cecília e PEREIRA, Luiz. Saúde e Sociedade. São Paulo: Duas cidades, 1979. DONZELOT, Jacques. A Polícia das Famílias. Rio de Janeiro: Graal, 1986; BOLTANSKY, Luc. Prime Education et Morale da Classe. Paris: Monton, 1969.

quando os médicos, admitindo abordar “o objeto de sua experiência nele mesmo” (FOUCAULT, 1998: 225), fazem-no tomando por referência sua própria destruição – pela dissecação dos corpos mortos, aprende-se sobre os corpos vivos.

Diz FOUCAULT (1998: 142): “Desault, no Hotel-Dieu, pode livremente ‘demonstrar no corpo privado de vida as alterações que tornaram a arte inútil’.”

Colocando a morte no pensamento médico, a medicina se fez como ciência positiva, como conhecimento descolado da metafísica, no qual, pela visibilidade da morte, a doença expõe-se ao olhar e à linguagem. O método anátomo-clínico, que resulta 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)

Na linguagem médica está o ato de desvelamento do interior, dos enigmas da doença, dos segredos do corpo do doente; por ela o invisível se faz legível – “fazer ver, dizendo o que se vê.”

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)

É essa medicina construída nos séculos XVIII e XIX que, neste final de século XX, mantém “as promessas de salvação e felicidade, presentes desde o início de sua constituição moderna, embora sua impossibilidade de realizá-la esteja se evidenciando mais e mais.”(MOYSÉS, 1998: 228)

Como essa promessa de salvação aparece na escola, sob a forma de Saúde Escolar? Para atender a que crianças? Onde? Como?

Nas escolas da Rede Municipal de Ensino de Campo Grande/MS – ambas, rede e escolas, sucintamente descritas em páginas anteriores – estão as crianças que lhes dão vida e sentido. São pobres as crianças das escolas públicas. São ágeis, falantes, curiosas. Assim as vi, nas muitas vezes em que lá fui, nos espaços de recreio, nas aulas ou nos corredores. Eram muitas as crianças. Movimento rápido de blusas brancas e saias e calças azul-marinho. As meninas, com os cabelos amarrados em fitas improvisadas – um retalho colorido, um elástico meio roto; os meninos, com os cabelos cortados rente; pulseirinhas pobres nos pulsos das meninas pobres, sapatos surrados nos pés dos meninos pobres. Riso aberto nos rostos dos meninos e das meninas. Todos pobres.

Na descrição dos profissionais da educação, são crianças

"super carinhosas (...) Você passa pelo corredor, elas abraçam, beijam. Eu moro aqui perto, a diretora mora aqui perto, a supervisora mora aqui perto. Então, você passa na rua 'olha a diretora, olha a diretora!' E é um pára, abraça, beija. São crianças muito carinhosas."(A, orientadora educacional)

"Eles são ótimos!" "São crianças alegres, são crianças saudáveis."(G e F, professores)

Carinhosas, alegres, saudáveis, essas crianças são também *"agitadas"*, *"indisciplinadas"*, *"desinteressadas"*, *"inquieta"*, sem *"um pingão de educação"*, segundo o retrato que delas fazem os que as assistem na escola. Retrato menos elogioso, este, que os pais justificam, segundo os educadores, por *"convulsões ou febre muito alta quando eram pequenos"* ou porque têm ou tiveram *"problema de disritmia."* (A, orientadora educacional)

Apesar da alegação do *"não, não conheço as condições de vida dos meus alunos"* (F, professor), professores, orientadores, supervisores e dentistas não hesitaram em dizer que as crianças são *"pobres"*, *"classe média baixa"*, *"remediados"*, *"de nível sócio-econômico baixo, bem baixo mesmo"*, ou *"baixo a um médio baixo"*, sendo algumas de

“classe média até para alta.” (K e M, supervisores; G e R , professores; L e N, orientadores educacionais)

Fica difícil admitir que possam ser da “classe alta”, ainda que apenas “algumas”, porque assim aparecem suas condições de vida:

"A maioria tem água encanada. E você ter água encanada em casa já é muita coisa, não é?" (N, orientadora educacional)

"Tem crianças que trabalham. Em lanchonete, marcenaria. Mas não são muitas. A maioria só estuda."(N, orientadora educacional)

"Eles têm condições de comprar lápis, cadernos. Poucos trazem merenda, porque a escola oferece." (G, professor)

Essas crianças, com essas marcas que sua história pessoal lhes imprime nos rostos, gestos e roupas, marcas que explicitam a classe social a que pertencem – e que são por ela determinadas, *“gostam de ler e escrever. Dialogam em sala de aula”* (R, professora), *“adoram a escola. A escola é tudo para eles.”* (A, orientadora educacional)

Entretanto, *“não acompanham os estudos”* (A, orientadora educacional), *“não aprende”* (M, supervisora) o que se dá, *“porque não têm acompanhamento em casa”* (K, supervisora; H, professora), ou *“porque têm problemas emocionais (...) ou falta de alimentação”* (M, supervisora), *“não têm interesse”* (L, orientadora educacional), *“não quer estudar”* (K, supervisora), *“não tem vontade de estudar”* (D, dentista), *“faltam às aulas”* (G, professor).

Os resultados, diante desse quadro, não poderiam ser mais surpreendentes: a *“maioria, em geral, tem notas boas”* e a *“repetência está diminuindo”* (P, orientadora educacional, e M, supervisora), o que, entretanto, não consegue (ainda?) equacionar, em sua raiz, o problema da evasão e repetência que, há décadas, expulsa milhares de crianças da escola. Da escola pública.

Nas escolas dessa rede, a repetência ocorre mais *“na 1ª e na 3ª série”* (M, supervisora), sendo freqüente, também, *“na 5ª série”* (O, supervisora). Para resolver o problema, *“sempre tem aquela salinha que fica assim de repetente, desistente e aluno de*

outras escolas”(K, supervisora), há turmas de repetentes *“divididas por idade (...) para que seja o interesse comum”* (O, supervisora).

Esta tem sido, usualmente, uma forma de a escola resolver, do ponto de vista “pedagógico”, a questão da repetência. O que se consegue não é animador, como revelam estas educadoras:

“A gente já teve experiência de fazer uma 1ª série só com alunos repetentes. Foi uma sala muito trabalhosa. A professora teve muito desgaste, tanto físico como mental. E a turma ficou rotulada.” (M, supervisora)

“Eu me preocupo com essas crianças que repetem dois, três anos (...) De repente, o problema não é delas. E se for do professor?”(A, orientadora educacional)

Muitas vezes, sem saber o que fazer com aquela preocupação, e tentando responder ao *“e se for do professor?”* com alguma nova metodologia que não consegue fazer com que as crianças aprendam, está criado o chão para a escola recorrer à falta de saúde das crianças, para justificar o fracasso escolar. Qualquer das outras explicações usuais de que lança mão – falta de apoio dos órgãos superiores ou de serviços da escola, ausência dos pais à escola e de seu apoio aos filhos nos “deveres de casa”, carência afetiva e cultural das crianças – não tem a força da questão saúde.

Estas falas (propositalmente muitas) revelam de que lugar se fala – educação ou saúde; professor, orientador, supervisor, dentista ou médico – e de quão amplo é o espectro dos males que dizem acometer as crianças, atingindo sua aprendizagem escolar:

“Uma criança doente é uma criança sem rendimento. A criança doente não aprende de jeito nenhum. Como é que vai aprender?” (G, professor)

“Eles têm uma dificuldade, porque eles não são bem nutridos.”(L, orientadora educacional)

“A desnutrição acarreta o aparecimento de outras doenças. [Isso] tem interferência no aprendizado.” (J, professor)

“São crianças super-ativas, que começam a dar problema dentro da sala de aula, começam a perturbar as aulas (...) São crianças que realmente não estão tendo aquele desenvolvimento que a gente gostaria que tivesse, por esse problema de saúde.” (O, supervisora)

“(...) muitas crianças com problemas seríssimos de visão, não aprendem por causa disso.” (V, ex-coordenadora do CRM)

“Às vezes, repete o ano por um problema de lentidão. É um problema de saúde, lentidão mental.” (K, supervisora)

Ora, se sua origem é uma questão de ausência de saúde, a (não) aprendizagem precisa ser tratada medicamente. Cuidados médicos e ensino de questões de saúde são a cidadela em que se refugiam educadores e outros profissionais para redimir a escola, não do mal de não ensinar, mas do mal de não aprender. Também na escola, e voltando a FOUCAULT, a doença que, supostamente, impede a aprendizagem, está aberta à *“dissecção soberana da linguagem e do olhar.”*

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

“É inicialmente, através da literatura divulgada pelos vendedores ambulantes, que se difunde a medicina científica” (BOLTANSKY, 1989:27). E, ao longo do tempo, difundiu-se a tal ponto, que suplantou (embora não fizesse desaparecer) os conhecimentos da medicina popular sobre as doenças e sua cura.

Se, de início, as classes populares integraram conhecimentos médicos científicos ao corpo de conhecimentos da medicina popular – e o fizeram por reinterpretações, facilitadas pelos intermediários (curandeiro, cura) entre os criadores dos novos conhecimentos e o receptor, hoje tal não se dá.

“Se as classes populares hoje não podem apropriar-se deles, é porque o respeito que têm pela ciência e pelos sábios, pelo médico e seu discurso, proíbe-lhes com toda candura essas reinterpretações (...).”

Além disso, a frequência renovada ao consultório médico, que é hoje o principal difusor do conhecimento médico, proíbe-lhes esquecer a existência de um conhecimento médico legítimo, confundindo-se o respeito devido à ciência com o respeito devido ao médico, como representante da ciência e das classes cultas.” (BOLTANSKY, 1989:27)

No caso da escola, lugar de ensinar e aprender, esse discurso é muito presente. São vários os profissionais da escola que dele lançam mão, com desenvoltura até, para explicar a relação aprendizagem – saúde. Vejamos como se manifestam:

“No conselho de classe, o professor relata o que já detectou: aquele que está com problema de fala ou problema psicológico ou algum outro tipo de problema. Ai, a gente toma nota, depois procura entrar em contato.” (A, orientadora educacional)

“A gente tem dificuldades com os alunos – exemplo: eu não sei se chega a ser dislexia – vai até a SEMED pedir informação. A gente conversa não só com a coordenadora, mas também com a equipe (...) Crianças que têm isso [disritmia] são super agitadas.” (O, supervisora)

“Limitrofes, aquelas crianças que são repetentes dois, três anos e não se sabe porque, pois nunca se fez um exame, nunca se fez nada. Nós atendemos aquelas crianças que não são nem DM³⁹ nem mongóis, aquelas que ninguém sabe o que são. Por exemplo, há uma criança aqui que é repetente de 1ª série pela 6ª vez.” (V, ex-diretora do CRM)

“Conversamos [com a professora], quando se percebe algo que esteja atrapalhando a criança, relacionado à saúde bucal; (...) casos mais graves chama-se também o pai da criança, dá-se orientação, que é necessário. Se necessário, também se encaminha a um Centro de Saúde– se a pessoa tem condições, procura um particular.” (C, dentista)

“Eles não têm consciência de que essas crianças são normais, que elas têm, apenas, um pequeno problema auditivo. A mesma coisa é o problema visual.” (S, ex-coordenador da CAE)

³⁹ DM significa Deficiente Mental.

Analisando-as, não se nota diferença significativa nas falas. Todas fazem a defesa da saúde como condição para a aprendizagem. E apontam as medidas para solucionar os problemas de saúde. São iniciativas já integradas na rotina escolar, tão espontânea e rápida foi a familiaridade com que os entrevistados a elas se referiam:

“Este ano a psicóloga está fazendo um trabalho com a professora, a orientadora educacional, a supervisora. Estamos fazendo assim um teste com as crianças para ver se há necessidade de rever a metodologia, para que essas crianças possam acompanhar(...) A psicóloga faz a triagem [das] crianças, solicita a presença dos pais, faz entrevista, orienta o professor, a forma como deve trabalhar essas crianças. ‘O problema da criança é isto aqui. Você vai trabalhar dessa forma.’ (...) As crianças de 3ª e 4ª séries, eu, normalmente, encaminho lá para o CRM ou para a psicóloga aqui do bairro, do posto.” (A, orientadora educacional)

“Tinha uma psicóloga aqui (...) Agora que ela não está mais dentro da escola, a gente encaminha para uma consulta – liga, marca, avisa a mãe. A mãe leva.” (H, professora)

“A gente tem achado crianças com dificuldades em aprender. São crianças dispersivas; precisa ter um trabalho muito intenso em cima delas, precisa de uma sala especial, mas não por ser DM. É um trabalho pedagógico, é um trabalho de coordenação, de ensinar a criança a enxergar com aquilo que ela tem de visão. Ela não é um deficiente mental. De 2062 crianças que foram encaminhadas, 202 tinham algum problema psicológico.” (ex-diretora do CRM)

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

O trabalho da psicóloga, que parece aos educadores indispensável, é feito por um número reduzido de profissionais – um, para atender a várias turmas, uma vez por semana em um escola, de onde sai para atender, no mesmo esquema, outras crianças, em outras escolas. Dela se espera não só que cuide dos problemas emocionais das crianças, mas que, também, oriente os professores, que “*revejam a metodologia*”, como se esta não fosse da

competência dos educadores que, não a assumindo, delegam ao psicólogo o espaço para dizer-lhes “*você vai trabalhar dessa forma*”.

Esse delegar é mais uma manifestação da medicalização que ocorre no interior da escola, e que se apóia no suposto de que, havendo “crianças problemas”, crianças com “distúrbios de aprendizagem” cuja resolução escapa à competência do educador, só a saúde pode socorrê-las. Tal socorro faz-se, apenas, no discurso porque o psicólogo (ou outro especialista) não precisa agir; basta existir, como mostra a prática da Saúde Escolar em Campo Grande/MS. Se o que importa é fazer valer o discurso da necessidade de atendimento às crianças pobres, é irrelevante o número de profissionais destinado a atendê-las.

Nas falas dos entrevistados, é enfática a menção a problemas de dispersão, lentidão mental, deficiência mental, dislexia, disritmia, agitação e afins, todas, como desculpa ou justificativa, ligadas ao (dito) fracasso escolar.

No Brasil, a explicação do insucesso escolar⁴⁰ e seu tratamento, foram marcados, primeiro pelos pressupostos da hereditariedade, depois, pelas concepções da influência do meio na formação da personalidade.

A crença nos poderes da herança, de cunho biológico, abraçada por “médicos-psicólogos”, a partir da década de trinta, apoiava-se na superioridade da raça branca e da cultura européia e apostava na salvação do país pela miscigenação e pelo segregacionismo. A concepção interacionista, a partir dos anos quarenta, ressaltava a importância da influência do meio no estabelecimento de desajustamento emocionais, complexos, etc. No caso da “criança problema”, o meio era entendido como ambiente familiar, sendo nele, portanto, que se deveria buscar as origens dos desajustamentos da criança e seus atrasos afetivos. (PATTO, 1996)

“Apesar das diferenças que as concepções hereditária e ambientalista do desenvolvimento humano guardam entre si, têm em comum a suposição de que as dificuldades de aprendizagem que as crianças pobres costumam exibir na escola decorrem de distúrbios contraiados fora dela.” (PATTO, 1996: 84)

⁴⁰ A respeito do fracasso escolar, remeto às leituras das obras: A Produção do Fracasso Escolar, de M. H. S. PATTO; Preconceitos no Cotidiano Escolar. Ensino e medicalização, de COLLARES, C. A. L. & MOYSÉS, M. A. A.; A Institucionalização Invisível, de MOYSÉS, M. A. A., cujas referências completas encontram-se na Bibliografia.

Os entrevistados falam desses “problemas” como se, de fato, existissem, considerando-os distúrbios complexos, mostrando com isso, a eficiência do discurso medicalizante, com todos os seus requintes. O que atravessa aquelas falas é o entendimento do “distúrbio de aprendizagem” como uma condição biológica da própria criança, e que seria consequência de uma “disfunção neurológica”. (COLLARES & MOYSÉS, 1996)

Segundo COLLARES & MOYSÉS (1996: 104)

“As disfunções neurológicas são conhecidas por vários nomes: DCM, ADD, hiperatividade, distúrbios de aprendizagem, dislexia, disritmia e outros. Embora aparentemente existiam diferenças entre eles, há uma circularidade entre todos, pois um remete ao outro, obrigatoriamente e na prática todos falam de uma mesma situação: um padrão de comportamento e/ou de aprendizagem que incomoda, diverge das normas socialmente estabelecidas.”

O que as falas dos entrevistado revelam é o enquadramento de questões pedagógicas como neurológicas⁴¹. Aliás, a maioria dos médicos, principalmente os neurologistas, costumam dizer que dislexia específica de evolução, uma do doença neurológica, é capaz de dificultar ou impedir a aprendizagem. As professoras repetem o discurso médico e vão mais além: dizem que essa doença dificulta ou impedi a alfabetização.

O trabalho do psicólogo – mesmo que não ocorra, constitui-se em muleta para ajudar a escola a colocar seus alunos dentro da norma, como convém à ordem social estabelecida .

Assim, as evidências do que, de fato, ocorre no chão da escola, vão revelando o vazio de que se constitui o discurso da Saúde Escolar.

De modo especial, chama atenção o fato de os educadores terem dito desconhecer o CRM, como mencionei em páginas anteriores, e, agora, dizerem que para lá encaminham as crianças. Embora os supervisores e orientadores, intermediários entre a escola e os serviços de saúde, sejam os que mais se ocupam desse encaminhamento, os professores também o fazem, como vimos nas falas transcritas. E, mais, o encaminhamento que a escola faz não se restringe ao CRM, mas alcança a CAE e os postos de saúde, estes relegados a

⁴¹ A respeito de disfunções neurológicas, remeto ao texto de COLLARES, Cecília Azevedo Lima. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. *Cadernos Cedes*, nº 28.

segundo plano, pelos educadores e pessoal da saúde, pelo fato de esses profissionais defenderem a escola como lugar de atendimento à saúde, como veremos adiante.

E a presença dos pais? Não disseram os educadores e os dentistas que eles não cuidam das crianças e não comparecem à escola? Pois não parece ser o caso, uma vez que, na fala do professor, a *“mãe leva”* a criança à consulta e os pais, como se vê, comparecem à escola:

“Quando é um problema assim mais grave, a gente chama o pai, ele vem.”(M, supervisora)

“É só mandar recado, um bilhetinho, e eles vêm.” (D, dentista)

“Quando a reunião é à noite, vêm mais pais. Eu acho o máximo quando o pai vem à escola!” (K, supervisora)

“A gente manda chamar ou eles mesmos se interessam pelo filho e vêm perguntar como é, se está dando problema.”(H, professora)

“Os pais vêm aqui direto e estão certíssimos. Têm que vir mesmo.” (G, professor)

Falas que fazem desmoronar as argumentos da ausência. Os pais estão presentes. E por motivos vários, inclusive para participarem do trabalho pedagógico (reuniões) da escola.

Assim, perscrutando as falas dos que estão na escola, vamos descobrindo outros fatos, outros mundos, outras verdades, que se vão abrindo a outra claridade, a outro olhar. São os próprios atores da escola, nas contradições que, também ali, marcam o seu fazer, o seu pensar e lhes possibilitam os sonhos, que trazem esses outros fatos, verdades e mundos, à luz. Se eles fazem o discurso da medicalização, apontam, ao mesmo tempo, suas dúvidas e os resultados não obtidos. Com eles, a palavra:

“As psicólogas estão atendendo só as escolas que têm a orientadora. Não é possível atender todas as escolas, porque você começa um trabalho e não termina nunca. Então, é preferível atender poucas escolas e trabalhar com aquelas crianças. A hora que conseguir, se conseguir fechar aquela escola, aquelas crianças foram trabalhadas. Ai parte para uma outra escola.”(S, ex-coordenador da CAE)

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

“Mas as crianças, [a palestra] entra por aqui e sai por aqui. Eles acham que dente não é importante.”(B, dentista)

Por não considerar – ou fazê-lo raramente – a inserção social da criança, a escola toma medidas que não poderiam ter outro resultado que os mencionados.

Desses resultados falam os dados a seguir, divulgados pela Secretaria Municipal Educação de Campo Grande/MS.

RESULTADO APRESENTADO PELA REDE MUNICIPAL DE ENSINO⁴²

Período: 1983/1995

ANO	MATRÍCULA GERAL		MATRÍCULA EFETIVA ⁴³		APROVADOS		REPROVADOS	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1983	28.271	100	22.209	78,56	16.457	74,1	5.752	25,9
1984	29.509	100	23.332	79,06	17.711	75,91	5.621	24,09
1985	29.647	100	24.352	82,14	18.056	74,15	6.296	25,85
1986	37.109	100	29.103	78,43	20.860	71,68	8.243	28,32
1987	36.995	100	29.413	79,5	21.523	73,18	7.890	26,82
1988	39.385	100	31.180	79,17	22.627	72,57	8.553	27,43
1989	41.838	100	32.250	77,08	22.677	70,32	9.573	29,68
1990	42.226	100	33.513	79,36	24.255	72,37	9.258	27,63
1991	44.849	100	35.749	79,71	25.837	72,27	9.912	27,73
1992	52.381	100	41.351	78,94	30.287	73,24	11.064	26,76
1993	54.108	100	43.516	80,42	31.980	73,49	11.536	26,51
1994	54.104	100	43.457	80,32	32.584	74,98	10.873	25,02
1995	52.431	100	42.760	81,55	32.919	76,99	9.841	23,01

⁴² A fonte é documento fornecido pela Secretaria Municipal Educação: “Resultado Final Apresentado pela Rede Municipal de Ensino”, 1995.

⁴³ A diferença entre matrícula geral e efetiva deve-se a transferências e evasões.

Como se observa, o movimento dos alunos (matrícula, aprovação, reprovação) manteve-se praticamente inalterado por doze anos, período em que, como mostra a história da Saúde Escolar em Campo Grande/MS, muito se fez pela saúde dos alunos.

De 1984 a 1990, três programas de atenção à saúde – o *Saúde Nota Dez*, o CRM, as atividades da CAE – foram criados e continuam, à exceção do primeiro, à disposição dos estudantes da Rede Municipal, com todo o seu sofisticado aparato, ampliado, aliás, nas escolas, com os consultórios odontológicos, os testes de acuidade visual, a atenção psicológica, o ensino de saúde. Todos enfatizando as relações entre estado de saúde e aprendizagem escolar: tratar da saúde significa, nessa perspectiva, possibilitar que as crianças aprendam.

Se a aprendizagem escolar resultasse de um único fator, e se esse fator fosse a atenção à saúde, ela (aprendizagem) deveria ter sido modificada por todos os cuidados oferecidos às crianças. Os números, entretanto, não revelam isso.

Por fim, cabe dizer que, ao lado da medicalização concretizada, há na escola – espaço contraditório que é – sinais que apontam para outras direções. Entendo que o “*respeito devido ao médico*”, que os educadores reiteradamente enunciam, ao abraçar/defender o discurso da medicina, não tem impedido que eles revelem suas dúvidas e inquietações:

“Eu fico em dúvida sobre se há comprometimento de desenvolvimento intelectual, mental, da criança, por desnutrição. O cérebro não fica carente das substâncias; o restante do corpo pode ficar, mas ele não. Então, eu acho que, se houver comprometimento, é num estágio de desnutrição muito grande.”(J, professor)

Esta fala é bastante incomum. Ao contrário, os educadores recorrem com frequência ao argumento da desnutrição para explicar a dificuldade (real ou não) de aprendizagem das crianças.

Embora sem intenção de aprofundar esse assunto⁴⁴, é importante chamar a atenção sobre ele porque, utilizando-o, mascaramos as verdadeiras razões de a criança que frequenta a escola pública e oficial não aprender os conteúdos que esta lhe transmite.

Há três graus de desnutrição. A desnutrição considerada grave é a de terceiro grau: é deficiência nutricional grave, que leva a déficit de peso igual ou superior a 40% em relação ao peso médio para a idade. É esta que, no início da vida, provocaria alterações irreversíveis *na estrutura* do sistema nervoso. O estudo de seus efeitos sobre o desenvolvimento cognitivo do homem é muito complexo e não conclusivo porque, estando a desnutrição associada a precárias condições de vida, é impossível isolar seus efeitos dos outros que a acompanham. (COLLARES, MOUSÉS & LIMA, 1985)

Apesar de desnutrição e fome geralmente coexistirem, não se identificam, por isso, é importante fazer a distinção entre os efeitos da fome e os da desnutrição. Os primeiros são uma situação *“potencialmente transitória, sem qualquer lesão cerebral.”* (COLLARES, 1985: 48)

Além de não se fazer a distinção entre fome e desnutrição, é comum referir-se à desnutrição (qualquer que seja o seu grau) como causadora de lesões irreversíveis, o que é falso.(idem)

As dúvidas sobre as relações saúde-aprendizagem continuam:

“A gente coloca o problema como uma deficiência e, de repente, a gente vê que não é deficiência. O fator predominante não é a saúde. É a questão da metodologia mesmo.”(A, orientadora educacional)

“O rendimento está baixando é por falta de acompanhamento mesmo.” (O, supervisora)

“Eu não sei até que ponto é lentidão ou se é a gente que não está sabendo respeitar o ritmo da criança, o problema maior é isso do problema emocional que está afetando a criança. Mas a gente também não sabe porque a gente nunca parou e estive num especialista para fazer essa avaliação para saber. A gente considera desinteresse da criança, mas eu não sei até que ponto é desinteresse ou se é a escola também que não está oferecendo melhores técnicas, melhores

⁴⁴ A esse respeito, pode-se ler: COLLARES (1996); COLLARES, MOYSÉS & LIMA (1985), MOYSÉS (1985); LIMA(1985); COLLARES & MOYSÉS (1989).

atividades. É a escola estar longe daquele aluno. Não descobrimos ainda se é ou não. E pode ser isso tudo. É duro a gente sentar numa sala de aula às 7 h e sair às 11 h, quando está só copiando.” (M, supervisora)

“Não há problema de saúde na escola.” (H, professora)

São vozes de dentro da escola, são questões que a si colocam os educadores, no seu trabalho diário. Com eles está a esperança de, ampliando a clareza sobre a importância do seu fazer pedagógico, poder, com os profissionais da saúde, criar espaços de discussão sobre os determinantes das condições de vida – logo, de saúde e de educação, lutando pelos direitos de todas as crianças. Lutando, inclusive, para definir seus lugares, reduzindo a dor de muito querer e pouco, ou nada, conseguir cumprir:

“Acho que é nossa ansiedade. A gente tem aquele desejo, aquela ansiedade, tem um compromisso muito forte. Eu preciso ser útil, essas crianças estão necessitando. Só o que falta para a gente é o limite.” (L, orientadora educacional)

Discutir amplamente, congregando professores, alunos, direção e serviços outros na escola, chamando os profissionais da saúde e outros interessados, reunindo dados e explicitando contradições um de outros muitos movimentos necessários ao repensar uma nova ordem social. No limite mais próximo, esta discussão pode por possibilitar o redirecionamento do nosso olhar penalizado sobre as crianças pobres, pode ajudar-nos a devolver sua normalidade e a vê-las como sujeitos, plenos de riqueza e poder, capazes de entender e atuar no mundo em que vivem.

CAPÍTULO V
A PROMESSA DE PROMOVER A SAÚDE DAS CRIANÇAS

Igual – Desigual

*Eu desconfiava:
todas as histórias em quadrinho são iguais.
Todos os filmes norte-americanos são iguais.
Todos os filmes de todos os países são iguais.
Todos os best-sellers são iguais.
Todos os campeonatos nacionais e internacionais de futebol são
iguais.
Todos os partidos políticos
são iguais.
Todas as mulheres que andam na moda
são iguais.
Todas as experiências de sexo
são iguais.
Todos os sonetos, gazéis, virelais, sextinas e rondós são iguais
e todos, todos
os poemas em verso livre são enfadonhamente iguais.*

*Todas as guerras do mundo são iguais.
Todas as fomes são iguais.
Todos os amores, iguais iguais iguais.
Iguais todos os rompimentos.
A morte é igualíssima.
Todas as criações da natureza são iguais.
Todas as ações, cruéis, piedosas ou indiferentes, são iguais.
Contudo, o homem não é igual a nenhum outro homem,
bicho ou coisa.
Não é igual a nada.
Todo ser humano é um estranho
ímpar.*

Carlos Drummond de Andrade

A VIII Conferência Nacional de Saúde, realizada em 1986, assim conceitua saúde:

“Em sentido mais abrangente, a saúde é o resultado das condições de alimentação, habitação, educação, renda, meio ambiente, trabalho, transporte, emprego, lazer, liberdade, acesso e posse da terra e acesso aos serviços de saúde. É assim, antes de tudo, o resultado das formas de organização social da produção, as quais podem gerar grandes desigualdades nos níveis de vida.”

A saúde está, então, situada no interior das questões sociais e como tal se caracteriza. Como seus contrários, a doença e o sofrimento não são um problema estritamente biológico e individual, mas decorrem da inserção social das pessoas. “*A dor tem seu contexto na vida*”, como diz MINAYO (1992:18). Toda saúde é produzida numa determinada sociedade, em determinadas condições de vida, da forma como o trabalho é organizado, de como as riquezas produzidas são distribuídas (VALLA & MELO, 1922). Quando se fala de saúde, fala-se de como as pessoas se alimentam, de como são suas moradias, como é o saneamento do seu bairro – esgoto, coleta de lixo, distribuição e tratamento da água; de como é o seu trabalho – horário, local, esforço exigido, salário; fala-se em que consiste o lazer, como se dá o acesso aos serviços de saúde, transporte, etc. Esse caráter social da saúde – e da doença – revela-se ao longo da história. Estudando-a, pode-se observar que, em diferentes épocas e sociedades, a ameaça à saúde de alguns indivíduos constitui, também, agressões que atingem coletividades inteiras. Como exemplo, a tuberculose que, no século XIX, na Inglaterra, foi doença de massa entre os trabalhadores, hoje praticamente desapareceu. E desapareceu por terem melhorado as condições de vida (trabalho, moradia, alimentação, saneamento) daqueles trabalhadores, como resultado das longas lutas que empreenderam por uma vida digna (COSTA & outros, 1992).

No Brasil deste final de século, as condições de vida são, ainda, extremamente precárias para a maioria da população, o que faz com que seja de qualidade inferior a sua vida, face à riqueza e às possibilidades de consumo produzidas pela humanidade. A pobreza e a miséria em que está submersa, não lhe permite ter moradia, alimentação, educação, etc, de boa qualidade. Não lhe permite ter saúde.

Nessa perspectiva, educar para a saúde e criar programas específicos para responder a problemas de saúde de grupos populacionais não são as medidas mais apropriadas.

No caso da educação, as “lições” esbarram com aquelas condições de vida – faltam água e esgoto para que se cumpram os preceitos da higiene; no caso de programas, além de enfraquecer a ação do sistema de saúde como um todo, privilegia-se um grupo, perdendo-se de vista que os problemas de saúde desse grupo são os mesmos de toda a população e têm origem em suas condições de vida. (NOVAES & ZUCCOLOTTO, 1985)

Como dizem COSTA & outros (1992:37), *“situações que levam ao sofrimento e à dor só são alterados quando se desenvolve uma vontade política que impõe mudanças nas condições de vida.”*

Sendo assim, a atenção à saúde das crianças passa, antes de cuidados médicos e aulas de higiene, por questões políticas, econômicas e sociais. Para ter um mínimo de consequência, os cuidados dispensados à criança têm que levar em conta a sua vida, a sua história, a sua individualidade – única e diferenciada. Individualidade na qual, por ser histórica, se cristalizam as características do sistema social em que essa criança está inserida.

Como se apresentam a saúde e a doença das crianças das classes populares e que atenção lhes é dispensada?

As crianças de 5 a 14 anos apresentam como queixas mais frequentes, ao procurar a atenção médica, nos postos de saúde, aquelas relacionadas com *“doenças do aparelho respiratório (gripe, infecção de vias aéreas superiores, bronquite e amigdalite aguda), parasitoses (diarréias, dores abdominais) e anemias carenciais.”*(NOVAES & ZUCCOLOTTO, 1985:20)

Doenças infecto-contagiosas, doenças respiratórias e carências nutricionais são, com frequência, características da população pobre, decorrendo da ausência de saneamento básico e do baixo poder aquisitivo dessa população. (idem)

São essas as crianças que frequentam a escola pública e a quem se dirige a Saúde Escolar, com a promessa de promover a sua saúde. Também em Campo Grande/MS.

As falas sobre a atenção à saúde: fiando e desfiando um discurso

Segundo os entrevistados e as notícias de jornais, vários casos de doença foram diagnosticados pelo SALVE e pelo *Saúde Nota Dez*. Os levantamentos feitos por esses programas revelaram alto índice de cárie dentária (U, ex-coordenadora do SALVE; X, ex-

secretário de Saúde); alto índice de verminose, em decorrência da falta de água potável nas residências (Correio do Estado, 18/7/84), “*muitos casos de hérnia*” (X, ex-secretário de Saúde) de vários tipos – umbilicais, inguinais, de testículos, problemas de fimose, de criptoquirdia, toxoplasmose, dificuldades auditivas e, sobretudo, oftalmológicas (V, ex-diretora do CRM), problemas de desenvolvimento estatural e “*mais ou menos, de 8 a 10%*” de problemas visuais. (X, ex-secretário de Saúde)

Esse quadro, apresentado por aqueles programas, mantém-se ainda hoje. Cárie dentária, problemas auditivos e visuais, desnutrição, verminose continuam sendo apontados como os males que, com maior frequência, atingem as crianças das escolas da REME. Embora os mencionem com frequência, os educadores, nas escolas, tantos quanto os profissionais da saúde ou os coordenadores⁴⁵ da CAE, não os consideram casos graves. Estes são conhecidos pelo professor, pelo orientador, pelo supervisor, capazes de nomeá-los e descrevê-los, tão poucos são, quase raros, considerando-se o número de crianças na escola. Assim é que há um ou outro caso de dislexia – “*um já encaminhado ao fonocardiólogo pela própria família*” (G, professor), um ou outro caso de escoliose, uns poucos problemas auditivos, outros de visão, outro de arcada dentária (A, orientador educacional; M, supervisor; G, professor). “*Algumas*⁴⁶ *tiveram pneumonia. Uma*⁴⁷ *criança tem problema de rins*” (L, orientadora educacional). *Tem um*⁴⁸ *aluno, eu acho que ele vai precisar de um eletroencefalograma.*” (N, orientadora educacional)

Assim, o que existe, mesmo, são problemas de garganta, “*dessas coisas corriqueiras*” (F, professor), tipo “*dor de estômago (...) aparece na 2ª feira ou em época de prova*” e para os quais “*a gente dá um chazinho, água com açúcar que resolve*” (M, supervisora). “*Quando aparecem com dor de cabeça – tem muita criança que procura a gente com dor de cabeça – a gente conversa um pouquinho e a criança já sara e volta para a sala. O problema é outro, é afetividade. Vêm por coisinha à toa.*” (N, orientadora educacional)

⁴⁵ Os coordenadores da CAE, à época do estudo empírico, eram profissionais da Educação.

⁴⁶ Grifo meu.

⁴⁶ Grifo meu.

⁴⁷ Grifo meu.

Água com açúcar e chazinho têm sido recurso utilizado pelos pais, há anos, em sua sabedoria popular, para curar certos males de seus filhos. Como fazem aqueles educadores, inclusive apontando as possíveis causas daquelas queixas, de nítido fundo emocional.

Como dizem NOVAES & ZUCCOLOTTO (1995:24),

“Queixas de dores localizadas e queixas vagas na maioria dos casos são expressões de problemas na esfera emocional, reflexos de uma situação familiar difícil e de uma inserção social problemática.”

A difícil situação das crianças e seus pais é conhecida pelos profissionais que estão na escola:

“Os pais trabalham em lojas ou de pedreiro, faxineira, vigia, têm loja, tem até um mercadinho, costuram (...) Tem professora, umas duas ou três. Tem dois filhos de um médico.” (L, orientadora educacional)

“As mães trabalham como doméstica” (O, supervisora), *“faxineira, copeira ou lavadeira.”* (B, dentista)

“O custo de vida tá tão difícil que eles [pais] têm que trabalhar de manhã, à tarde, à noite. Tem aquela mãe que não sabe escrever direito, que trabalha o dia inteiro.” (K, supervisora)

Sabem, também, que

“Não é simples ter saúde. Não é simples, porque depende de toda uma estrutura de organização do próprio país. É uma questão política, é uma questão social que tem que ser tratada com prioridade até para sanar as nossas deficiências enquanto país subdesenvolvido, até para a gente atingir o nível de desenvolvimento. É mudança social, política no país e isto vai gerar uma mudança de consciência das pessoas.” (G, professor)

A partir do conhecimento sobre como vivem seus alunos, educadores e profissionais de saúde falam da relação entre saúde e suas condições de vida.

Segundo ex-coordenador da CAE, o estado de saúde das crianças depende da região onde está a escola. Nas escolas do centro, ou próximas a ele, as crianças têm “saúde boa, dentes bons, sadios.” Nos bairros mais afastados do centro, porém, há necessidade de

“o mutirão da saúde estar lá constantemente, porque são crianças pobres, desnutridas, [com] problemas sérios de verminose. Elas precisam de assistência maior. É nossa clientela mais carente e traz o maior número de problemas de saúde.” (entrevista S)

“A saúde bucal está, com certeza, ligada à situação econômico-financeira.” (E, dentista)

“A gente colocava água no bairro (...), ia, limpava, fechava as fossas. Água de boa qualidade. Com isso, conseguimos reduzir a mortalidade infantil. Conseguimos fazer fossas, colocar água encanada.” (X, ex-secretário de saúde)

Apesar desse reconhecimento, os educadores não desistem de cobrar a participação dos pais no acompanhamento às lições dos filhos. Além disso, tanto esses profissionais quanto os da Saúde, tendo internalizado o discurso da medicalização, mostram-se empenhados em cumprir seus ditames: tratar a (suposta) doença e ensinar lições sobre saúde, especialmente bons hábitos higiênicos – para que a criança tenha saúde. É assim que a Saúde Escolar ocupa os espaços das escolas da REME, da Secretaria de Educação do Município, do Centro de Reeducação do Menor.

No que se refere ao atendimento médico-odontológico, a Saúde Escolar encarrega-se de exame em clínico geral, exames clínicos por especialidade e encaminhamentos aos serviços de saúde.

Submeter a criança a uma “bateria de exames” (V, ex-diretora do CRM) é, segundo os entrevistados, prática freqüente, ocorrendo em todos os momentos da história da Saúde Escolar em Campo Grande.

No *Saúde Nota Dez*, os médicos à disposição do Programa, “uns três ou quatro”, dirigiam-se às escolas e faziam

“vacinação antitetânica nas crianças que não tinham sido vacinadas, exame de acuidade visual nas crianças recém-matriculadas, levantamento do estado de saúde dessas crianças e, se necessário, seu encaminhamento.” (V, ex-diretora do CRM)

“Normalmente, uma vez por ano, todas as crianças” (A, orientadora educacional) são submetidas, na escola, a exame clínico geral, feito por médico da Secretaria Municipal de Saúde, através do CRM. Seguindo a rotina desse Centro, a cada dois dias, dois médicos vão a uma escola e fazem a triagem dos alunos do pré, 1ª e 2ª séries; fazem o exame médico, o exame de acuidade visual, as vacinas anatóxico-antitetânica.

Cabe perguntar quantas e como são as crianças atendidas. Se apenas dois médicos vão às escolas a cada dois dias (portanto, três vezes por semana), as crianças dispõem de vinte e quatro horas de atendimento por semana, isto se cada médico ocupar-se do trabalho as quatro horas diárias. Como há sessenta e duas escolas municipais na cidade, mesmo encarregando-se somente de crianças do pré-escolar a 2ª série, havendo, em cada escola, cem alunos nestas três (ou mais, se houver mais de uma turma) séries, é impossível ao médico prestar a cada criança um atendimento com um mínimo de qualidade. Aliás, sem a presença dos pais – indispensável para qualquer criança, mas mais ainda nas séries mencionadas, o exame médico resume-se em exame físico. Precário, é desnecessário dizer.

Os dados são colocados em fichas que, no CRM, serão objeto de um levantamento para os encaminhamentos aos seus serviços especializados.

Quando encaminhadas ao CRM,

“Mesmo que a criança tenha que fazer só uma avaliação psicológica, ela passa, como rotina do CRM, pelo oftalmologista, cardiologista, ortopedista e clínico geral. Aí, passa pela fonoaudióloga, pelo fisioterapeuta, pela psicóloga e pela pedagoga.” (V, ex-diretora do CRM)

Para o levantamento do estado de saúde, a primeira medida prática, segundo ex-secretário de saúde, foi a elaboração de uma ficha padrão, uma ficha de anamnese que, começando com os dados gerais sobre o aluno (nome, idade, etc.), deveria conter o registro de todos os exames de saúde. Estes eram feitos em série:

“O garoto recebia a ficha. Primeiro passava na sala que examinava vista; era examinado por um enfermeiro. Olhava aquela tabela, a tantos metros, para ver se o aluno enxergava ou não. Marcava-se a ficha. Aí, ele ia para a segunda sala – um médico generalista olhava-o no geral; numa terceira sala, um médico examinava só o coração; numa quarta sala, via-se se tinha hérnia, etc. Em outra sala, olhava-se a parte estrutural, muscular, etc do aluno, e assim sucessivamente. Se não me engano, na mesma ficha estava a parte de CPO⁴⁹, a parte dentária. No final, a ficha estava completa e era recolhida. O garoto ia embora para casa. Isto foi feito com 100% das escolas de Campo Grande. Foi feito com todas⁵⁰ as crianças. Não ficou uma de fora, de 7 a 14 anos de idade.⁵¹” (X, ex-secretário de saúde)

Essas falas, tão ricas em detalhes, exigem, de pronto, uma primeira pergunta. Por que os exames? Eles são, de fato, necessários ao atendimento à saúde das crianças? As razões parecem ser outras, vejamos adiante. Por ora, fiquemos com outras considerações e outras perguntas.

Não aparece, em nenhuma fala, a preocupação com a criança, em sua singularidade, com sua história particular, com sua vida carregada de tantas marcas. Os exames são feitos em série, como numa linha de montagem, com um especialista para ver o coração, outro o olho, outro a pele, outro os músculos. A criança dissecada. *“Todas as crianças”* vistas apenas como partes, como órgãos desconectados. Se *“o garoto ia embora para casa”*, já estivera, ali, sozinho. Seus pais estavam ausentes. Como fora examinado? A anamnese é fundamental a uma consulta médica com um mínimo de qualidade, na idade em

⁴⁹ O índice CPO é um dos índices utilizados para medir a frequência da ocorrência da cárie dental em dentes permanentes. Através dele, tem-se “a média do número total de dentes permanentes cariados, perdidos (extraídos ou com extração indicada) e obturados, em grupo de indivíduos” (Ministério da Saúde, 1986: 21).

⁵⁰ O grifo é meu, pelo tom que o entrevistado deu à sua fala - enfático, chegando, quase, a escandir a palavra, *todas*.

⁵¹ Os jornais apresentam, com frequência, o número de atendimento em saúde, prestado aos alunos: até outubro de 1985, haviam sido atendidas 5.513 crianças entre 7 e 14 anos (*Jornal da Manhã*, 18/10/84). Outros dados referem-se ao atendimento feito nos mutirões, e que incluíam crianças e adultos: a) 500 pessoas no mutirão no Monte Carlo (*Jornal da Manhã*, 29/2/84); 378 crianças na escola Sebastião Lima, no Cerradinho (*Correio do Estado*, 16/4/84); 700 crianças na Escola Frederico Soares, na Vila Popular (*Correio do Estado*, 30/4/84); 1.003 crianças nas Escolas João Evangelistas e Santos Dumont, em Santo Amaro (*Correio do Estado*, 21/5/84); 1.500 pessoas na Escola Eulália Neto Lessa, na Vila Santa Carmélia (*Diário da Serra*, 27/6/84); 900 crianças na Escola Heitor Castoldi, na Vila Nhá-Nhá (*Diário da Serra*, 3/7/84); 900 crianças na Escola João Nepomuceno (*Correio do Estado*, 28/8/84); 1.500 pessoas (adultos e crianças) na Escola Marçal de Souza, no Jardim Los Angeles (*Diário da Serra*, 4/9/84); 1.400 crianças na escola Plínio Mendes dos Santos (*Jornal da Manhã*, 13/11/84); 1.100 crianças na Escola Dona Neta, no Guanandy (*Jornal da Manhã*, 5/3/85); 600 crianças na Escola Kame Adamia, no Campo Belo (*Jornal da Manhã*, 9/3/85); 250 pessoas na Vila do Ceguinho (*Jornal da Manhã*, 20/1/85). Excluindo-se o primeiro total (5.513), os atendimentos somam 10.731.

que estão as crianças do 1º grau, motivo pelo qual a família precisa estar presente. Se não está, não se pode fazer anamnese, restando o exame físico.

Como dizem LIMA & TURINI (1985:64),

“De longa data se reconhece que o exame médico periódico, realizado na ausência da família, praticamente sem anamnese (sem dúvida o elemento semiológico mais importante), em tempo muito curto e, freqüentemente, na ausência de confiança, perde eficiência em relação a uma prática mais ortodoxa.”

Se a *“técnica clínica de melhor qualidade (...) exige tempo, paciência, perseverança e, sobretudo, confiança entre o consultado e o consultante”*(idem., p.63), que qualidade pode ter uma consulta que não cumpre tais exigências?

Analisando a produção científica na área da Saúde Escolar, NOVAES & ZUCCOLOTTO (1985) dizem, dos estudos feitos em escolas, que o que se faz é um exame físico sobre a situação geral, não se colhendo informações sobre a situação, anterior e atual, da criança.

Entretanto, com apenas o exame físico, não se pode fazer um diagnóstico de qualidade dos problemas que acontecem nessa idade. Melhor recorrer – e longamente – àquelas autoras:

“A transformação linear de um sinal clínico para uma doença coloca alguns problemas. Assim, a constatação isolada de hipertrofia de amígdalas, sem acoplá-la a uma história de vida da criança, não significa necessariamente doença atual. Questões semelhantes existem na relação entre sopro cardíaco (...) e cardiopatia. Muitas crianças têm sopro cardíaco, e para transformarmos este sinal clínico em diagnóstico de cardiopatia são necessários a obtenção de uma história de vida e eventualmente exames especializados (...). Na questão de parasitoses e problemas dentários, a sua elevada incidência nos indica que na criança brasileira de escola pública é quase que obrigatória a presença destes diagnósticos. Ao nos limitarmos a esta primeira quantificação, em que agrupamos as crianças que têm alguns parasitas, sem nenhuma manifestação clínica, juntamente com aquelas que, em decorrência de uma infestação parasitária maciça, ou de menor resistência às infestações, apresentam quadros de diarreia e anemia, na questão das parasitoses, ou graus de comprometimento dentário(...), termina-se por esvaziar

uma questão que, pelas suas dimensões, parece estar merecendo uma atenção especial.” (idem., p.22)

Por tudo isso, só se pode entender que as crianças não são, efetivamente, atendidas pela Saúde Escolar. Apesar do seu discurso. Discurso que encontra vazios em falas de alguns profissionais que estão dia-a-dia com as crianças, os professores:

“A única coisa que a gente faz é o biométrico que seria, no caso, feito com um médico na escola. Mas isto aí não. A gente está, até, pedindo que mandassem um, no começo do ano, porque alguém tem algum problema cardíaco, alguma coisa, o médico vai detectar.” (H, professora)

Aqueles vazios, que poderiam ser ocupados por idéias e ações novas, são, ainda, preenchidos pelo discurso da medicalização. Eleger a escola como cenário ideal para os cuidados médicos é disso uma evidência.

Reiteradamente, a escola foi o local apontado, pelo entrevistados, como o melhor lugar para prestar cuidados à saúde das crianças, porque:

“É uma coisa boa, porque traz até a criança uma coisa a que ela dificilmente teria acesso fora da escola, principalmente essa clientela aqui, por falta de poder aquisitivo para uma consulta com dentista particular.” (F, professor)

“A família é que deve cuidar da criança, mas já que [isto] não está ocorrendo, a escola não vai deixar o caso ficar crítico. Muitas vezes, a gente encaminha e eles não vão ou deixam passar muito tempo, ou são maltratados lá no Posto de Saúde e não vão mais.” (O, supervisor)

[Na escola], “o tratamento vai atrás dela (...) Se deixar para ir ao posto, só irá na hora que tiver dor. O posto mistura muito – adulto, muita gente. Aqui ela tem um atendimento mais especializado.” (D, dentista)

Seja na escola, no CRM, nas dependências da Secretaria de Educação (na CAE), às crianças da Rede Municipal de Ensino prestam-se atendimento odontológico,

oftalmológico, fonoaudiológico, psicológico, cuidados às deficiências auditiva (DA), física (DF), mental (DM), além de exames clínicos gerais, vacinações e campanhas.

As crianças com problemas auditivos, em geral localizados pelo professor, são encaminhados pela orientadora educacional à Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE), onde uma professora, técnica na área de deficiência auditiva (DA), “faz um testezinho, entrevista os pais e a criança” (S, ex-coordenador da CAE) e, dependendo do caso, encaminha a criança para um serviço médico, ou faz um trabalho com o orientador e o supervisor, para que estes orientem a professora no atendimento à criança. Esse atendimento consiste em a professora dar uma atenção diferenciada ao deficiente auditivo, fazendo coisas simples, como colocá-lo nas carteiras mais próximas à mesa do professor e ao quadro de giz, usar batons mais vermelhos para facilitar a leitura labial, falar sempre voltada para a criança (para que ela possa fazer essa leitura), repetir muitas vezes, se necessário, o que está explicando.

Essa é uma evidência de como a educação assume a saúde, não só encaminhando aos serviços médicos, mas tomando medidas que são da competência médica, sem considerar os direitos da criança, como de qualquer outra pessoa, a bons serviços de saúde. E, se assim é, até o referir-se ao instrumento de diagnóstico como “um testezinho” é cabível. Ainda que seja muito comum aos educadores de 1º grau o uso do diminutivo (o que é forma de infantilizar o aluno e seus pertences – caderninho, pastinha, aluninho), a conotação de tais expressões é de simplificação, de redução à coisa de importância menor. Além do mais, não faz sentido realizar testes na CAE, já que o CRM dispõe de toda uma estrutura física e de pessoal, a equipe de especialistas, à disposição das crianças escolares, ainda que esse posto, com essas características, seja um despropósito. O lugar privilegiado de atendimento à saúde de *todas as crianças* é o Centro de Saúde. Este, sim, deve estar bem equipado, democratizando o atendimento que o CRM dispensa a apenas uma parcela da infância e da adolescência – os escolares.

O mesmo ocorre com a atenção oftalmológica.

Embora a equipe da Secretaria de Saúde vá à escola, “mais para o começo do ano” (H, professora), realizando exames e tomando as providências necessárias, são os educadores, sobretudo os orientadores e supervisores, que se encarregam dos primeiros passos para localizar deficiências visuais, aplicando, após treinamento, testes de acuidade visual.

“Eu fiz o teste de acuidade visual. Recebemos treinamento da SEMED e do CRM.” (L, orientadora educacional)

Aos testes de acuidade visual são submetidos os alunos de 1ª à 4ª série, com prioridade para os de 1ª e 2ª, e com exclusão dos de 5ª a 8ª. (P, orientadora educacional)

A situação das crianças, na avaliação de ex-coordenador da CAE, assim aparece:

“Nós temos crianças que a cinco metros de distância não enxergam 20%. Nós temos uma grande maioria nessa faixa aqui dos 50–40% que não enxergam. É necessário um encaminhamento rápido para o hospital, porque está repercutindo na aprendizagem. Numa escola, por exemplo, com 720 crianças, do pré à 4ª série, nós temos, mais ou menos, de 50 a 60 crianças que devem ser encaminhadas(...). São 12% de crianças com problemas visuais.” (entrevista S)

Como se sabe, a criança deve passar por avaliação oftalmológica aos 4 anos de idade, sendo tarde, portanto, descobrir um problema sério de visão aos 7–8 anos. A localização dos casos graves deveria ter sido feita na rede básica de saúde, antes da entrada na escola. Se essa rede não faz isso, está falhando com todas as crianças, não só com aquelas que, mais tarde, serão examinadas na escola. Assim, para os casos graves, a Saúde Escolar pouco pode contribuir. Aliás, os resultados gerais de esforço da CAE para melhorar as condições visuais dos alunos são desanimadoramente avaliados por aquele ex-coordenador:

“Trabalho preventivo muito grande dentro das escolas. Por mais que a gente faça, não se consegue resolver metade da situação. É todo um problema sócio-econômico. Nós existimos para melhorar um pouquinho.” (entrevista S)

É esse “pouquinho” – muito aquém das promessas – que a Saúde Escolar vem – quando vem – conseguindo, ao longo de sua história. E, no caso de Campo Grande, apesar de todo o equipamento especializado do Centro de Reeducação do Menor.

Neste, a criança, após o exame oftalmológico, em consultório especializado, é encaminhada para o laboratório óptico ali existente, de onde *“já sai de óculos na cara”* (V, ex-diretora do CRM). Este depoimento, por inusitado, chama a atenção. Não há registro semelhante na história da Saúde Escolar no Brasil: sair com os óculos.

No caso de a criança necessitar de tratamento prolongado, o CRM prestará o atendimento necessário. Faz-se reeducação visual em crianças com visão sub-normal – visão de 10%, 15%, por problemas de patologias oculares. (idem)

Além da atenção pelo CRM, Coordenaria de Apoio ao Estudante prepara-se para prestar atendimento oftalmológico, com serviço próprio – “*sala de atendimento, havendo já algum material*” (S, ex-coordenador da CAE), com resultados inexpressivos: em 1992, a CAE atendia a duas crianças, duas vezes por semana (idem). Isto é outro despropósito. Se como dizem NOVAES & ZUCCOLOTO (1995), os problemas auditivos e visuais devem merecer uma atenção específica, por assumirem importância especial na aprendizagem, eles devem ser atendidos no Centro de Saúde, pelos mesmos motivos acima apontados.

Afinal, parece que o maior problema é, mesmo, conseguir os óculos. Todo aquele aparato do CRM e da CAE para atender o que estas educadoras afirmam: “*Tem muita criança usando óculos aqui, porque a gente descobriu* (K, supervisora). *Problema visual [grave] não. Nós temos uma*⁵² *menina que tem problema sério de visão.*” (O, supervisora)

Também o atendimento psicológico acontece no CRM, na CAE, nas escolas, algumas crianças ainda recebem apoio da APAE, que tem oficinas com aparelhagem adequada. (V, ex-diretora do CRM)

Esses serviços destinam-se às crianças “*que não falam, que não se misturam muito, que não têm contato com outras*” (V, ex-diretora do CRM). O atendimento é feito em grupo, nas salas de ludoterapia do CRM, que atende, também, a “*crianças superdotadas que, por isso, não se adaptam à escola*”, e aos pais, já que “*o problema não é sempre da criança.*” (idem)

Em evidente duplicação de recursos, também a CAE presta atenção psicológica às crianças da Rede Municipal de Ensino, através dos psicólogos da equipe central da Secretaria Municipal de Educação (SEMED). Não o faz, entretanto, para todas as crianças – a prioridade são as de 1ª e 2ª séries – nem para todas as escolas, mas apenas naquelas em que há o orientador educacional. Os problemas apontados como os mais frequentes são “*agressividade das crianças, deficiência de aprendizagem decorrente dessa agressividade,*

⁵² Grifo meu.

problemas familiares” (S, ex-coordenador da CAE). Como é *“preciso trabalhar também os pais”* (idem), estes são chamados à escola, não faltando aos encontros. Dado o reduzido número de psicólogos da SEMED, as crianças são também atendidas nos postos de saúde (L, orientadora educacional), por encaminhamento daquela Secretaria.

Então, o Posto de Saúde atende e a criança vai, o que não coincide com muitas falas dos entrevistados.

A atenção aligeirada, negligente até, com que se tratam as questões emocionais das crianças pobres aparece também quando os entrevistados se referem à deficiência mental (DM).

Sob a coordenação da CAE, a avaliação do deficiente mental é feita por técnicas – orientadoras e supervisoras educacionais, após *“treinamento específico”* na área da Saúde (S, ex-coordenador da CAE). Essas técnicas, além de acompanhar as crianças, juntos com os professores, dão a estes orientação pedagógica para um atendimento diferenciado a essas crianças que, *“não que elas não sejam normais. Elas têm dificuldade de aprendizagem”* (S, ex-coordenador da CAE). O trabalho pedagógico parte de um *“projecinho para a sala com dificuldade”* (idem), que dispõe de material diversificado, confeccionado pelas técnicas da CAE e professoras.

A forma com que os educadores e outros profissionais se referem ao deficiente mental revela seu desconhecimento do que a história ensina sobre como os homens portadores dessa (e de outras) deficiência⁵³ foram tratados, em diferentes épocas e sociedades.

Livres da morte prematura que lhes era imposta na Antiguidade, os homens portadores de deficiência foram, na Idade Média, tolerados e aceitos pela caridade cristã. Considerados filhos de Deus, possuidores de alma, não são, entretanto, tidos como iguais aos outros homens, nem *“mesmo simplesmente diferentes, detentores de outras normas. Sabidamente diferentes, porém sempre avaliados, perscrutados por uma norma a que não pertencem. Estigmatizados, enfim.”* (COLLARES & MOYSÉS, 1996: 123)

Não é da perspectiva de que há crianças que *“detêm outras normas”* que falam os educadores. Eles falam do lugar dos mitos, isto é, das representações que são feitas a respeito do deficiente mental.

⁵³ Sobre a deficiência mental, remeto à leitura de PESSOTTI, I. *Deficiência mental: da superstição à ciência*. São Paulo: T. A. Queiroz/Edusp, 1984.

É por essa representação que, atribuindo à criança normal uma deficiência, a escola a responsabiliza pela seu fracasso em aprender. A criança normal é expropriada de sua normalidade, passando a ser vista como portadora de uma diferença que, por incomodar, precisa ser protegida, tratada. (COLLARES & MOYSÉS, 1996)

Protegidas e tratadas da mesma forma são todas as crianças a quem a escola rotula de “deficiente mental”: com o “projotinho”, confinadas em salas de repetentes, a maioria de 1ª série, são elas alvo do tratamento “diferenciado”.

Como é reduzidíssimo o número de técnicas (apenas duas, em 1992, época da entrevista), pode-se deduzir a precária qualidade do trabalho que seria feito e que resultados são obtidos.

Tem razão a ex-diretora do CRM, quando diz:

“Eu fico muito cautelosa com essa questão de deficiente mental. É uma coisa muito séria você rotular as pessoas. A partir do momento em que você tem uma suspeita, [a criança] não pode ser tratada como DM ou outra deficiência. Você precisa ter vários outros dados para chegar a um diagnóstico.” (entrevista V)

Também os atendimentos prestados por fonoaudiólogos e assistentes sociais não respondem às promessas da Saúde Escolar, se, no mínimo, considerarmos o número de profissionais encarregados desses serviços.

Para o atendimentos fonoaudiológico, há uma profissional no CRM, trabalhando 4 horas diárias, para fazer o exame fonoaudiológico que integra a bateria de exames a que é submetida a criança, naquele Centro. Na CAE, também apenas uma fonoaudióloga está encarregada de atender, nas escolas urbanas da Rede Municipal de Ensino de 1º grau, as crianças com “*problemas de fala*” (S, ex-coordenador da CAE) encaminhadas pelos professores.

O atendimento na área de assistência social conta, na CAE, com duas assistentes sociais, trabalhando 8 horas por dia, para “*dar acompanhamento às crianças e resolver seus problemas*” (S, ex-coordenador da CAE), dos quais os maiores são drogas, aliciamento de menor e gravidez de adolescentes. O trabalho desses profissionais inclui conversas com os pais, sobretudo quando “*a escola não está conseguindo falar com eles*”(idem) e providências junto a hospitais para tratamento. São problemas muito graves,

para serem objeto de atenção de apenas duas pessoas, profissionais de apenas uma área. Como lidar com drogas e com problemas que são também jurídicos?

Toda essa atenção à saúde com que se envolve a educação completa-se, em Campo Grande, com a atenção à deficiência física (DF) e os cuidados odontológicos.

O atendimento a criança portadora de deficiência física⁵⁴ é feito tanto pelo CRM, em suas dependências para fisioterapia, quanto pela CAE, que se utiliza de espaços esportivos da cidade⁵⁵, por não possuir instalações para tal atendimento, de que só as crianças de escolas da zona urbana são alvo. As crianças de escolas rurais estão excluídas, por absoluta falta de infra-estrutura.

Para facilitar o deslocamento das crianças com DF das escolas para os locais de atendimento, e destes para aquelas, a Secretaria de Educação, através de entendimento com a Secretaria de Trânsito (SETRATI), consegue-lhes passe livre nos ônibus urbanos – *“Elas são paupérrimas, são carentes e não têm condições de praticar uma atividade física”* (S, ex-coordenador da CAE), em local adequado.

Além disso, a CAE verifica a necessidade do uso de cadeira de rodas. Nos casos em que esta é indicada, e por não ser muito resistente, *“é necessário um trabalho com a criança e seus pais”*, levando em consideração até as condições da rua (*“é de terra”*) e da casa (*“eles moram em barracos”*), trabalho de que participa a assistente social. É ela quem vai *“tentar, junto à Promosul⁵⁶ e a LBA⁵⁷, uma nova cadeira”*, quando há necessidade (S, ex-coordenador da CAE).

Como se observa, o “tentar” cuidar de diferentes aspectos da saúde dos escolares reveste-se, ainda hoje, do caráter assistencialista e paternalista que marcou o

⁵⁴ Portadores de deficiências físicas são as pessoas que apresentam algum problema ortopédico, neuromotor ou que sejam portadores de doenças crônicas. As deficiências auditivas e visuais são deficiência sensoriais. Estas explicações foram prestadas pela Profª. Líliliana Hochmam Weller, que trabalha com Educação Especial, na Faculdade de Educação da Universidade Federal Fluminense, em Niterói/RJ.

⁵⁵ Esses espaços são a MACE, o Belmar Fidalgo e o Guanandizão. A MACE é uma escola de 1º e 2º graus de Campo Grande. Localizada no centro da cidade, possui um complexo para desporto, com quadra de basquete, piscina, etc. Belmar Fidalgo e Guanandizão são dois espaços públicos para esporte, na cidade de Campo Grande. Embora pertença à REME uma escola, no bairro Vila Nasser, *“tão grande que poderia considerar-se um CIEP”*, com piscina e quadra de esportes, ela não é utilizada pelos alunos com DF atendidos pelo CAE porque *“é muito longe”* (S, ex-coordenador da CAE).

⁵⁶ Promosul significa Fundação de Promoção Social do Estado de Mato Grosso do Sul.

⁵⁷ LBA significa Legião Brasileira de Assistência.

SALVE. Além disso, ignora-se a existência da rede de saúde e seu funcionamento que é o lugar da atenção à saúde. A escola vai se tornando uma grande entidade filantrópica, assistencialista, quando toda a população, inclusive os escolares, ao invés de caridade, tem direito à assistência nos Centros de Saúde.

Além do atendimento prestado pelo CRM, a atenção odontológica, mais que qualquer outra, mostra-se rotina instalada nas escolas da Rede Municipal de Ensino, parecendo, mesmo, a partir do consultório odontológico, o “cartão de visitas” da Saúde Escolar em Campo Grande.

Esse consultório é, em geral, uma sala de tamanho médio (uns 5 m²), vizinha às salas de aula, situada no corpo da escola, no mesmo corredor da sala da diretora, das salas de aula ou dos banheiros e biblioteca. Está, pois, estruturalmente, integrado ao desenho físico da escola.

Como os atendimentos em outras áreas, também este obedece a certos critérios:

“A preferência do atendimento escolar é de 6 a 12 anos. Isto é definido pela OMS. A prioridade não é com o pré-escolar, a não ser em casos de emergência. Em Saúde Pública, o dente decíduo não tem um certo valor. Quer dizer, existe um valor, mas a maior preocupação seria com os permanentes.” (C, dentista)

“Se ele chegar à 8ª série com 16 anos, aí não pode ser atendido. Ele é atendido até os 14.” (D, dentista)

A maioria dos dentistas entrevistados começa o atendimento pela 1ª série, embora esta não seja a regra:

“Eu me adaptei melhor começando pela 1ª série, porque acho que você tem condições de evitar que tenha dentes cariados. Agora, já tem gente que começa pela sala dos maiores, pelo fato, justamente, de já ter mais dentes cariados.” (E, dentista)

“As crianças que têm maior necessidade ou que estão com dor. Estas têm prioridade. Damos, também, preferência a dentes permanentes e não a dentes decíduos.” (C, dentista)

O aluno dirige-se ao consultório odontológico, levado pela atendente (auxiliar do dentista), que vai à sala de aula buscá-lo ou, então, vai por ordem da professora, segundo programação do dentista. Este *"faz o exame inicial, faz a rotina – começa pelas extrações(...). Aí você parte para as restaurações de amálgama e de resina."* (E, dentista)

As intervenções mais frequentes consistem em "extração e restauração" (B, dentista), ocupando as extrações um *"segundo plano"* (C, dentista). Estas são evitadas ao máximo, sobretudo quando a dentição é a permanente (C, dentista), sendo mais comuns quando os dentes são de leite, (D, dentista).

Para o tratamento de canal, a escola, através do serviço de orientação educacional, encaminha a criança a um *Posto de Saúde* ou ao Centro de Reeducação do Menor (CRM):

"Porque todos os alunos que nós temos com problemas – tratamento de canal que não é feito aqui –, nós encaminhamos todos para o CRM. Isso é bom. Lá tem telefone, você marca o horário, então a criança já vai com o horário marcado, com tudo certinho." (D, dentista)

Quando é possível, o tratamento de canal de dente de leite é feito na própria escola:

"Quando há possibilidade, você faz pulpotomia⁵⁸, que é um tratamentozinho de canal do dente de leite. A gente faz esse tipo de tratamento pra preservar o espaço dentário. Esse tipo de trabalho não é pouco, não. A gente faz muito." (E, dentista)

No caso do tratamento de canal em postos de saúde e no CRM, a escola chama os pais para comunicar-lhes do encaminhamento (C e B, dentistas), o que, mais uma vez, evidencia a distância entre fala e fato: embora reclamem da ausência dos pais à escola, são reiteradas as referências à sua presença ali.

O atendimento odontológico, de que parecem ufanar-se professores, orientadores, supervisores, dentistas e médicos⁵⁹, é revelador da forma com que é tratada a criança pobre, ou melhor, da discriminação de que são vítimas as classes populares. Refiro-me

⁵⁸ Pulpotomia é remoção parcial da polpa dental. À remoção total dá-se o nome de pulpectomia.

⁵⁹ Os ex-secretários de saúde e a ex-coordenadora do CRM são médicos.

ao material utilizado no tratamento dentário e à maneira de cuidar – olhar, falar, considerar seus sentimentos e suas dores – da criança que frequenta a escola pública.

Sobre o material de consumo, necessário ao atendimento odontológico, dizem dentistas que trabalham em escolas:

“A gente tem o básico. Se a gente quiser fazer, vamos supor, uma restauração de resina à luz, praticamente é só no consultório. A nível de serviço público é caro, é inviável.” (entrevista E)

A preocupação em economizar já estava no *Saúde Nota Dez*:

“Eles juntavam as carteiras, deixavam a criança deitada, com a cabeça levemente levantada com um colchonete e trabalhavam a boca da criança. Direto. Davam anestesia de um lado e faziam tudo de um lado só, inclusive por economia.(...) Quando saímos daquela escola, todas as cáries tinham sido tapadas. Era um mutirão mesmo. E isto foi feito em várias frentes, porque uma só não adiantaria. Chegávamos à escola e zerávamos tudo de uma vez.” (X, ex-secretário de saúde)

“A Prefeitura não tem condições de dar material para você fazer esse dente com restauração em amálgama, porque ia ficar muito caro. Então, no trabalho público, nós usamos esse outro tipo que também fica bem no dente. Não tem problema nenhum porque você tira toda a cárie, você faz tudo o que tem que ser feito. Não é um material de segunda. Ele é só um material forrador, não é um material restaurador. Mas é um material forrador de primeira qualidade.” (entrevista D)

Como a criança é pobre, faz-se o que condiz com sua situação social – mesmo de *“primeira qualidade”*, é só *“um material forrador”*. Isso desnuda o discurso da Saúde Escolar, expondo as diferenças entre intenção (dita) e gesto, revelando que não é a qualquer serviço de saúde que se pode qualificar como bom.

Essa indelicadeza – mais, essa insensibilidade – está presente também na atenção que se dispensa à criança, durante o atendimento. Apesar do medo que, em geral as crianças têm de ir ao dentista. Com eles, a palavra:

“Você não vai perder duas, três consultas pra condicionar, como faz no particular, para condicionar uma criança, não é? Você vai assim: você vai falando e vai fazendo. (...) Também porque você tem que ter um número x [de atendimento]. Então, você vai perder 2, 3 sessões com uma criança que não quer tratar? Sabe, então, você vai fazendo. Na medida que você vai conseguindo atender, você vai fazendo [a conversa tranquilizadora].” (entrevista E)

“Pela orientação da Secretaria de Saúde, você não é obrigado a ficar adulando criança. Você atende a criança que é boa e que quer ser atendida. E o problema da criança do pré é que é muito novinha, chora, e aí você perde tempo com essa criança, não todas, mas algumas. Então, não é para você perder tempo com a criança assim com problema. Enquanto atendo também vou falando ‘tem que escovar o dente quatro vezes por dia: na hora que acorda, depois do almoço, depois do jantar, à noite. Está mal escovado. Vou falando no ouvido dele, enquanto estou tratando do dente. O que faz no consultório particular, de conversar, ‘gastar tempo’, você não faz aqui, não, você não faz. Não é para você perder tempo com a criança assim com problema.” (D, dentista)

Sem nenhum disfarce, aparece, nítida, a diferença de tratamento dispensado à criança que frequenta o consultório particular e aquela que frequenta o serviço público – ainda que esta, privilegiadamente, esteja na escola; é clara a discriminação que o profissional faz a seus clientes em função da classe social em que eles estão inseridos. No atendimento feito na escola, não se “perde tempo”, não se conversa para desconstruir a criança, mas para ensinar-lhe o que lhe será difícil (impossível, às vezes) fazer em casa, por suas precárias condições de vida. Como se nota nesta outra fala:

“As crianças de escola, de modo geral, são bem mais acessíveis, melhor de você trabalhar do que no seu consultório. Por causa da presença do pai e da mãe, ela se sente amparada, chora, não deixa tratar. Aqui é mais calmo, e muito mais fácil trabalhar. Lógico que várias chegam com medo, mas, conversando, você consegue perfeitamente. Já num consultório particular, ela é bem diferente.” (C, dentista)

Criança mais calma ou criança reprimida e, por isso, paralisada para reclamar, chorar, não deixar tratar? Crianças “melhor de tratar” porque aprenderam a submissão ao que sabe mais, ao doutor, em cujas mãos estão. Crianças que não têm os pais por

perto, como possível garantia de apoio afetivo. Se muita coisa se pode inferir das falas, esta dispensa esse exercício mental, por demais explícita que é a sua mensagem – a presença dos pais atrapalha. Logo, é indesejável.

Se feito na rede de saúde, esse quadro tem outra configuração, dadas as relações entre os profissionais. Em um Centro de Saúde, o dentista (também o médico) responde hierarquicamente a um outro profissional de Saúde, diferente do que ocorre na escola, em que seu superior hierárquico, a diretora, tendo formação e exercendo trabalho em outra área, não tem condições de avaliá-lo.

Embora contratados pela Secretaria de Saúde, à qual, periodicamente, enviam relatórios e estatísticas, é com a direção da escola que os dentistas e médicos estão em contato mais estreito:

“No final de cada mês, a gente pode levar à direção da escola a quantidade dos alunos atendidos (...) um resumo geral do trabalho do mês. Fica arquivado na Secretaria[de Saúde].” (C, dentista)

Igualmente precário é o encontro dos profissionais da Saúde que trabalham no mesmo local. Eles não se vêem sequer para falar da saúde das crianças que atendem:

“Não, aqui na escola não me encontro com a outra dentista, a de manhã. A gente se encontra quando eles [Secretaria de Saúde] chamam a gente para falar (...) Mas, não há necessidade de encontrar.” (E, dentista)

Além do tratamento odontológico, a assistência à saúde bucal inclui aplicação de flúor e escovação.

A aplicação do flúor é feita uma vez por semana, sob a orientação da atendente do dentista, na sala de aula (C, dentista), ou no corredor, onde estão as pias (G, professor), como falaram: *“(...)as crianças bochecham e cospem no balde ou nas pias.” (B, dentista)*

“Elas não gostam do bochecho. Este era para ser feito na sala de aula, as professoras não aceitaram, [apesar] de ser uma coisa rápida. Não sei porque não aceitaram. Elas não aceitam, falam que vai atrapalhar, que vai tirar o aluno de sala de aula, que vai perder

tempo, que não dá tempo. Então, é essa briga, toda vez que vai fazer isso. Uma tem nojo porque têm que cuspir no balde (...) Então, eu tenho que pegar os alunos, tirar da sala de aula para vir aqui no bebedouro e fazer aqui.” (D, dentista)

Posterior à introdução do flúor, a escovação, feita também uma vez por semana, tem como objetivo *“frisar o método da escovação. É a conscientização da criança da maneira correta da escovação. Não é realmente fazer a limpeza.” (E, dentista)*

Após orientação recebida do dentista sobre a maneira correta de escovar os dentes, a escovação é feita sob coordenação e supervisão da assistente de dentista, ou fica por conta do professor.

“Foi difícil para nós fazer isso em todas as salas, ensinar a escovar. E em todas as salas foi feito. Pegar uma a uma e fazer ele escovar o dente. Foram quatro dias só escovando dente da gurizada.” (E, dentista)

Nem só o desejo de melhorar a saúde bucal pela escovação está no discurso dos dentistas, mas, também, o de que a criança permaneça na escola para tratamento completo:

“Se ele ficasse da 1ª à 8ª série seria uma beleza! Mas não, entra no ano, ou entra na metade e fica metade do ano. Ai sai, vai para outra escola. Então, é difícil fazer o acompanhamento. Se eles ficassem aqui todo ano. (...) Tem criança que você pega, vem da 5ª até a 8ª, vamos supor, é difícil, mas tem. Então, chega, os dentes estão tratadinhos, aquilo que você tratou.” (B, dentista)

Por esta fala fica evidente que o atendimento odontológico não atinge todos os escolares, posto terem dentes “tratadinhos” apenas os alunos que foram atendidos até a 4ª série. Provavelmente, se aquela criança fosse atendida na unidade de saúde de seu bairro, aquele acompanhamento poderia ser feito. Que as unidades de saúde são para todos, para quem está, ou não está na escola. A duplicação de serviços (escola/*Posto de Saúde*) acaba por criar uma situação de privilégio para algumas pessoas – crianças que frequentam a escola pública municipal – que, afinal, nem alcançam os resultados prometidos, como apontam os fatos até aqui descritos. E, como disseram os próprios dentistas entrevistados, contrariando falas sobre o não atendimento pelo *Posto de Saúde* ou a não ida das crianças a ele, *“a criança,*

muitas vezes, não é atendida no posto, porque tem na escola. E também porque não vai.”
(entrevista E)

“Se não existisse serviço odontológico nas escolas, os postos de saúde teriam condições de atender as crianças. Existem postos de saúde onde há o profissional pediatra. Odontopediatra. Existem postos de saúde que dois ou três dias por semana atendem exclusivamente a escola. É assim: 2ª e 4ª feiras adultos; na 6ª, à tarde, atende as crianças. Trabalho num Posto de Saúde. Vão muitas crianças lá, principalmente as que não têm profissional odontológico na escola ou não estudam, ou estudam em outras escolas, do Estado, que não possuem consultório odontológico. Então, existe uma procura. O nível de saúde bucal dessas crianças que vão ao posto é diferente [do das crianças que estão na escola]. É pior.” (entrevista C)

Além dos problemas apontados em relação à saúde da criança, há uma fala reiterada sobre o que seria um dos maiores dentre todos, senão o maior deles – a **falta de higiene**, apontada por diferentes profissionais: *“as pessoas não têm higiene. O nosso problema é higiene.”* (J, professor)

“Nós temos, primeiro, o problema da higiene, que é muito grave, que acarreta muitos problemas de saúde. Os pais não têm muito cuidado com a criança. A criança, às vezes, vem suja. Não adianta a criança saber escrever, fazer tudo bonitinho na prova, e, com ela mesma, não ter aquele hábito de higiene.” (O, supervisora)

“O problema maior é a higiene bucal. Você vê demais aqui. Você vê que a higiene é péssima. Quando disse você não escova os dentes há três, quatro dias, ele respondeu: ‘É que meu pai viajou e levou a escova’. Isso eu não vi uma vez, vi várias. O pai viaja, leva a escova, ninguém mais escova dente.” (D, dentista)

Essas constatações não os impedem de recorrer a formas simplistas de resolver os problemas. Quando não responsabilizam os pais por sua desatenção (às tarefas

escolares, à saúde de seus filhos), recorrem ao ensino⁶⁰ ou culpabilizam as crianças e seus pais:

“Ele não faz a higiene porque não quer mesmo, preguiça. Falta higiene tanto na boca quanto corporal. A escovação tem que começar em casa, com a criança desde pequenina. E o adulto já orientar desde que a criança tenha dente na boca. À hora em que aparecer o dente, tem que começar a escovação (...) Se a mãe pegasse essa criança quando ela está sonolenta, e pegasse um algodão, gaze ou uma fralda e limpasse todos os dentinhos, não deixasse aquela placa. Se a mãe é assim caprichosa. (...) Às vezes, também, é por falta de orientação da mãe, de você orientar a mãe. Porque tem criança que, com 3, 4 anos está com a boca já cheia de cárie. Tem criança que não escova o dente, que nunca escovou, a mãe nunca falou também.” (D, dentista)

[O que provoca a cárie] *“são as condições de vida e a falta de uma educação básica de higiene bucal. E isto começa aqui na escola. Por isso, acho que o professor é responsável pela técnica de escovagem. Ele tem obrigação de ensinar isso, de orientar a criança como tomar o banho, como escovar os dentes e o que faria de mal a ele [aluno]. E tem professoras que não fazem.” (C, dentista)*

“Quando trabalhamos água, procuramos colocar que tem que ser tratada para se evitar doenças (...) Não fiz um levantamento, mas creio que nenhum aluno meu tenha água tratada. Mesmo assim, a gente fala porque eles podem ter um amigo, um vizinho que não tenha. Então, ele passa para esse vizinho e explica essa água tem que ser fervida. Trabalhamos a questão do poço e da localização da privada.” (I, professora)

“A informação é primordial. Você tem que ensinar porque esse alunos assim de classes mais baixas não sabem nada(...) O que falta é informação e vontade deles para fazer. Porque nessa idade escolar, eles não dão valor para isso. Não querem, não sabem. E, às vezes, a mãe fala – porque tem muita mãe que fala – mas eles não obedecem.” (D, dentista)

⁶⁰O ensino de questões de saúde não tem apresentado nenhum impacto nas mudanças de hábitos das crianças. A esse respeito, remeto à leitura de BAGHATO, M.H.S. O ensino da saúde nas escolas de 1º grau. *Pro-posições*. São Paulo nº1: 53-59, 1990; PRETTI, M.C.M. *A saúde na escola: ação ou informação?* Um estudo dos programas de Saúde. Dissertação de Mestrado. Unicamp/FE, 1983; UBEDA, Elza Maria Lourenço. *A educação para a saúde na escola: um estudo de algumas práticas de saúde desenvolvidas na pré-escola*. Dissertação de Mestrado. Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP, 1986.

O ensino da saúde parte do suposto de que pela fala, pela explicação oral, ou pela demonstração prática em sala de aula, os alunos estariam em condições de ter melhor saúde, logo, melhor qualidade de vida. Essa crença não é recente. Também os *“advogados da educação em saúde”*, como diz ROSEN (1994), nos séculos XVIII e XIX, enfatizam a educação em saúde e higiene, *“era como se simplesmente demonstrar a maneira de mudar as condições viesse a se mostrar suficiente para melhorá-las.”*(p.147)

Como saúde é determinada por qualidade de vida e não por conhecimento, os resultados do ensino não poderiam ser outros, como revelam as falas dos próprios envolvidos:

“O aluno grava aquilo que está lendo no livro – dez normas de higiene e tal. Ele não tem consciência que aquilo é prático, que ele deve fazer.” (O, supervisora)

“A criançada estava cheia de lombriga, áscaris, giárdias, amebas(...). Cada professora se encarregava de dar para os alunos, dentro da sala de aula, na hora da entrada e na hora da saída, durante três ou cinco dias, dependendo do remédio. Voltava tudo, porque a água estava contaminada, as crianças não lavavam as mãos. Tinha que existir um suporte das professoras de Ciências quanto à questão da higiene.” (V, ex-diretora do CRM)

Na verdade, é inócuo qualquer “suporte das professoras”. Não adianta ensinar questões de higiene a crianças cujas casas não são servidas por água tratada. O pobre sabe, com certeza, o que lhe é melhor no que se refere a alimentação rica, a moradia confortável, a transporte farto, etc e não é por saber que ele desfruta dos confortos da civilização. É porque não pode, excluído que está, por sua inserção social.

Como dizem VALLA & MELLO (1992: 34)

“Podemos ver que a questão da educação e saúde não é tão complicada. Mas, se não começarmos com as condições de vida e de trabalho da população, fica difícil de entender a questão. Que a diarreia, por exemplo, se resolve melhor com água encanada nas casas, esgotos e coleta de lixo do que com a compra de remédios na farmácia. Que a mortalidade infantil em qualquer bairro cai pela metade quando tem água instalada nas casas. Que soro não é remédio

que tem que ser comprado nas farmácias, mas que se faz em casa com água, sal e açúcar.”

A Saúde Escolar, além de não concretizar a promessa de promover a saúde das crianças, ocupa um espaço que cabe à educação. Apesar do apoio que, em sua maioria, consagram à atenção médico-odontológica na escola, muitas vezes por crença, sem conhecimentos científicos, os educadores sabem que

“Nós, o pessoal da educação, somos muito paternalistas. (...) A educação, a escola, está fazendo tudo para as crianças: tratamento médico, psicológico, alimentar. (...) Eu acho que nós estamos tomando a parte dos pais.” (L, orientadora educacional)

“Eu acho que atrapalha um pouco, que é muita coisa – merenda, bochecho. Aí, tira para escovação. Vai diminuindo o tempo de aula. Mas para eles não deixa de ser bom, não é? Aqueles mais necessitados evita a cárie.” (H, professora)

É, mesmo, muita coisa. Que e como excluir?

Dos educadores e dos profissionais da saúde, juntos, pode-se esperar que, questionando suas próprias condições de vida, se empenhem em discutir, entre si e com seus alunos, os problemas de saúde, a partir dos seus determinantes econômicos, políticos e sociais. Juntos, poderão lutar por uma atenção à saúde que reconheça na criança a sua individualidade, as questões e os problemas de sua classe e de seu grupo.

“Você já reparou? Não há consultório odontológico em escola particular.” (P, orientadora educacional)

“Não posso ferver a água para Camila beber. O gás custa muito caro.” (Madalena, empregada doméstica)

Como sugestão para iniciar a conversa, aí estão esta pergunta e esta afirmativa de duas educadoras – uma, educadora profissional; outra, educadora com baixa escolaridade e mãe de uma menina de dois anos. Com elas temos muito o que aprender.

CAPÍTULO VI
O DISCURSO DA AMPLIAÇÃO DO MERCADO DE TRABALHO
E DO CONSUMO

Hipótese

*E se Deus é canhoto
e criou com a mão esquerda?
Isso explica, talvez, as coisas deste mundo.*

Carlos Drummond de Andrade

Se a *Saúde Escolar* em Campo Grande/MS não resolve os problemas de aprendizagem, nem consegue promover a saúde das crianças apresenta-se, entretanto, como espaço para alocar profissionais da saúde de várias especialidades. À disposição dos profissionais da saúde existem: as escolas, a Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE), o Centro de Reeducação do Menor (CRM).

Ao tempo do SALVE, esses profissionais formavam um grupo de médicos e dentistas, que percorriam as escolas nas unidades móveis de saúde:

“Nós éramos em 4 a 5 dentistas. Um trabalhava das 7 às 9h; outro, das 9 às 11h; outro, no intermediário. Ai entrava um, das 13 às 15h, e eu trabalhava das 15 às 17h.” (B, dentista)

O número e a diversidade de formação aumentaram com os mutirões, nos anos 80, como disse ex-secretário de saúde:

“Eu devo ter empregado uns 12-14 enfermeiros padrão. O número de médicos também aumentou, não sei em quanto, mas aumentou. Dentista foi uma enormidade! Era uma garotada jovem, recém-formada, que saía da Universidade com vontade. A Secretaria de Saúde empregava diretamente. Não havia concurso, à época. Era CLT. Chamávamos o indivíduo, fazíamos o contrato, e ele já começava a trabalhar no outro dia. À época podia-se começar com um e terminar com mil, se você tivesse trabalhado para o pessoal. Não tenha dívida de que esse Programa gerou ‘barbaridade’ de empregos.” (entrevista X)

O *Saúde Nota Dez*, quando iniciou os trabalhos nas escolas, em 1984, contava com uma *“equipe de triagem de trinta e três pessoas, assim constituída: dez médicas, dez médicos, dez dentistas e três atendentes [de enfermagem].”* (V, ex-diretora do CRM)

Para prestar atendimento odontológico a todas as crianças da Rede Municipal de Ensino, a *Secretaria de Saúde* estava, no final de 1984, criando cargos fixos e treinando agentes de saúde – em número de dez, devendo cada um atender três mil alunos⁶¹.

Nos anos 80, à exceção dos atendentes de enfermagem e odontologia, o pessoal da saúde que atuava nas escolas tinha formação acadêmica, como afirma ex-secretário

⁶¹ Notícia publicada no Correio do Estado, 29 e 30/12/84.

de saúde: *“Era uma garotada jovem, recém-formada, que saía da Universidade.”*(entrevista X)

De fato, a escola mostrava-se amplo mercado de trabalho a ser ocupado por egressos dos cursos superiores⁶² implantados em Campo Grande desde os anos 60. Como fala aquele ex-secretário, o *Saúde Nota Dez* *“atende a clientela, gera emprego e tem saldo político, não tenha dúvida.”* (entrevista X)

Hoje, com a diversificação da formação em saúde (fonoaudiologia, fisioterapia, etc.), o mercado de trabalho no espaço escolar mostra-se ainda mais amplo e crescente.

Em 1992, a equipe do Centro de Reeducação do Menor (CRM) era composta por

“um oftalmologista, um cardiologista, um ortopedista, dois cirurgiões pediatras, uma fonoaudióloga, um fisioterapeuta, uma odontóloga de endodontia e uma de clínica geral, quatro atendentes de enfermagem (são auxiliares de enfermagem que fazem a parte burocrática do trabalho e a vacinação), uma pedagoga, uma psicóloga, uma assistente social, uma secretária e um encarregado de serviços gerais.” (V, ex-diretora do CRM)

⁶²Há, em Campo Grande, cinco instituições que oferecem ensino de nível superior: Fundação Universidade Federal de Mato Grosso do Sul (FUFMS), Universidade Católica Dom Bosco (UCDB) Centro de Ensino Superior Plínio Mendes dos Santos (CESUP), Faculdade de Ciências e Informática, Faculdades Integradas de Campo Grande (Campo Grande, 1996). Estes são os cursos (em destaque, os da área da saúde): na década de 60, foram criados, na FUFMS, os cursos de Farmácia, Odontologia (1964); Medicina (1968). Na UCDB, os de Filosofia (1961), Letras, Pedagogia (1962); Direito (1966). Na década de 70, a FUFMS criou os cursos de Engenharia Civil; Medicina Veterinária e Educação Física (1971). A UCDB cria Administração, Ciências Contábeis, Ciências Econômicas (1970); História, Geografia (1971); Serviço Social (1972); Psicologia – Licenciatura (1975); Psicologia – Formação de Psicólogos, Ciências – Matemática, Ciências – Biologia (1979). Nos anos 80, na FUFMS foram criados os cursos de Física, Matemática, Química, Administração, Educação Artística, Pedagogia, Ciências Biológicas (1981); Ciência da Computação (1987); Engenharia Elétrica, Letras (1989); Comunicação Social (1989). O CESUP criou Arquitetura e Urbanismo (1985). Nos anos 90, foram criados, na UFMS, os cursos de Enfermagem, Ciências Econômicas (1991); Ciências Biológicas – Bacharelado (1995); Análise de Sistemas – Bacharelado, Direito (1996); na UCDB foram criados os Cursos de Administração – Comércio Exterior, Biologia, Comunicação Social – Publicidade e Propaganda, Comunicação Social – Relações Públicas, Fisioterapia, Matemática Aplicada e Computacional (1994); Turismo (1995); Engenharia de Computação, Fonoaudiologia, Terapia Ocupacional (1996); Educação Física, Nutrição (1997). No CESUP, foram criados: Engenharia de Agrimensura (1990); Ciências Biológicas, Engenharia Elétrica, Matemática, Processamento de Dados (1992); Geografia, Letras (1993); Administração, Agronomia, Ciência da Computação, Engenharia Civil, Medicina Veterinária, Pedagogia, Ciências Contábeis, Ciências Econômicas, Direito (1994).

todos contratados pela *Secretaria de Saúde* do Município, com exceção da pedagoga e da fonoaudióloga, que são contratadas pela *Secretaria de Educação*.

Em 1995, esse quadro, de acordo com informações do Departamento de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde, era o seguinte⁶³: um assistente administrativo, dois auxiliares sociais, dois especialistas em educação, três vigias, dois agentes de saúde pública, dois atendentes de enfermagem, um enfermeiro, um fisioterapeuta, dois fonoaudiólogos, sete médicos (no ambulatório), três odontólogos, um ortopedista, três psicólogos, um técnico de laboratório.

Naquele ano, havia 38 dentistas atuando em gabinetes instalados em escolas municipais, tendo esse número subido para 44, em 1996.

Segundo aquele Departamento, o salário dos profissionais da saúde, em 1995, era de R\$ 133,00 para profissionais com nível médio e de R\$ 603,00 para os de nível superior.

Na Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE), da área de saúde trabalham três psicólogas e uma fonoaudióloga, não havendo, na equipe central, nem médicos nem dentistas. Estes “*estão nas escolas*”, aqueles “*nos postos de saúde*.” (T, ex-coordenador da CAE)

Nas escolas, há dois dentistas: um para o turno matutino, outro para o vespertino. São concursados ou apenas contratados, temporariamente, pela *Secretaria de Saúde* do Município e lotados em sua Divisão de Odontologia. Se ocorrer de um dentista contratado prestar concurso e não ser aprovado, ele continua trabalhando como contratado “*porque há necessidade de cobrir o atendimento*” em todos os gabinetes existentes (idem). Eles contam com o auxílio do atendentes⁶⁴ – “*em alguns casos contratados pela Secretaria de Educação*” (T, ex-coordenador da CAE) – que “*prepara o amálgama, as massinhas*” (E, dentista), “*lava, esteriliza o material, faz o flúor (...), pega a criança em sala*.” (B, dentista)

Segundo os entrevistados, no CRM, os dentistas, os médicos e a fonoaudióloga trabalham 4h/dia; os outros profissionais 8h/dia (V, ex-diretora do CRM); da

⁶³Esses dados foram fornecidos, por escrito, pelo Departamento de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde de Campo Grande/MS, em atendimento à solicitação feita, para este estudo, pela Profª. Élcia Esnarriaga de Arruda, da UFMS.

⁶⁴O Departamento de Pessoal da Secretaria Municipal de Saúde não faz referência ao número de atendentes de dentistas. Todavia, eles estavam nas escolas quando a elas me dirigi para buscar os dados deste estudo.

equipe central da CAE alguns têm horário parcial (4h), outros integral (8h) (S, ex-coordenador da CAE); nas escolas, os dentistas atendem durante 8h/dia.

Pelos horários, pode-se observar que a escola é mais um dentre os locais possíveis de emprego para os profissionais da saúde. E, se como vimos nas páginas anteriores, a *Saúde Escolar* é discurso, e não ação efetiva, a escola é, de fato, apenas, um lugar a mais para um emprego. E um lugar de emprego crescentemente disputado pela área da saúde, com garantia de tempo, como se pode ouvir: *“fui contratado pela Prefeitura, desde 1994.”* (entrevista C)

“Eu já tenho 17 anos de Prefeitura, sem concurso. Sempre trabalhei no serviço dentário escolar. Fui uma das que inauguraram o dentário em Campo Grande, em 1977, quando foi inaugurado lá (...) Eu acho que juntou, mais ou menos, com o projeto SALVE.” (entrevista D)

Nesse emprego, a *Saúde Escolar* se cumpre como discurso, mais uma vez. O horário mencionado não é cumprido, como diz este professor:

“Dentista deveria se dedicar mais. A gente vê, é pouco tempo (...) ela passando, indo embora. Elas trabalham 2h-2h e meia. Não tem 4 horas, não. Eu fico bem na porta, dá para ver. Tem que atender de 7 às 11, pegando cada criança: se não, não dá conta de tudo.” (G, professor)

O número de atendimento por dia obedece a definições prévias:

“Atendo um média de 6 a 8 crianças por dia. Eu tenho que dar 120 atendimentos mensais para poder alcançar a produtividade (...) É uma média de 6 a 8 crianças por dia, em 4h por dia.” (D, dentista)

“A gente ganha também por produtividade. O número de 6 a 8 crianças foi estabelecido pelo SUDS. No Posto, o número é de 8 a 10.” (E, dentista)

À informação sobre essa média de 30-20 minutos por atendimento, e sobre o número de atendimentos, contrapõe-se a de ex-coordenador da CAE sobre o atendimento de dentistas, por 4 horas de trabalho, nas escolas:

“porque eles têm produtividade. Se eles programarem mais, há a impressão de que eles vão atender muito para ganhar mais. Então, estabeleceu-se esse limite. Mas, um dia ou outro, se o atendimento desses quinze for leve, pode atender mais, porém nunca pode passar, exageradamente, todos os dias, desses quinze.”(entrevista T)

Sabe-se que não é possível atender a quinze pessoas em 4h, nem do ponto de vista técnico, nem pelo respeito ao direito da pessoa a uma atenção de qualidade.

Além do mais, fica evidente que os profissionais divergem sobre o que incide a produtividade. Enquanto um diz que é sobre o número de crianças atendidas, estes outros falam de número de intervenções, sendo produtividade

“o atendimento de 6 crianças, pelo menos, e o máximo de trabalho executado em cada criança. Por exemplo, uma restauração, duas, três, vê-se a produtividade pelo número de intervenções.”(C, dentista)

“Tem uma fichinha que eu preencho. Faço o exame clínico, preencho o que já está feito, o que faço (...) e, no fim do mês, mando para a Secretaria. É para saberem o que fiz, a minha produtividade. E também para eles, (...) quantos eles atenderam, quantos nós atendemos no ano.”(B, dentista)

A cada fala tece-se o discurso desencontrado da *Saúde Escolar* para, na escola, criar espaços de emprego.

Segundo 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, fonocardiólogos, enfermeiro, nutricionistas e, mais recentemente, psicopedagogos. Todos para ajudar a educação a resolver o angustiante problema do fracasso escolar!”

Já que, segundo o discurso da medicalização, o problema do fracasso escolar (evasão e repetência) não é problema devido à escola, mas à (falta) de saúde das crianças, faz sentido a presença desses profissionais na escola. Na realidade, como diz CARVALHO (1989), atribuindo-se as dificuldades escolares a questões sociais, está aberto o espaço escolar

ao apetite de profissionais de outras áreas: *“vemos médicos, psicólogos, nutricionistas, dentistas, assistentes sociais, fonoaudiólogos e outros buscando uma fatia no mercado escolar.”* (p. 59) Como aponta SILVA (1991), as comissões multiprofissionais e as unidades especializadas, no Rio de Janeiro, nos anos 70, são alternativas de mercado de trabalho para especialistas como pediatra, psiquiatra, ortopedista, anestesta, psicólogo, odontólogo, assistente social, enfermeiro, logopedista, neurologista, oftalmologista, otorrinolaringologista, o mesmo ocorrendo em relação à medicina para educação física.

Foi através de consultórios particulares, que diferentes especialidades – neuropediatras, psicólogos, psicopedagogos e profissionais ligados à reabilitação – ganharam espaço e ampliação progressiva, atingindo os serviços médicos públicos. Estes e aqueles recebem crianças encaminhadas pela professora para resolver problemas de aprendizagem. Essa “nova morbidade” permite que aqueles e outros profissionais disputem lugar em um mercado de trabalho sempre saturado, mesmo estando despreparados para atender crianças em idade escolar. (COLLARES, MOYSÉS & LIMA, 1995)

Sobre a formação dos profissionais da saúde para atender a crianças em idade escolar, disseram os entrevistados sobre seus cursos de graduação:

“Aprendemos o comportamento das crianças.”(C, dentista)

“Principalmente na área de odonto-pediatria, a gente estuda muito essa idade de 6 a 14 anos.”(D, dentista)

Não é a realidade, como se constata em conversas com estudantes da área de Saúde e como revela a literatura:

“Em relação à Medicina, especificamente, a saúde da criança em idade escolar não se constitui em elemento de importância na formação dos médicos ou mesmo de pediatras, restringindo-se a tópicos simplistas de análise da problemática desta idade, insuficientes para levá-los à compreensão da complexidade do problema.” (COLLARES, MOYSÉS & LIMA, 1985:18)

Além disso, familiarizados com uma literatura americana em pediatria, que olha os problemas da aprendizagem do ponto de vista neurológico, os egressos dos cursos de

graduação facilmente se deixam influenciar por explicações médicas para as questões sociais, dentre as quais está a educação escolar (idem).

Não é demais repetir que, se a saúde é determinada pela inserção social da criança, é preciso saber sobre como se dá essa inserção. É tomando-a como objeto privilegiado de atenção que se poderá olhar essa criança, escutá-la e com ela falar. Não é essa a formação dos nossos acadêmicos nem dos professores, em sua esmagadora maioria, encarregados de sua formação.

“Sensível (...) às necessidades do complexo médico– industrial, aí incluídos medicamentos e equipamentos eletrônicos” (COLLARES, MOYSÉS & LIMA, 1985:18), que lhe mostra aquela literatura, o estudante brasileiro desconhece a problemática nacional em saúde, nela atuando, já profissional, de forma simplista e acrítica. É assim equipados que ocupam seus lugares no mercado de trabalho.

Conscientes, ou não, do que representa a *Saúde Escolar*, os profissionais, que a ela se dedicam, justificam-na com argumentos preconceituosos e frágeis – desinformação e desinteresse dos pais pela saúde dos filhos, falta de higiene das crianças e de seus pais. Mesmo admitindo que no *Posto de Saúde* o material odontológico, por exemplo, não falta e é de boa qualidade (C, dentista), e que ali se pode fazer a mesma coisa que se faz na escola (B, dentista), o atendimento tem que continuar na escola, porque

“Ali, eles, normalmente, só vão acompanhados pelos pais (...) quando já com dor, porque, à noite, não dormiu ou o rosto está inchado (...). É um atendimento emergencial.” (C, dentista)

Se o posto atende com qualidade, se é *“bom o relacionamento da orientadora educacional e da direção da escola com o pessoal do posto”* (S, ex-coordenador da CAE), por que não encaminhar para lá as crianças? Por que não reservar à escola estudos, pesquisas, discussões sobre a saúde, sobre a doença e seus determinantes?

Com horário fácil, com crianças dóceis e sem superior hierárquico que conheça tecnicamente os serviços de seus profissionais, pode-se compreender o empenho da *Saúde Escolar* em garantir e manter esse espaço privilegiado chamado escola. Mesmo que, com isso, duplique recursos e privilegie um grupo da população, contrariando os avanços

representados pelas propostas do SUS e ignorando as lutas orientadas pelos princípios da justiça e da equidade do serviço de saúde para toda a população.

A efetivação da reforma sanitária, como diz BERLINGUER (1998), exige, de fato,

“um esforço de coerência, de tenacidade renovadora, de direção política (...). Deve ser um processo de participação popular na promoção da saúde, que envolva milhões de cidadãos; deve impor mudanças sociais, ambientais e comportamentais que tornem a existência mais saudável; deve mobilizar dezenas de milhares de conselheiros de regiões, de províncias, de municípios, de circunscrições, de quadros dos movimentos sindicais, femininos, cooperativos, juvenis e milhares de assessores e de prefeitos; deve transformar a atividade cotidiana de médicos, técnicos e enfermeiros.(...) Para que a saúde se sobreponha à doença(...), é necessária uma revolução profunda, que envolva todos os partidos e atravesse a existência cotidiana de cada um. Esse é o desafio.” (p. 3)

Como vemos, o desafio é grande, implicando, inclusive, em desler um discurso hegemônico, para criar um outro, também hegemônico até que a história o refaça, mais uma vez. Se a escola é espaço para diferentes especialistas, também o é para distribuição e consumo de diferentes produtos, desde os exigidos à higiene pessoal e ao tratamento de doenças, até aqueles que têm duração mais longa, como os equipamentos médico-odontológicos.

Sobre o material permanente e sua manutenção e o material de consumo e sua reposição, assim se referem profissionais da saúde, respectivamente em relação ao CRM, ao *Saúde Nota Dez* e ao atendimento odontológico nas escolas:

“O atual prefeito gosta de criança (...) e, depois, tem outra: do trabalho que a gente desenvolve ele gosta; ele acha que é viável, então, ele abre as portas. A gente pede caderno, tem. Pede caneta, tem. Pede papel para a criançada fazer aqueles desenhos, tem.” (V, ex-diretora do CRM)

“Isso é barato. A gente tinha que desmistificar. Isso é lixo [em comparação ao] que se gasta por aí! O que eu gastei nesse Programa inteiro não dá uma rua asfaltada. Era um programa de baixíssimo custo: salários – que não eram altos –, material de consumo – que não é nada dessas coisas – e as cadeiras. Não tem nada de excepcional. O que nós fizemos não dá 1 km de asfalto. E atendíamos toda a Rede Municipal de Ensino.” (X, ex-secretário de saúde)

“Quando estraga, a gente telefona para a Secretaria, eles vêm arrumar [em] dois, três dias.” (B, dentista)

Já no SALVE, nos anos 70, foram distribuídos escovas de dentes, uniformes, material escolar (cadernos, lápis, borracha), além de equipamentos para os consultórios odontológicos e furgões para a atendimento feito pelos mutirões. O *Saúde Nota Dez* também fez distribuição de escovas de dentes e pôde contar com o necessário material médico e odontológico para tratamentos.

Qualquer tratamento feito e qualquer medicamento distribuído às crianças era gratuito. Segundo ex-secretário de saúde, a Prefeitura chegou *“a fazer uma fábrica de óculos, uma óptica, inclusive com uma técnica nossa (...) Era distribuir a armação, fazer os óculos, tudo.”*(entrevista X)

A respeito dessa fábrica, esse mesmo entrevistado disse sobre seu fim: *“Sumiu. Pode ser algum interesse em concorrer, interesse particular (...) Você vira as costas, acabou.”* Este fato é revelador de como funcionam as iniciativas de *Saúde Escolar* – porque apenas discursos, dispensam um planejamento que tenha continuidade conseqüente com as necessidades e direitos de toda a população.

Essa “fábrica de óculos” tem, hoje, sua similar no laboratório oftalmológico do CRM. Existindo desde 1986, com verba do, então, SUDS, o laboratório assim é provido do material de que necessita: o CRM *“faz levantamento das lentes que saem e das que saem menos”* e solicita um quantidade X à Prefeitura que as compra *“através do SUS.”* Também *“compra as armações, bastando só montar os óculos”*, o que é feito no próprio CRM. *“Só em casos raríssimos”*, de lentes que aquele Centro não tenha, é que via Prefeitura, *“manda-se fazer os óculos.”* (V, ex-diretora do CRM)

Em relação aos mutirões de saúde e ao *Saúde Nota Dez*, explica o ex-secretário da saúde que as compras eram feitas, sempre, pelo preço mais baixo e que, no caso de equipamento odontológico, o material era padronizado.

“Comprávamos de uma empresa só. Se você tem três, quatro tipos, a manutenção é muito complicada (...) Vendemos todos os velhos e compramos todos novos. Novos, simples, sem nenhuma sofisticação.”(entrevista X)

A respeito dos equipamentos odontológicos, as escolas da Rede Municipal de Ensino de Campo Grande estão providas de consultórios com equipamento (cadeiras) fixo. Há cadeiras das fábricas Olcem (D e E, dentistas); Funke (C, dentista) de fabricação nacional; Dabi Atlanti (B, dentista).

É boa a aparência geral dos gabinetes odontológicos das escolas, considerando-se, sobretudo, as condições gerais dos serviços de saúde no país. As salas são claras, as cadeiras comparáveis às de consultórios particulares, os equipamentos em bom estado, a manutenção fácil, o material de consumo reposto sem dificuldade, como disseram os que ali trabalham.

Segundo ex-coordenador da CAE, em 1992, projeto da *Secretaria de Saúde* estava modernizando todos os gabinetes, substituindo os antigos por outros equipamentos mais modernos, o que aparece nesta fala:

“Essa cadeira é de última linha. Agora, em todos os colégios, eles trocaram o equipamento.” (D, dentista)

Apesar disso, diz um dentista

“Os equipamentos fornecidos pela Secretaria de Saúde são bons, vamos dizer assim, são regulares. Não são aparelhos muito sofisticados nem caros, mas te dão condições de trabalho.” (entrevista C)

Com equipamento de “última linha” ou “regulares”, o CRM e as escolas estão providos de consultórios odontológicos capazes de atender as crianças da REME. Entretanto, como nos mostraram os dados do capítulo anterior, o atendimento não acontece como é propalado.

Quanto ao material de consumo para o atendimento odontológico, o básico é garantido, e seu suprimento assegurado:

“Eu não espero terminar, já peço antes e eles repõem. Todo mês eles mandam material, [só tenho] que pedir.” (D, dentista)

Como material básico, assegurado aos gabinetes odontológicos nas escolas e no CRM, consideram-se *“algodão, material de prata, liga de prata para restauração”* (C, dentista), *“agulhas descartáveis, anestésicos, materiais restauradores, luvas, máscaras”* (C, dentista), resinas compostas *“para dentes superiores e amálgama de prata (...) para restauração de prata.”* (E, dentista).

Apesar da prontidão com que a solicitação de material é atendida, segundo ex-diretora do CRM, muitas vezes, é preciso *“batalhar”* para conseguir aparelhos para as crianças. Em 1992, por exemplo, um aparelho de surdez custava cerca de três milhões de cruzeiros, e uma lente de contato dura ficava pelo preço de cem mil cruzeiros. (entrevista V)

O programa de *Saúde Escolar*, em Campo Grande, foi boa justificativa para carrear recursos para o município: a liberação de um bilhão de cruzeiros⁶⁵, pela Fundação de Apoio ao Estudante (FAE), para aplicação em programas de saúde para escolares.

Como vemos, não é pouco o material consumido pelos programas de *Saúde Escolar*, material que deveria estar, segundo a perspectiva adotada por este estudo, na rede básica de saúde, à disposição de toda a população, sem excluir da atenção as crianças que não estão na escola. Aliás – convém repetir o que já foi mencionado em páginas anteriores–, mesmo o atendimento feito na escola, no CRM ou na CAE não atende a todas as crianças que estão na escola, mas àquelas de escolas da cidade, com abandono das escolas rurais. E, mesmo no caso das crianças das escolas urbanas, a atenção que recebem quanto à sua saúde, como também vimos em páginas anteriores, é muito diferente daquela que é dispensada às crianças que freqüentam os consultórios particulares, marcando, aí também, as gritantes diferenças de classes:

Como dizem DONNANGELO & PEREIRA (1979:31)

“Não sendo, em si, um fenômeno novo, uma vez que a própria medicina antiga já difere, em sua prática, segundo a origem social do paciente, a diferenciação adquire especificidade nas sociedades capitalistas como decorrência da forma pela qual nela se projetam o fator trabalho e as relações de classe. Assim é que, mesmo a partir do momento em que o cuidado médico se generalizou amplamente, como resposta, quer à necessidade de reprodução da força de trabalho

⁶⁵ Esta verba destina-se não só a programas da Rede Municipal, mas também, da Rede Estadual de Ensino (Correio do Estado, 2 e 3/3/85).

frente ao processo de produção econômica, quer a momentos particulares do desenvolvimento, a nível político, dos antagonismos de classe, verificou-se paralelamente: de um lado, a seleção de grupos sociais a serem incorporados ao cuidado médico, conforme ao seu significado para o processo econômico e político; de outro, uma diferenciação das instituições médicas voltadas para diferentes tipos de ações e diferentes clientela, a qual se expressa, em grande parte, em seu caráter 'privado' ou 'estatal'."

No caso da *Saúde Escolar* – este discurso de assessoramento e decisão sobre doenças da idade escolar –, se, como serviço público, é inoperante por não resolver os problemas de aprendizagem escolar, ao não promover a saúde das crianças, serve como justificativa para alocar, na escola, diferentes especialidades e produtos da área da saúde. Serve para estimular a atividade produtiva lucrativa.

O cuidar da saúde é uma atividade que não reproduz capital. O trabalho do médico, do dentista, por exemplo, constitui-se como serviço, o que equivale a dizer que é trabalho consumido como valor de uso e não como valor de troca. Na concepção marxiana é, portanto, trabalho improdutivo.

Diz Marx (s/data), *"é produtivo o trabalhador que executa um trabalho produtivo e é produtivo o trabalho que gera diretamente mais-valia, isto é, que valoriza o capital."* (p. 109)

Ocorre que, embora a atenção à saúde seja atividade improdutiva, ela exige o concurso de atividades produtivas: para realizar-se, os cuidados à saúde necessitam de produtos que vêm de atividades que permitem o lucro ao capitalista.

O Estado (no caso deste estudo, no nível do poder municipal), ao dotar de equipamentos e de material de consumo escolas e unidades prestadoras de serviços de saúde ao escolar (atividade improdutiva), está permitindo o ganho das indústrias responsáveis por fabricar aqueles produtos (resultados do trabalho produtivo). Assim, a atenção à saúde é, também na escola, oportunidade para que o capital alcance seus lucros nos setores produtivos. Ao consumir produtos industrializados, está contribuindo, tanto para a expansão da indústria de equipamentos médicos e odontológicos mais permanentes, quanto para a de produção de bens de consumo imediato, favorecendo a realização da mais-valia incorporada nessas mercadorias.

Por outro lado, ao criar e ampliar os setores de serviços, o Estado está resolvendo duas questões: preparar os profissionais que ali atuarão e empregá-los.

No caso da saúde, se os avanços das forças produtivas, e em particular, os avanços tecnológicos, permitiram a liberação dos trabalhadores dos setores produtivos, e criaram novas e variadas especialidades, passaram, por isso mesmo, a solicitar, cada vez mais, lugar para esses trabalhadores em outros postos de trabalho, vale dizer, nos setores improdutivos.

A ampliação dos setores de atenção à saúde, tanto em número quanto em diversificação dos serviços oferecidos, no interior da escola, está, então, contribuindo para realocar trabalhadores que não estão nas atividades produtivas, como também está contribuindo para manter empregadas as camadas médias, ao absorver, pelo trabalho em escolas, os filhos dessas camadas, por essa escola titulados (ALVES, 1990), contribuindo, de resto, para aliviar tensões sociais provocadas por reclamos e necessidade de emprego para esses trabalhadores.

Como não é este o recorte deste estudo, não cabe, aqui, discutir como diferentes setores da indústria (editorial, alimentar) ganham espaço, na escola, para prover a atividade pedagógica. O que aparece muito claro, quando se visita os serviços de *Saúde Escolar*, é a prodigalidade com que estes são municiados dos bens de que necessitam. E isso faz um contraste com o que é a escola. Enquanto o consultório odontológico é bem equipado e farto em material de consumo, a escola é pobre e desprovida do indispensável às suas funções, à sua vida. Faltam salas, giz, livros, aparelhos eletro-eletrônicos, carteiras e material para educação física, o que, em conjunto com a insuficiente formação dos educadores, contribui para inviabilizar um trabalho pedagógico que tenha a qualidade que os direitos das crianças classe trabalhadora exigem.

CAPÍTULO VII

O DISCURSO DA SAÚDE ESCOLAR COMO CONTROLE SOCIAL

(...)
*Abomino a ordem
que confisca o tempo,
que confisca a vida
e ensaia tão cedo
a prisão perpétua
do comportamento.*
(...)

Carlos Drummond de Andrade

Pelo trabalho, os homens produzem, de um modo determinado, os meios de que necessitam para suprir suas necessidades de alimentar-se, vestir-se, abrigar-se, de cuja satisfação decorrem outras, cada vez mais sofisticadas, necessidades. Nesse processo, os homens estabelecem relações sociais e políticas também determinadas, que guardam estreita conexão com o modo de produção de sua vida material. (MARX & ENGELS, 1986)

No modo de produção capitalista, sendo o trabalho uma atividade alienada, as relações entre os homens também o são: o trabalhador não se reconhece no outro homem, como não se reconhece no processo de trabalho e no produto que dele resulta. O trabalho, atividade de humanização, passa a atividade desumanizadora, por limitar o homem às suas funções animais – sobreviver individualmente e procriar – que, satisfeitas, dão-lhe as condições mínimas para recomeçar, no dia seguinte, o mesmo processo de alienação. (MARX, 1983)

Produzir alimentos, abrigos, máquinas, poesia, ciência, leis, diversão, isto é, criar bens materiais e imateriais é, hoje, atividade realizada por todos os homens, coletivamente. Entretanto, por não estarem ao alcance de todos, fazem-se necessidades que apenas alguns podem satisfazer.

A produção das representações que o homem faz de si e dos outros homens está íntima e diretamente relacionada à atividade produtiva e às relações dos homens nessa atividade. Numa sociedade de classes como a nossa, fundada sobre o trabalho alienado, essa representação só se pode fundar sobre a mesma base. Os dominantes, negando a historicidade dos atos humanos, fazem crer ser esta a regra, justificando-a pela diferença natural dos talentos: se, “*por natureza*”, os homens não são iguais em talentos, é “*natural*” que sejam socialmente diferentes.

A saúde é um bem a que têm direito cada homem, em particular, e todos os homens, em conjunto. Sua qualidade é consequência da forma como se dá a inserção de cada um deles na sociedade.

A satisfação das exigências de alimentação, moradia, saneamento, transporte, lazer, prazeres estéticos e de todas as outras necessidades, nas formas em que, historicamente, foram criados – e que são condições para a saúde – não é feita da mesma forma para todos os homens. Homens de classes sociais diferentes recebem diferente atenção

dos serviços de saúde. De igual modo, têm percepção diferenciada dos serviços e dos profissionais que neles atuam:

“Se os doentes das classes populares são particularmente sensíveis aos ‘modos’ dos médicos e prontos a reparar em todas as nuances de sua atividade em relação a eles, (...) talvez seja também porque têm uma aguda consciência da distância social que os separa do médico, e porque estão em situação de saber, ou pelo menos de pressentir, que a relação doente-médico é uma relação de classe e que o médico adota um comportamento diferente conforme a classe social do doente.”
(BOLTANSKY, 1989:39)

Serviços e formas de atenção à saúde são criações históricas e, como tal, carregam marcas e desígnios definidos – situados e datados.

Até o aparecimento do grande comércio e o crescimento das cidades, a partir do século XVI, as obras da Igreja atendiam, sob a forma de cuidados a enfermos e de assistência social, aquelas pessoas não enquadradas na ordem social. Não eram muitas e os serviços de caridade eram suficientes para abrigá-las. Entretanto, o movimento comercial, as cidades, a efervescência de um novo modo de produzir a vida, rompendo os limites da ordem feudal, foram criando novas necessidades, trazendo avanços, inaugurando e aprofundando contradições sociais.

Com a emergência do capitalismo, grandes contingentes de homens – mercadores, artesãos, servos fugidos, camponeses expulsos de suas terras – fazem da cidade um mundo novo, no qual se instala uma demanda totalmente nova e crescente para os serviços de assistência social, que o Estado se vê forçado a assumir, como cuidado e como controle.

Os serviços de saúde, tal como os conhecemos hoje, têm sua origem nesta transformação institucional. A Lei dos Pobres⁶⁶, de 1601, na Inglaterra, e a criação, nas maiores cidades da França, dos Hospitais Gerais são exemplos de medidas tomadas, à época, pelo Estado. (SINGER e outros, 1978)

O Hospital Geral,

⁶⁶ Pela “Lei dos Pobres”, de 1601, tanto o poder público quanto o privado devem cuidar do pobre. Essa lei, que sofre modificação em 1834, tem vigência até o século XX (extinta por Lei em 1948) e “introduz na história da medicalização um princípio de intervenção médica que corresponde tanto a uma forma de permitir que a pobreza tenha acesso em algum grau ao cuidado médico, quanto a uma modalidade de defesa econômica e política da sociedade.” (Donnangelo & Pereira, 1979: 64)

“lugar de internamento, onde se justapõem e se misturam doentes, loucos, devassos, prostitutas, etc, é ainda, em meados do século XVII, uma espécie de instrumento misto de exclusão, assistência e transformação espiritual, em que a função médica não aparece.”(FOUCAULT, 1979:102)

Todavia, grandes mudanças ocorrem, no século XVIII, com a Revolução Industrial. Os enormes avanços tecnológicos que, a partir dela se sucedem e sofisticam, dispensam a atividade do antigo produtor individual e da antiga equipe de produtos manufaturados. Socializa-se a atividade produtiva: no lugar do trabalhador individual, o trabalhador coletivo, gestado pela máquina moderna. Para que essa máquina funcione plenamente, elevando, crescentemente, aquela atividade, é necessária uma quantidade cada vez maior de trabalhadores. Aumenta a concentração humana em alguns centros urbanos, que crescem sempre mais, acompanhando o crescimento da produção. É um crescimento desorganizado, que atinge com miséria e doença os trabalhadores da indústria. (idem)

Segundo FOUCAULT (1979), se até o século XVII se pode dizer, em relação à Europa, que *“o grande perigo social vinha do campo”* (p. 86), com as revoltas de camponeses, o perigo, no século XVIII, estava na cidade, isto é, na revolta *“cada vez mais freqüente com a formação de uma plebe em vias de se proletarizar.”* (idem)

A miséria, construída ao lado da riqueza, trazia doenças epidêmicas, mortes e provocava tensões sociais. (FOUCAULT, 1979 & ROSEN, 1994)

Era preciso organizar a vida nas cidades. E isto se fez acompanhando a socialização da atividade produtiva: socializa-se a vida social, criando sistemas de transporte e abastecimento, redes de água, de esgoto, de iluminação pública, etc e serviços de saúde. A preservação da saúde e da ordem pública é exigência da socialização da vida nas cidades. (SINGER & outros, 1978)

Assim, apesar da preocupação com a saúde, na Europa, no final do século XVI e começo do século XVII, como forma política, posta pelo mercantilismo, de aumentar a população para aumentar a riqueza, foi no século XVIII que se regulamentaram a vida e a saúde da população urbana.

Na Inglaterra do século XVIII, a *“Nova Filosofia”* (a versão britânica da *“polícia médica”*)

“refletia um interesse acentuado pelos problemas de saúde e bem-estar dos pobres, não apenas por sentimento de caridade mas na intenção de controlá-los de modo racional e inteligente.”(ROSEN, 1994:117)

Os serviços de saúde, parte integrante da socialização da vida urbana, surgem

“essencialmente como Serviço de Controle das contradições entre os interesses individuais dos membros das várias classes sociais e o interesse do sistema social como um todo, no que se refere à prevenção das doenças contagiosas.”(SINGER & outros, 1978:36)

Esses serviços foram institucionalizados a partir de meados do século passado, época em que grande parte da população tinha sido urbanizada e proletarizada, em condições adversas à saúde.

Descrivendo a situação da classe trabalhadora na Inglaterra, já no século XIX, ENGELS (1985) assim se refere às cidades e aos bairros habitados pelos trabalhadores:

“Todas as grandes cidades possuem um ou vários ‘bairros de má reputação’ – onde se concentra a classe operária (...) Estes bairros(...) são organizados em toda a Inglaterra mais ou menos da mesma maneira, as piores casas na parte mais feia da cidade; a maior parte das vezes são construções de dois andares ou de um só, de tijolos, alinhadas em longas filas, se possível com porões habitados e quase sempre irregularmente construídas(...) Habitualmente, as próprias ruas não são planas nem pavimentadas; são sujas, cheias de detritos vegetais e animais, sem esgotos nem canais de escoamento, mas em contrapartida semeadas de charcos estagnados e fétidos. Além disso, a ventilação torna-se difícil, pela má e confusa construção de todo o bairro, e como aqui vivem muitas pessoas num pequeno espaço, é fácil imaginar o ar que se respira nestes bairros operários.” (p.38)

Entretanto, os problemas suscitados pela Revolução Industrial afetavam não apenas o proletariado, mas também, e em diferentes aspectos, a classe dominante. No que se refere à própria saúde, os dominantes não estavam a salvo das epidemias, frequentes nos centros industriais; no campo da atividade produtiva, estavam ameaçados no desenvolvimento da produção pelas péssimas condições de vida e saúde do proletariado; nas questões sociais,

possíveis revoltas dos trabalhadores, decorrentes dessas condições de vida, punham em perigo a ordem instituída.

As iniciativas para resolver esses problemas não poderiam partir dos empresários individuais. O que fizessem se voltaria contra eles: elevando os gastos com a força de trabalho, seus lucros seriam menores, o que implicava, por força da competição, em possível expulsão do mercado. Restava ao Estado tomar as medidas que garantissem a força de trabalho e protegessem a parcela mais fraca dessa força, as crianças e as mulheres.

Nesse contexto, os serviços de saúde passaram a ter um outro papel, o de garantir a reprodução da capacidade de trabalho, com o que, embora não diretamente incluídos no processo de produção, nele desempenham cruciais funções de controle. Conforme foram sendo institucionalizados, os serviços de saúde colaboraram para criar, nas condições urbano-industriais, uma forma *“de vida que combinasse pobreza e asseio, higiene e temperança.”* (SINGER & outros, 1978:23)

A institucionalização completa dos serviços de saúde só ocorre a partir do final do século passado, quando o cuidado à saúde passou a ser monopólio de um tipo de profissional, o médico, e quando a medicina universitária se tornou acessível à massa da população. Ao médico e à medicina oficial cabem a autoridade de cuidar da saúde.

Segundo SINGER & outros (1978), serviços de saúde (SS), propriamente ditos, são aqueles *“que tratam de exercício legitimado da medicina, da odontologia e outras atividades cujo fim explícito é preservar ou restaurar a saúde da população”*(p.9). Tais serviços, historicamente construídos, têm uma identidade que lhes dá 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, tudo isto com uma unidade interna que lhe 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.

As contradições resultam da dinâmica social e marcam as relações de classe. Os dominantes não as vêem como tal (contradições), logo, não apreendem a totalidade e, por isso, as transformam em *“problemas”*, que precisam ser resolvidos pelos serviços de controle.

Por eles se restabelecerá a harmonia (ordem) social. Criado o problema, este passa a constituir-se em demanda de outro serviço (ou de outros serviços), que se ocupará – como especializado que é – de apenas um aspecto do “problema”. A questão estrutural, os determinantes das contradições, ou melhor, do “problema”, permanecem intocados porque não interessa evidenciá-los.

Como explica BASAGLIA(1986:79),

“O que importa é descobrir rapidamente o diferente e isolá-lo para confirmar que não somos nós (os sadios, os normais, os bons cidadãos), isto é, a estrutura de nossa organização social, que produzimos contradições. É sempre o outro, o estrangeiro, o corruptor, as ‘más companhias’ os que produzem o contágio, contágio que deve ser prevenido e neutralizado para proteger a coerência da norma, ou seja, os parâmetros que definem a ordem moral e pública.”

O sistema capitalista, ao produzir um aumento de contradições, produz um aumento de inaptações à norma. O controle dessas inaptações realiza-se não mais só através de instituições que segregam e violentam, mas por forma 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. Este novo tipo de controle da inaptação leva à criação de problemas e necessidades artificiais, logo, estranhos à realidade. As respostas que lhes são dadas desviam a atenção dos problemas e necessidades reais. (BASAGLIA, 1986)

Exemplo apresentado por SINGER & outros (1978) ilustra como se produzem, de um lado, os problemas e, de outro lado, a necessidade “objetiva” de resolvê-los: condenado pela opinião pública, o uso da maconha torna-se um problema, que é preciso controlar. Acionados, os serviços de controle alargam suas atividades, posto esse novo problema apresentar-se-lhes como demanda adicional às suas atividades. Como um problema policial ou como um problema de saúde, isto é, setorialmente enquadrado, o uso da maconha passa a requerer a ampliação das atividades dos serviços policiais, jurídicos, carcerários ou dos serviços de saúde.

Entretanto,

“se deseja-se encarar de verdade o problema da marginalização e da inaptação, deve-se estudá-las em relação à estrutura social, à divisão antinatural sobre a qual tal estrutura se apóia e não como

fenômenos isolados, simples anomalias individuais das quais certa porcentagem da população tem a desgraça de ser sujeito.”
(BASAGLIA, 1986: 90)

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

Instância disciplinadora⁶⁷ 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 competência de que dispõe para transmitir conhecimentos, 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 “*à margem*” do grupo que consegue avançar nas lições, no saber. É *inadaptada*.

A não aprendizagem, ao (supostamente) frustrar a tarefa essencial da escola, perturbando-lhe a ordem pedagógica, deve ter uma solução, deve ser controlada. Se a instituição 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. A *Saúde Escolar*, com todo o seu aparato, é ampliação dos serviços de controle exercido pela medicina.

Nas escolas da Rede Municipal de Ensino (REME) de Campo Grande/MS, o discurso da *Saúde Escolar*, como vimos vendo ao longo deste estudo, tem procurado exercer sua função de normatizar/controlar a saúde das crianças, atendendo à demanda da não-aprendizagem escolar.

Embora com resultados nulos ou inexpressivos, sua ação espalha-se para além do espaço escolar, entrando pelo sistema de saúde, através de um *Posto de Saúde*

⁶⁷Com essa função, a escola constitui-se em um dos aparelhos ideológicos do Estado. Todavia, face aos avanços e expansão dos meios de comunicação de massa, entendendo não poder atribuir-lhe, hoje (anos 90), o lugar privilegiado de inculcação ideológica que, no passado, já foi seu.

especializado, o Centro de Reeducação do Menor (CRM), e integrando a paisagem interna de um órgão central do sistema educacional, a Secretaria de Educação, pelo atendimento que faz uma de suas divisões, a Coordenadoria de Apoio ao Estudante (CAE).

As falas dos entrevistados, as notícias de jornais e documentos, a observação direta da rotina desses espaços revelam a existência de uma programação compulsória de cuidados à saúde das crianças da REME: salvo nos casos de vacinação, as crianças em idade escolar que nunca entraram na escola ou que dela saíram, precocemente ou ao término do 1º grau, estão excluídas da sofisticada e permanente atenção que constitui o cardápio da *Saúde Escolar*.

Relacionando aprendizagem escolar com estado de saúde, a *Saúde Escolar*, em Campo Grande/MS, declara fazer levantamento epidemiológico, exames clínico geral, especiais (oftalmológico, auditivo, etc), atendimento psicológico e ensino de saúde, ações estas que encarnam atividades de controle, e que, naquela cidade, utilizam-se, como instrumentos de registro, de fichas, estatísticas e relatórios.

Já o Programa *Saúde Nota Dez*, com seu esquema de mutirão, fazia,

“o fechamento da escola: os médicos vinham, examinavam as crianças, completavam as fichas, faziam o levantamento das fichas e de todas as doenças que apresentavam.” (V, ex-diretora do CRM)

Como forma de visualizar as condições de saúde bucal, o Programa fazia levantamento epidemiológico de cárie dental das crianças: quantos seriam os dentes cariados, os perdidos, os obturados (CPOD)⁶⁸, tudo registrado em fichas.

Com a criação do CRM e a instalação de consultórios odontológicos nas escolas, controle epidemiológico e tratamento para ali passaram como rotina a que se atribui importância: *“é de suma importância manter o serviço odontológico na escola porque aqui você consegue controlar a criança.”* (C, dentista)

Para controle e orientação do seu trabalho, os dentistas disseram manter atualizado um arquivo de dados sobre as crianças:

⁶⁸Os fatores que compõem o índice CPO-D são quatro: dentes “cariados”(C), dentes “extraídos” (E), dentes com “extração indicada” (Ei) e dentes “obturados” (O). A inicial D, que vem ao final, significa “Dente”, para diferenciar do índice CPO-S, que estuda as superfícies dentárias. (Ministério da Saúde, 1996: 21)

“Existe um fichário no qual é anotado o que é feito, a intervenção, a data. Esse fichário fica na escola até que a criança saia da escola ou até a 5ª, 6ª série.” (C, dentista)

As fichas são mantidas em arquivos, na escola, também pelo serviço de orientação educacional e pelos serviços médicos. Dessas fichas, umas são distribuídas pela Secretaria de Saúde (A, orientadora educacional), outras criadas por aquele serviço. Nas primeiras são anotados dados biométricos (altura e peso), dados coletados pelos exames médicos; nas segundas, informações sobre a família e a criança – *“nascimento, amamentação, etc”*, colhidas em (mais uma vez a surpresa da presença!) *“entrevista com as mães.”* (idem)

Da mesma forma, o CRM dispõe, para acompanhamento, de fichário com informações – fornecidas também pela escola, *“tiramos tudo da escola”* (V, ex-diretora do CRM) – sendo esse Centro *“como uma central de dados sobre a saúde dos escolares da cidade.”*(idem)

Enfatizando a necessidade de acompanhamento, ex-diretora do CRM diz:

“O médico fala: ‘olha, daqui a seis meses, volta, para fazer uma consulta. Por enquanto, não tem nada que justifique, que preocupe, mas volta para uma consulta’.” (entrevista V)

Disseram os dentistas que, a partir das fichas, são elaborados relatórios e estatísticas, mensalmente encaminhados à *Secretaria Municipal de Saúde*.

Nenhum dos entrevistados fez qualquer referência ao uso desses dados por aquela Secretaria nem, tampouco, da utilização de relatórios e estatísticas para uso dos próprios profissionais da saúde ou da educação. São instrumentos que contêm informações não trabalhadas, o que poderia ser feito para buscar benefícios às próprias crianças ou para contribuir na formação crítica dos profissionais que com elas estão todos os dias. Como se vê, de necessidades artificialmente criadas e solucionadas não se pode esperar outra finalidade que não a de, como simples burocracia, mascarar um controle que não existe.

Entretanto, um outro discurso, fundado nas condições concretas de vida e na perspectiva de uma outra ordem social, poderia/pode expressar um outro controle, este, sim,

feito pela participação solidária dos homens, de todos os homens, enfim reconhecendo-se como singularidade e, ao mesmo tempo, como coletividade.

Que esse tempo esteja sendo tecido. Enquanto ele não chega, voltamos ao que existe hoje.

Aquela mesma forma de controle aparece no atendimento psicológico que o discurso presta às crianças.

Sendo insuficiente o número de psicólogos para atender a todas as crianças que necessitassem de sua atenção, esta não se dá. Além disso, não houve, nas falas dos entrevistados, a revelação de problemas graves. O mencionado foram *“falta de interesse”* (L, orientadora educacional) e *“atrito com as normas da escola”* (A, orientadora educacional), dois aspectos de indisciplina escolar, um no campo do pedagógico, outro no da ordem instituída. Para ambos diz-se oferecer a mesma forma de controle: atendimento feito pelo psicólogo – que não ocorre, ou ocorre eventualmente, posto haver apenas um psicólogo para uma escola inteira; como mencionei em páginas anteriores e, ainda assim, sob vigilância de raras assistentes sociais,

“Eles vão direitinho, seguem porque tem a assistente social que fica de vigia. Ela procura a psicóloga para saber se o aluno está vindo. Se ele começou a faltar, ela procura a gente. Aí, entro em contato com esse aluno.” (N, orientadora educacional)

Também com o ensino de hábitos higiênicos, a saúde, com a concorrência da educação, busca enquadrar as crianças nas regras que, acreditam, lhes darão saúde, condição para aprender.

Ensinar é importante porque:

“Você dá oportunidade a essas crianças pra elas saberem como viver(...) Porque não é uma medicina curativa que vai resolver o problema dessas crianças. Se eu ensinar para ela que, desde cedo, ela vai ter um atendimento desses, quando ela for adulta, vai saber que isso daqui é viável. Então, a questão da Saúde Escolar é que você, a longo prazo, faz uma medicina preventiva(...) A gente tem que falar para criança para a mãe cuidar (...) tem que dizer para cortar o cabelo, essas coisas.” (V. ex-diretora do CRM)

As formas predominantes de ensino são a orientação, a conversa, a palestra, às vezes ilustradas por cartazes; a cargo de diferentes profissionais, na escola:

“A gente procura orientar para ver se ele começa, desde pequenino, a moldar um pouco esse hábito de higiene.”(N, orientadora educacional)

“Embora as vacinas não sejam trabalhadas a nível de sala de aula, as atividades de escovação, flúor e merenda são aproveitadas nos conteúdos de sala de aula.” (H, professora)

“Há umas duas semanas nós fizemos uma palestra de AIDS.”(entrevista D, dentista)

“Na parte de alimentação, nós conversamos. [Os alunos] não têm conhecimento, não têm dinheiro e muito acomodados. Eles se alimentam, antes de vir para a escola, com uma água(...) Nós sugerimos plantar, usar erva cidreira – porque têm um quintal em casa – para fazer um chá. Quer dizer, além de não ter dinheiro, têm aquela acomodação que é própria do brasileiro.”(O, supervisora)

“A Secretaria Municipal de Saúde faz palestras (...) trazem quadrinho, trazem dente (...) A Secretaria de Saúde tem um material muito bom para dar palestra.” (B, dentista)

Questões ligadas a higiene, a sexualidade, a primeiros socorros, a doenças dos sistemas respiratório e digestivo, a cuidados com a água e o ar, a medidas preventivas para certas doenças são assuntos que os professores colocam como pauta para o ensino de saúde (I e J, professores). Além do que fazem os professores, há iniciativas de confecção e divulgação de cartazes, de que se encarregam orientadores e supervisores educacionais.

Essas lições atravessam os anos da história da *Saúde Escolar*. Como exemplo, seguindo os “bons hábitos” definidos pelo Comitê de Educação Higiênica do Conselho Nacional Americano (LIMA, 1985), os Pelotões de Saúde, criados em escolas brasileiras, deveriam, como critica SILVA (1991:18-19), portar-se pelo seguinte código de “*hábitos sadios*”:

- “1. Hoje escovei os dentes;
2. Hoje tomei banho;
3. Hoje fui à latrina e depois lavei as mãos com sabão;
4. Ontem me deitei cedo e dormi com as janelas abertas;
5. De ontem para hoje já bebi mais de quatro copos de água;
6. Ontem comi ervas ou frutas, e bebi leite;
7. Ontem mastiguei devagar tudo quanto comi;
8. Ontem e hoje andei sempre limpo;
9. Ontem e hoje não tive medo;
10. Ontem e hoje não menti.”

É fácil observar que as falas e os códigos de saúde ignoram completamente as condições de vida das crianças que frequentam a escola pública, revelando a distância que há entre os profissionais e seus educandos. Destes esperam aqueles que, tendo aprendido na escola “*como viver*”, possam lutar, no futuro, por um bom atendimento médico; que saibam que chá de ervas alimenta; que entendam que sua mãe não sabe cuidar de sua higiene. Ademais, como são preconceituosas as soluções sugeridas! É preciso contrapor outras falas a essas que dizem que pais pobres não olham por seus filhos, que brasileiro é acomodado, que hábitos de higiene dispensam condições materiais de vida que os tornem exequíveis.

Como diz SUCUPIRA (1985), coincidentemente, é a criança que fracassa na escola a mesma que não tem acesso a livros e a outros bens culturais. É a mesma que não tem acesso à alimentação suficiente, à moradia com um mínimo de conforto, ao lazer, etc usufruídos pelas crianças ricas.

Também em Campo Grande/MS – por que seria diferente, se o discurso da *Saúde Escolar* é um só? –, como dizem COLLARES & MOYSÉS (1989), o ensino de saúde “*serve para a domesticação da população*”(p.86), já que desconsidera e desrespeita os hábitos das crianças e de seus pais e ignora a inserção social desses pais e seu filhos.

Para resolver o problema do “desajustado” em higiene, aprendizagem escolar e saúde, mobiliza-se um contingente grande de profissionais de duas áreas para atender a uma demanda imaginária, não importando se as crianças a quem se aplicam aquele rótulo integrem percentagem da população, não desgraçadamente sujeito de sua sorte, mas vítima da divisão antinatural em que se funda a estrutura social.

CAPÍTULO VIII
O DISCURSO DO SABER DA SAÚDE ESCOLAR
COMO INSTRUMENTO DO PODER

*Ai, PALAVRAS, ai, palavras,
que estranha potência, a vossa !
Ai, palavras, ai, palavras,
sois de vento, ides no vento,
no vento que não retorna,
e em tão rápida existência,
tudo se forma e transforma !
(...)
A liberdade das almas,
ai ! com letras se elabora ...
E dos venenos humanos
sois a mais fina retorta:
frágil, frágil como vidro
e mais que o aço poderosa !
(...)
Ai, palavras, ai, palavras,
leis pela estrada afora,
erguendo asas muito incertas,
entre verdade e galhofa,
desejos do tempo inquieto,
promessa que o mundo sofra ...*

Cecília Meireles

O discurso da medicina, ao constituir-se como saber científico, constituiu-se como poder, cujas legitimidade e legalidade têm sua origem no reconhecimento, aceitação e hegemonia daquele saber. Diante da cientificidade do saber médico, calaram-se ou passaram a plano secundário, a ele se subordinando, os discursos da medicina popular. A prática médica familiar, como aponta BOLTANSKY(1989: 22-24),

“é essencialmente imitativa, contentando-se as mães, de maneira geral, em reproduzir os gestos e as palavras do médico, ou melhor, entre esses, os gestos que lhes são perceptíveis, e as palavras que podem identificar e memorizar. Essencialmente, é do médico que as mães recebem os nomes dos remédios e os nomes de doenças que constituem o conhecimento, todo feito de palavras, que é o delas. (...) As mulheres que ainda hoje sabem preparar remédios são raras. Encontram-se ainda entre os camponeses, sim, mas também entre as filhas de agricultores imigrados para a cidades.”

O discurso da Saúde Escolar, como integrante do discurso médico, faz-se, também, poder e como tal aparece em promessas as mais diversas, como venho discutindo.

Além das formas que nelas assume, apresenta-se, ainda, como poder sob 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 – como, de resto, onde quer que se tenha instalado – 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.

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”*(MOYSES, 1998:306). Nova, mas carregando vestígios das que a precederam, como revela a evolução das formas de controle e punição, segundo análise realizada por FOUCAULT(idem).

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 vão sendo alterados: o

castigo já não é aplicado publicamente e o objeto da punição é deslocado do corpo para o espírito. Evita-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” (idem, p. 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, infligimos não creiais que consista em punir; o essencial é procurar corrigir, reeducar, ‘curar’.” (ibidem, p.15)

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”. Esta tarefa passa a exigir um corpo de especialistas, ao qual BASAGLIA (1986), falando sobre as contribuições da ciência, e abordando, em particular, a psiquiatria, assim se refere:

“Aquele que entra nesta instituição não assume o papel de doente e sim o de internado, que deve expiar uma culpa da qual não conhece as características nem a sentença, nem a duração de sua expiação. Há médicos, aventais brancos, enfermeiros e enfermeiras, como se se tratasse de um hospital, mas na realidade se trata somente de um lugar de custódia, onde a ideologia médica é um alibi para a legalização de uma violência, que nenhuma organização está destinada a controlar, já que a delegação feita ao psiquiatra é total no sentido de que a técnica encarna concretamente a ciência, a moral e os valores do grupo social do qual ele é, na instituição, o delegado representante.” (p. 73-74)

Antes que o discurso médico científico se instituisse como hegemônico, diferentes cuidados e tarefas da vida em grupo estavam a cargo de pessoas do próprio grupo, sem preparos específicos para desempenhá-los: parteiras “curiosas” e mulheres mais experientes cuidavam das mães e das crianças recém-nascidas e pequenas, instruindo, também, as jovens mães no que fosse necessário; os mais velhos orientavam os mais jovens nos assuntos sexuais e de reprodução humana; os mais moços incumbiam-se de olhar pelos parentes velhos quando estes já não podiam mais trabalhar (SINGER & outros, 1978).

Com a institucionalização da superioridade do conhecimento médico científico como poder que apenas um grupo maneja, os membros da sociedade e, em especial,

os membros das classes 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, logo, seu poder.

“A história da medicina, pelo menos há um século, é a história de uma luta contra os preconceitos médicos do público e, mais especialmente, das classes baixas, contra as práticas médicas populares, com o fim de reforçar a autoridade do médico, de lhe conferir o monopólio dos atos médicos e colocar sob sua jurisdição novos campos abandonados até então ao arbítrio individual, tais como a criação dos recém-nascidos ou a alimentação.” (BOLTANSKY, 1989: 14)

Segundo FOUCAULT (1979), o poder, *“rede positiva que atravessa todo o corpo social”* (p.8), desenvolveu-se, a partir dos séculos XVII e XVIII, não só como aparelhos de Estado (exército, polícia, administração local), mas instalou-se como *“o que se poderia chamar de uma nova ‘economia’ do poder”* (idem): técnicas novas que permitem a circulação contínua dos efeitos de poder. Por essa circulação, ele se mantém e é aceito, e o faz não por sua força repressiva, mas porque *“produz coisas, induz ao prazer, forma saber, produz discurso”* (ibidem).

Em qualquer sociedade, há muitas e variadas relações de poder, que só podem existir porque estão apoiados em discursos que foram produzidos, acumulados, divulgados e que estão em funcionamento, como verdade. Nenhum poder se exerce sem um discurso de verdade.

Como diz FOUCAULT (1979:180),

“Afim, somos julgados, condenados, classificados, obrigados a desempenhar tarefas e destinados a um certo modo de viver ou morrer em função dos discursos verdadeiros que trazem consigo efeitos específicos de poder.”

É o discurso da verdade médica, sob a forma de Saúde Escolar a cargo dos especialistas e dos serviços de saúde que, tal como aparece no estudo empírico, submete os profissionais da educação à sua verdade e às suas ordens.

Professores, supervisores e orientadores educacionais são meros auxiliares da equipe de saúde. Vejamos um pouco como isto se dá.

Hoje, como desde a final do século passado, a escola não é chamada a participar do trabalho em saúde, sequer em seu aspecto educativo, função que tem sido sua. Restam-lhe apenas duas tarefas: convidar a comunidade a comparecer e deixar livre o local nos dias marcados pela equipe da saúde.

“Os professores não participam. Já vem da Saúde. Eles mandam o pessoal. A Saúde veio vacinar (...) Acho que era a tríplice.”(H, professora)

“A escola só dá o local. Nunca participa.”(L, orientador educacional)

A forma com que ocupa o espaço físico da escola é a mesma com que a Saúde Escolar se utiliza do tempo, dos corações e das mentes dos educadores por profissão que, dóceis ou rebeldes, lá estão como participantes de segundo escalão.

“Para o bochecho eu vou junto com a assistente de dentista. Eu estando junto, chega a ser mais rápido, participando com eles.”(G, professor)

“Do bochecho elas [professoras] não gostam porque são elas que fazem, na sala de aula, (...), porque quem tinha que fazer era o dentista. Agora, veio a escovação e foi aquela briga pra aceitar porque elas não gostam de fazer (...) porque é nojento, porque perde muito tempo (...) Porque sai para escovar, sai para Educação Física, perde todo esse tempo.” (K, supervisora)

Atento às atividades de professores e de outros educadores, o discurso da Saúde não deixa de analisá-los:

“Os professores parecem que não dão assim muita importância. Acham que é muito trabalho (...) acham que isso tem que vir de casa. Eles mandam escovar, orientam na escovação, mas não gostam, não. Acham que atrapalha a aula e que não adianta porque já vêm de casa sem escovar (...) Escola não é para dar aula? [pergunta], mas tem duas ou três que cooperam.”(B, dentista)

“A professora brigou, não escovava, inclusive devolveu todas as escovas ao consultório odontológico.”(C, dentista)

“O flúor faz na sala, mas a escovação já é um pouco mais difícil porque eles estão começando agora. Então até eles [professores] pegarem o ritmo (...) Tem alguns que não gostam disso, mas entenderam que não é porque não gostam que vão deixar de fazer (...) No fundo, é para o bem da criança (...), é uma vez por semana só.”(E, dentista)

Ocupando um espaço ampliado dos serviços de saúde, para uma demanda artificialmente criada, os profissionais da saúde mostram-se desatentos à fala (e ao que ela tem de implícito) dos educadores, afinal, mão-de-obra barata para os serviços que a saúde lhes determina.

As reclamações da saúde datam da época do *Saúde Nota Dez*. Segundo ex-diretora do CRM, embora solicitassem a presença dos profissionais de saúde na escola, para resolver problemas de doença das crianças, os professores não prestavam a colaboração desejada:

“Quando você quer resolver um coisa tem que ajudar também. Só que não era assim. Nós entrávamos e eles saíam. Eles não davam apoio, aquele apoio que a gente queria, quer dizer, enquanto o médico está atendendo, a professora vai fazendo a fichinha dos alunos, porque ela está ajudando, ela está adiantando serviço. A gente entra na escola para fazer exame de acuidade visual de uma sala de aula, ela sai da sala, vai tomar café e deixa a bagunça toda (...) porque há gente da saúde que não sabe se impor, até por ser uma pessoa estranha (...) A professora precisava ficar ali para ver que estávamos fazendo um trabalho sério. Não bastava à Secretaria de Educação entrar só com as escolas.”(entrevista V)

A ajuda de que necessitava a saúde, para aquele Programa, não se referia apenas a questões de disciplina. Os profissionais da saúde esperavam que a educação colaborasse, também, no preenchimento das “fichas de saúde das crianças.” Era difícil convencer diretores e professores da importância dessa ficha, necessária, segundo aqueles profissionais, ao acompanhamento, ano após ano, do estado de saúde de cada criança. Como a Secretaria Municipal de Saúde intencionava incluir o exame biométrico para a Educação Física *“como parte do exame geral”*, necessitava da participação do professor dessa disciplina que, entretanto,

“nunca anotava naquela ficha os dados que a gente tinha. Ele tinha uma fichinha dele, que a Educação mandava. Nós tínhamos que convencer a diretora, os professores, os professores de Educação Física, a secretária, da necessidade daquilo que se estava pedindo.”
(entrevista V)

É interessante notar a solicitação da colaboração do professor para as funções subalternas de cuidar da disciplina e de preencher fichas. Por que o médico não preenchia as fichas? Por que não sabia conviver com a indisciplina das crianças, se estava ali, justamente, para cuidar da saúde de crianças?

Mais que tudo, é necessário apontar para a insistência da (falsa) obrigação da escola cuidar da saúde, atribuindo-se funções que são dos serviços de saúde. Nos Posto de Saúde já existe toda uma estrutura montada, inclusive com a definição de quem deve preencher fichas.

Apesar de essas fichas não servirem ao acompanhamento do estado de saúde das crianças – porque este existia apenas nas intenções do discurso – o professor precisaria obedecer. Para tanto, a fala da ciência médica, sutilmente, o convencia, apesar de resistências, como revela esta outra voz oficial:

“É um negócio impressionante! Você chegava na escola e as professoras começavam a reclamar – ‘nossa função não é ficar fazendo o bochecho(...)’ Algumas escolas faziam isso até com certa vontade. O restante era uma loucura! Para você envolver o pessoal da educação com a saúde era muito difícil. O pessoal da cúpula dizia ‘ah, vamos fazer’, aplaudia, ‘podem ficar à vontade’. Mas, uma iniciativa, um ‘vamos pegar, vamos arregaçar as mangas, vamos conversar’, não. Ficava tudo por nossa conta: conversar, envolver as professoras, as diretoras da escola – ficou tudo por conta da Secretaria de Saúde. Achavam era só para ensinar. Era aquela coisa meio isolada, não se devia fazer mais nada. Uma visão extremamente monolítica, isolacionista (...) Era uma resistência oficiosa, já que ninguém [vinha] combater no campo das idéias (...) Você acha que o pessoal ia fazer e chega lá e vê ‘mas vocês não fizeram?’ ‘Não, não, sabe o que acontece?’ e tal. ‘Pode ser nesse sábado?’ ‘Não nesse sábado não vai dar’, porque é aniversário do vizinho, do sobrinho’(...) Não tinha, como hoje a gente percebe, uma política de integração com a comunidade – a escola aberta sábado, domingo, à noite.” (X, ex-secretário de saúde)

Esta fala é exemplar do ideário de poder e de controle da Saúde sobre o pessoal da Educação. Mas, pergunto, escola não é mesmo para ensinar? Por que não sentavam e discutiam o que fazer, como pensar e realizar um entrosamento de pares, cada um dando a possível colaboração, segundo seus conhecimentos, para repensar a saúde e a educação das crianças, a partir da consideração de sua inserção social?

Não há entrosamento entre os profissionais da educação e da saúde. Orientadores e supervisores educacionais e professores não têm contato com médicos, dentistas ou outros profissionais da saúde (A, orientadora educacional; O supervisora; G, professor). O que existe aparece nestas falas: *“É assim, de conversar, é mais um contato social que de trabalho.”* (D, dentista)

“Contato só com algumas. Antigamente, tinha uma professora (...) que me ajudava bastante. Era professora de Programa de Saúde. Não há trabalho de equipe em saúde, na escola.” (B, dentista)

“É isto [entrosamento] que está faltando mais para poder transformar melhor o serviço de saúde na escola.” (O, supervisora)

O que aparece é, como no caso da segunda fala, “entrosamento” que situa o professor como auxiliar do trabalho do dentista. Esta tem sido, aliás, a marca da busca de entrosamento, realizada pela Saúde, como se nota também nesta fala, que convida à educação a participação da Educação:

“Quando fiz o projeto do CRM, fui à Secretaria de Educação, mostrei o projeto a X”, e falei ‘faça a revisão que quiser’. E X respondeu que não lhe interessava porque tinha a intenção de montar outro e este posto ‘fica muito longe’ etc. [Respondi] ‘tudo bem, nós vamos continuar com o nosso trabalho’, que o que pretendíamos era fazer um atendimento psico-pedagógico.” (V, ex-diretora do CRM)

Fica claro, pela voz da Educação, a briga que se estava estabelecendo por espaços de poder: a Secretaria Municipal de Educação fugia da integração com a Secretaria Municipal de Saúde porque, também ela, disputava sua fatia de poder nessa área passível de visibilidade e prestígio. Ainda que existissem os serviços de saúde, a SEMED teimava em impor-se como prestadora de serviços à saúde, como já vimos em páginas anteriores.

Durante algum tempo, esse desejo da Secretaria Municipal de Educação esbarrou com a resistência dos próprios educadores. Nos anos 80, segundo ex-coordenador da CAE, quando a SEMED tentou implantar um trabalho em saúde para os escolares, encontrou dificuldades: *“a diretoria, os professores não estavam bem preparados”* (entrevista T). Para persuadi-los, – afinal, e o poder da palavra verdadeira? – a Secretaria passou a tratar do assunto em reuniões, nas escolas, quebrando, aos poucos, as resistências ao trabalho em saúde da SEMED.

Com o aval dos profissionais da educação, ainda que como mão-de-obra gratuita, e apesar dos protestos de alguns, o discurso da Saúde Escolar está instalado na escola, medicalizando a questão de ensinar e aprender. Como médicos e dentistas, os professores e outros profissionais acreditam que tal presença é uma necessidade e um direito das crianças.

Como a palavra, o discurso da verdade da Medicina para a Educação:

“Mas eu acho que você não pode separar, tem que conhecer um pouco do organismo inteiro(...) se a saúde tem que mexer com a criança, tem que mexer no ambiente onde ela está a maior parte do tempo – e está junto da professora. E a professora tem que conhecer muito a criança porque ela passa o ano inteiro com ela: no mínimo, 4 horas por dia, todos os dias, o ano inteiro (...) Quanto mais se puder entrosar Educação e Saúde (...) é uma forma de poder trabalhar melhor com a criança(...) A Saúde e a Educação não podem trabalhar em separado. De jeito nenhum.” (V, ex-diretora do CRM)

Embora numa perspectiva, aparentemente, mais social que de articulação científica e profissional, o sonho de estarem entrosadas saúde e educação teria sido realizado, em muitos casos, quando da execução do *Saúde Nota Dez*:

*“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.”* (X, ex-secretário de saúde)

Esse *happening* a que se refere o entrevistado poderia caracterizar, também, as atividades, noticiadas por jornais, 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 – ocupantes

do poder ou candidatos a ocupá-lo, 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, reafirmando ou informando sobre suas realizações administrativas e preparando sua continuidade, estivessem, ou não, os políticos, 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.

O uso do discurso da saúde como expediente de política eleitoral aparece claro no SALVE, como esta fala traduz:

“Tinha manhã que o próprio prefeito ia, cedinho, para ver se estava tudo bem. Ia também no noturno: ‘Vamos lá ver se o médico está trabalhando’. Chegava às 7 horas da manhã. [Se] não tinha ninguém, ele perguntava: ‘Cadê o médico? Cadê o dentista?’ (...) Ele chegava de madrugada, tinha aquela turma do turno noturno, ele ia lá levar café com leite.” (U, ex-coordenador do SALVE)

Os jornais da época são veículos que, com frequência, divulgam os feitos dos políticos:

“‘Cada povo tem o governo que merece’, desde que saiba escolher. E desta vez o campograndense realmente soube escolher, conduzindo à chefia do Executivo um jovem dinâmico, forjado nas durezas da vida e na escola de trabalho de Pedro Pedrossian, que se notabilizou pela arrancada de Mato Grosso rumo ao desenvolvimento, num processo idêntico, hoje seguido por Campo Grande.” (Correio do Estado, 31/1/76)

Esse mesmo tom de exaltação e ufanismo, com que a matéria do jornal se refere aos governantes, está presente quando, em sequência, faz elenco de obras realizadas nos três anos de governo: pavimentação de ruas; construção de galerias pluviais, construção de meio fio, redes de água e esgotos, pontes, viadutos e obras urbanas; construção de “várias

escolas, conhecidas como UME – Unidade Municipal de Ensino” (idem), as quais, entre suas dependências, dispunham de área para

“atendimento total do Projeto SALVE que atendeu 7.000 crianças no ano de sua instituição – 1975 – e atenderá 15.000 neste ano escolar que se inicia, oferecendo aos pequenos campograndenses atendimento médico-odontológico, alimentação, uniforme.” (ibidem)

O caráter messiânico do projeto manifesta-se neste trecho que aquele número de jornal publica:

“O panorama municipal, em princípios de 1973, era dos mais desoladores e, numa análise bastante simples e pouco trabalhosa, chegou-se à conclusão que o povo vivia martirizado e ameaçado: faltavam-lhe boas condições para chegar até suas casas, e iniciou-se um projeto de pavimentação(...) viu-se que as crianças necessitavam de maior carinho e atendimento médico-sanitário, e criou-se o Projeto SALVE.”

Para dar carinho às crianças , não foram poupados esforços de divulgação, chamando à atenção, por seu tom paternalista e apelativo, esta matéria, de página inteira, publicada em o Correio do Estado de 16/5/75:



PARA ELES TODO O NOSSO AMOR

Quer na zona rural, quer na zona urbana de Campo Grande, estamos a partir de hoje prestando mais assistência aos nossos pequenos estudantes, que representam o futuro do Brasil. Foi com muito amor, acima de tudo, que realizamos o Projeto SALVE, que visa oferecer às nossas crianças mais humildes tudo o que pudermos para garantir-lhes o saber, a saúde e a certeza de uma meta segura daqui por diante. O Projeto SALVE é somente para quem precisa dele, para aqueles que daqui há alguns anos também estarão trabalhando pelo desenvolvimento de Campo Grande e da nossa Pátria.

Para toda a administração municipal que participou da elaboração do Projeto SALVE, este é um dia de festa e de alegria. E ainda nos dá um pouco de tristeza sabermos que o muito que estamos fazendo ainda é pouco. Mas o SALVE vai tomar corpo, vai crescer e cada vez mais proporá maiores benefícios aos nossos pequenos estudantes. Apenas o sorriso das crianças será a nossa recompensa. E já é muito, pois todo o nosso empenho foi para oferecer-lhes um pouco mais daquilo que a elas devemos. Estamos investindo num futuro certo e tranquilo, de paz e prosperidade para a Nação.

PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE
"O MOMENTO É DE TRABALHO"

O prefeito afirmava que o candidato por ele apoiado deveria seguir sua filosofia de governo, segundo matéria publicada em o *Correio do Estado* (13/07/76), que transcreve fala do então prefeito:

“O futuro prefeito não poderá mais apenas encascalhar; o povo não quer mais saber disso e deseja, hoje, só asfalto. Estamos com um ritmo de trabalho que encaramos como uma filosofia mudada. O Projeto SALVE, por exemplo, que tanto beneficiou nossas crianças, é algo irreversível e não poderá ficar esquecido ou abandonado.”

No trabalho de educar as crianças das escolas públicas municipais, em especial, e a comunidade, em geral, o prefeito criador do SALVE tinha uma aliada poderosa, a diretora da escola:

“Nessa época, o [Prefeito] escolhia bem as suas diretoras. Não para política(...) As diretoras tinham essa missão de modificar a mentalidade da comunidade. Para modificar a mentalidade do povo(...) precisava-se da diretora. Então, a escolha da diretora era intencional para poder desenvolver um trabalho com a comunidade. E isto era um projeto pesado, forte, na administração.”(U, ex-coordenadora do SALVE)

Subordinada – e obediente – a diretora servia às intenções do projeto político, primeiro, como veiculadora e, em seguida, como protetora dessas intenções. Era cabo eleitoral desse projeto, sem ônus adicional ao governante, logo, era, de fato, mão-de-obra não remunerada.

O lugar central da diretora, como intermediária entre a prefeitura e a população, para facilitar a realização de projetos políticos – no caso deste estudo, os projetos do setor saúde, foi reconhecido também no *Saúde Nota Dez*:

“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.” (X, ex-secretário de saúde)

Em 1996, ao disputar a Prefeitura de Campo Grande/MS, o prefeito idealizador do SALVE ainda o utilizou como instrumento de campanha, o mesmo fazendo outras personalidades públicas que se haviam envolvido com o programa.

Ex-secretário de saúde ao tempo do SALVE não o deixou de mencionar quando se lançou, como vice-prefeito, ao executivo municipal. É o que noticia o Correio do Estado, de 20/8/76: “(...) equipou duas unidades da Rede Municipal de Ensino com gabinetes médico-odontológicos. (...) Pelo Projeto SALVE, cerca de 15 mil crianças receberam atendimento em caráter permanente.”

Chapa vencedora, esse candidato ficou pouco tempo no cargo, por renúncia do prefeito, sendo eleito, posteriormente (1979-1983) deputado estadual (Campo Grande, 1997).

Além desses cargos políticos, foram eleitos sete vereadores, “*aproveitando-se do SALVE*”, segundo me relatou dentista que trabalhou, nos primeiros tempos do projeto, no mencionado esquema de mutirões.

Dentre esses vereadores, havia uma que fora secretária de educação do município à época do SALVE, e a respeito de quem disse ex-coordenadora do projeto, a ele se remetendo: “*Aquilo era um mutirão! Tanto é que (...) quando foi lançada vereadora, ela foi a vereadora mais votada na história de Campo Grande.*” (entrevista U)

A possível contribuição da Saúde Escolar às carreiras de diferentes políticos não foi exclusiva do SALVE. Também os mutirões e o *Saúde Nota Dez* teriam dela se beneficiado.

Como noticiam os jornais da época, os mutirões da saúde contavam com a participação das Secretarias Municipais de Saúde, de Educação, de Promoção Social, de Obras e Serviços Urbanos. Embora nem todas se fizessem presentes em todos os mutirões e algumas (como a de Obras e Serviços Urbanos) participassem apenas da etapa de trabalho que se desenvolvia durante a semana, todas atuavam no programa.

Cada uma em sua competência, essas secretarias segundo os jornais, faziam limpeza de terrenos baldios e lotes vagos⁶⁹, nivelamento de ruas, distribuição de mudas de árvores ornamentais e frutíferas – para serem plantadas nos terrenos das casas dos moradores

⁶⁹ Notícia publicada, por exemplo, no Jornal da Manhã, 30/1/84, 12/4/84.

ou em terrenos baldios⁷⁰, chegando-se, mesmo, a fazer uma horta comunitária⁷¹; faziam distribuição de documentos (carteira de trabalho, e outros)⁷², informavam sobre disponibilidade de empregos e orientavam desempregados⁷³; prestavam esclarecimento sobre o número de vagas nas escolas, realizavam atividades recreativas, em especial para crianças, e jogos variados, coordenados por professores de educação física⁷⁴, promoviam a apresentação de duplas de cantores caipiras, grupos de capoeira, teatro, coral⁷⁵; projetavam filmes educativos, sendo um deles sobre nutrição⁷⁶. Até a banda marcial participou dos mutirões⁷⁷ e o Inamb ensinou técnicas de plantio aos estudantes⁷⁸.

Às atividades de sábado – que incluíam as de saúde – era comum comparecerem autoridades políticas, dentre os quais o governador⁷⁹ e políticos, outros, como senadores e vereadores⁸⁰, inclusive o presidente da Câmara⁸¹ e todo o secretariado e o chefe do gabinete do prefeito⁸².

O governador acima referido, em uma ocasião, falou à imprensa, salientando a necessidade de trabalhos como o que se realizava no mutirão (educação e saúde) “*como maneira de criarmos uma raça forte, e de homens que tenham as decisões necessárias para enfrentarem o futuro*”. (Jornal da Manhã, 15 e 16/4/84)

Um dos prefeitos, segundos os jornais⁸³, esteve presente em vários mutirões. Nessas oportunidades, fazia contato com a população, ouvindo suas reivindicações – na intenção de administrar “*de baixo para cima*” –, dando sugestões ou fazendo pronunciamentos, como este:

⁷⁰Notícia publicada no Jornal da Manhã, 8 e 9/4/83, 20/4/83, 26/2/84, 30/1/84; Diário da Serra 27/6/84.

⁷¹Notícia publicada no Correio do Estado, 23/1/84.

⁷²Notícia publicada no Correio do Estado, 21/5/84; Jornal da Manhã, 26/6/84.

⁷³Notícia publicada no Jornal da Manhã, 20/2/84; Correio do Estado, 21/5/84.

⁷⁴Notícia publicada no Correio do Estado, 21/5/84, 3/7/84; Diário da Serra, 27/6/84; Jornal da Manhã, 30/1/84, 26/6/84, 3/8/84.

⁷⁵Notícia publicada no Correio do Estado, 23/1/84, 21/5/84, Jornal da Manhã 30/1/84, 3/8/84, 21/8/84.

⁷⁶Notícia publicada no Correio do estado, 23/1/84, Jornal da Manhã, 3/8/84.

⁷⁷Notícia publicada no Jornal da Manhã, 30/1/84, 21/8/84.

⁷⁸Notícia publicada no Jornal da Manhã, 29 e 30/4/84.

⁷⁹Notícia publicadas no Jornal da Manhã, 15 e 16/4/84, Correio do Estado, 16/4/84

⁸⁰Notícias publicadas no Correio do Estado, 16/4/84 no Jornal da Manhã, 30/1/84, 10/7/84; Diário da Serra, 12/3/85.

⁸¹Notícia publicada no Jornal da Manhã, 26/6/84; Diário da Serra, 27/6/84.

⁸²Notícia publicada no Jornal da Manhã, 30/1/84, 26/6/84.

⁸³A 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.

“Vamos continuar com estas reuniões, pois a Prefeitura Municipal tem um objetivo comum com todos, que é o de levar a saúde integrada com a educação, permitindo, assim, um acompanhamento mais estreito para cada caso, sabendo das dificuldades pelas quais passa cada criança de nossas vilas e bairros(...) [Estamos] construindo os homens do futuro, e somente com educação em todos os níveis e com uma saúde minuciosamente controlada é que possibilitaremos a que estas crianças venham a se defrontarem com uma nova realidade, esta de paz e tranquilidade para com a própria história do homem na sua caminhada pela terra” (Jornal da Manhã, 15 e 16/4/84).

Um prefeito que conversa, sem intermediação, com a população, ouvindo 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 todas as condições para cumprir o veredito que sobre ele fez ex-secretário de saúde: *“O [Prefeito], até hoje, é imbatível. Até hoje, ninguém ganha dele.”* (entrevista X)

É importante observar como os políticos têm clareza da força das promessas em saúde e educação, duas áreas em que a população pobre é desassistida e cujos segredos ou enigmas ignora, por ignorar as “palavras difíceis” dos médicos e dos professores. Os políticos não desconhecem este fato e, por isso, entendem ser possível “controlar minuciosamente” essa população, dizendo atendê-la naquelas áreas.

Desta forma, a Saúde Escolar, em Campo Grande/MS, se não cumpre as promessas, diariamente renovadas, serve 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 política eleitoral, pois tentam passar a idéia, para a população, de um governo ‘preocupado pelos pobres’ e escamoteiam a questão da superexploração do trabalho. Ocultam dos ‘necessitados’ as causas de sua miséria, através de uma imagem de boa vontade do governo.” (p.19)

A Saúde Escolar, tendo uma visibilidade muito maior que a rede de saúde e, ao contrário desta, exigindo um investimento muito menor, é 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 – fossas sépticas, limpeza de

ruas, distribuição gratuita de alimento, lazer, etc – ao invés de atentar para as suas múltiplas e interligadas carências, que só se resolverão com uma adequada distribuição de renda. É esta que levará à satisfação das necessidades que o homem a si vem colocando na construção de sua história. 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.

À GUIA DE (IN)CONCLUSÕES

Perguntas de um trabalhador que lê

*Quem construiu Tebas de sete portas?
Constam nos livros os nomes dos reis;
terão os reis arrastado os blocos de pedra?
E Babilônia, tantas vezes arrasada
– quem, tantas vezes, a reconstruiu?
Em que edifício da dourada Lima os construtores moravam?
Para onde iam, à noite, os pedreiros, depois de pronta a
Muralha da China?
A grande Roma é cheia de arcos de triunfo. Quem os ergueu?
Sobre quem
triunfavam os césares? Teria a tão decantada Bizâncio
só palácio para os seus habitantes? Até na lendária
Atlântida,
na noite em que pelo mar foi tragada,
os afogados devem ter gritado por seus escravos.
O jovem Alexandre conquistou a Índia
sozinho? César, vencendo os gauleses,
não levaria consigo ao menos um cozinheiro?
Chorou Felipe de Espanha quando a sua esquadra foi
a pique; e ninguém mais terá chorado?*

*A cada página, um grande feito.
Quem cozinhou o banquete?
De dez em dez anos, um grande homem.
Quem pagava as despesas?
Tantas histórias,
quantas perguntas.*

Bertolt Brecht

Parece-me que este estudo dispensa conclusões. Se isto for necessário, como exigência acadêmica, eu diria que ela já está feita, dispersa ao longo dos capítulos, fazendo-se presente em frases, palavras, afirmações, constituindo-se em “palavra final”. Não quero a palavra final. Ainda que, necessariamente, provisória, ela guarda sabor de fim, quando não cor de verdade inconteste. Desta nada sei, daquele desconfio – se tudo é movimento, como dizer, mesmo que por curto tempo, “acabou”? Este estudo pára em um ponto (a que chamam final), que é apenas pausa para o recomeço de outros estudos e outras perguntas.

O que me ocorre, chegada a este *ponto*, é reunir-me aos estudantes, com quem aprendo e interrogo, e aos professores, com quem interrogo e aprendo, e, com eles, discutir, discutir muito, sobre o que, afinal, sabemos da escola pública de 1º grau e das crianças que ali vão para estudar; sobre o que sabemos de suas condições materiais de vida, seus sentimentos, as humilhações a que são submetidos, as alegrias que, por ventura, manifestem, os desejos que não expressam, a raiva que disfarçam em choro ou rebeldia.

Estou, há muitos anos, na escola pública e entendo ser, ali, meu chão de luta. Não sozinha, que pouco posso, mas em reunião com os profissionais, meus pares, tanto da educação quanto da saúde. Tenho clareza de que não está na educação escolar a esperança de salvação social, econômica ou política, mas tenho a mesma clareza de que ela se pode concretizar como oportunidade de reflexão sobre a realidade.

Se o pensamento se forma a partir de uma prática do discurso, incrustado numa prática social, é preciso falar sobre os discursos hegemônicos, que estão conformando o pensar e o agir dos homens do nosso tempo. É esta (o falar) uma das formas de descosturar tais discursos para, compreendendo seus significados e suas intenções, aprender os modos de intervir nas questões do nosso tempo.

Este estudo buscou identificar qual é o discurso da Saúde Escolar em Campo Grande/MS e a que intenções ele serve. O que constatei pode ser resumido em poucas palavras: o discurso da Saúde Escolar, relacionando aprendizagem com estado de saúde, promete não só cuidar da saúde das crianças, e mantê-la, mas também resolver os problemas do chamado fracasso escolar. Coerente às imaginárias necessidades por ele (discurso) criadas, as promessas não se cumprem, o que, para ele, é irrelevante, face as seus motivos não declarados: disputas de mercado de trabalho onde alocar profissionais da área da saúde e onde consumir diferentes produtos industrializados; controle social do comportamento da população

pobre; uso político-partidário de promessas de atenção à saúde desta população. Tudo isto está nas falas dos entrevistados e nas notícias de jornais e espelha e efetiva o processo de medicalização.

Isto posto, gostaria de arriscar uma pergunta que, durante todo o estudo, ficou à espreita de resposta: por que é tão fácil ao discurso da Saúde Escolar alojar-se na escola?

Além das respostas do discurso medicalizante, em que se apóia a escola para explicar as dificuldades dos educadores em resolver questões de ensino-aprendizagem; além do argumento, utilizado pelos defensores do modelo atual de Saúde Escolar, de que as crianças “já estão ali”, sendo fácil e fraterno atendê-las, sobretudo porque seus pais não lhes dão atenção e o posto de saúde atende precariamente, entendo haver uma razão adicional: a escola é lugar da palavra.

Salas de aula, secretaria e direção, corredores e pátios são ocupados pelos discursos da lei e da moral, da pedagogia, da saúde, da religião e da estética. Da palavra falada, mais que lida ou escrita, a escola faz seu escudo e sua arma, faz ver, pelo que *diz* ver. Propaga verdades, ordena castigos e prêmios, classifica, aplaude ou humilha – espalha a palavra hegemônica.

Professores e alunos estão acostumados ao domínio da palavra. Ainda que de lugares diferentes, eles ouvem e obedecem, respondem mais que perguntam.

Entretanto, se a pergunta também é palavra, também ela pode estar na escola pública, que é onde buscam estudo as crianças da classe trabalhadora.

O que vi e ouvi nas escolas públicas, para fins deste estudo, e o que tenho ali ouvido e visto, ao longo de décadas de trabalho, não tem sido as vozes das crianças. Habitados à palavra, nós, os professores, reparamos pouco no silêncio, no corpo, nas vestes, gestos e pertences de nossas crianças. Nós as normatizamos pela palavra sem perguntar quais as normas que organizam suas vidas.

Não saberia, sozinha, decidir o que fazer. Por isso, o convite que mencionei linhas acima. O que sei é isto: que as crianças pobres não são culpadas por sua pobreza; que as razões dessa pobreza podem ser explicadas; que essas crianças “*amorosas, alegres, agitadas, dispersivas, etc*”, segundo a descrição de seus professores, merecem e têm direito à alegria e à voz. É com esta convicção que as quero acolher e aprender a olhá-las e a ouvi-las.

BIBLIOGRAFIA

- ALVES, Gilberto Luiz. As Funções da Escola de Educação Geral sob o Imperialismo. *Novos Rumos*, São Paulo, Ano 5, nº16, 1990.
- AMORIM, Marília. A escola e o terceiro excluído. *Revista de Psicologia e Psicanálise*, Rio de Janeiro, nº 1: 81-96, 1989
- BASAGLIA, Franco. O homem no pelourinho. *Educação e Sociedade*, São Paulo, nº25:73-95. dez. 1968.
- BOLTANSKY, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BERLINGER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma Sanitária. Brasil e Itália*. São Paulo: Hucitec, 1998.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Boletim Informativo* nº 4. Brasília, 1986.
- CAMPO GRANDE. Instituto Municipal de Planejamento Urbano de Campo Grande. *Perfil sócio-econômico de Campo Grande*. Campo Grande, 1996.
- _____. *Câmara Municipal de Campo Grande, Mato Grosso do Sul – 1903-1993*. Campo Grande, 1997.
- 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. Programa de Merenda Escolar. *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº 15: 48-54, 1985.
- COLLARES, Cecília Azevedo Lima e MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Educação ou Saúde? Educação x saúde? Educação e saúde! *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº 5:7-16, 1985.
- _____. O Renascimento da Saúde Escolar Legitimando a Ampliação do Mercado de Trabalho. *Cadernos Cedes*, Campinas nº 28: 23-29, 1992.
- _____. *Preconceitos no Cotidiano Escolar. Ensino e Medicalização*. São Paulo: Cortez-FE/FCM UNICAMP, 1996.
- COLLARES, Cecília Azevedo Lima, MOYSÉS, Maria Aparecida Afonso, LIMA, Gerson Zanetta. Saúde Escolar e merenda: desvios do pedagógico? *Educação e Sociedade*, São Paulo nº 20:10-20. abr. 1985.
- _____. Educação, Saúde e formação da cidadania na escola. *Educação e Sociedade*, São Paulo nº 32:73-87. abr. 1989.

- CORRÊA, Valmir Batista e CORRÊA, Lúcia Salsa. *História e historiografia de uma região*. Corumbá, 1985. Mimeografado.
- COSTA, Nilson do Rosário. Lutas Urbanas e Controle Sanitário. *Origens das políticas de saúde no Brasil*. Rio de Janeiro: Petrópolis, Vozes, 1986.
- COSTA, Wilson do Rosário et al. Condições de Vida e Saúde dos Brasileiros. In. MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *A Saúde em Estado de Choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo e Fase, 1992. p.36-58.
- DONNANGELO, Maria Cecília & PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- ENGELS, Friedrich. *A Situação da Classe trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global, 1985.
- FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; CANO, Maria Aparecida T.; MARTINS DO VALLE, Elizabeth R. & RAMOS, Paulo Marcos. Histórico da Saúde Escolar: visão global dos serviços de saúde escolar no país. *Rev. Bras. Saúde Esc.*, 1(3/4):21-27. jul. 1990.
- FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. *A Inserção do Enfermeiro na Saúde Escolar*. Análise Crítica de uma Experiência. São Paulo: EDUSP, 1991.
- FOUCAULT, Michel. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Vigiar e Punir*. Nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1987.
- GERSCHMAN, Sílvia. *A Democracia Inconclusa*. Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GOODE, W, J. & HATT, P.K. *Métodos em Pesquisa Social*. São Paulo: Nacional, 1973.
- GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL. Coordenadoria de Informações Estatísticas (COEST)/Secretaria de Estado de Planejamento e de Ciência e Tecnologia (SEPLAN). *Informações Básicas do Estado do Mato Grosso do Sul*. Campo Grande, 1993.
- IANNI, Otavio. *Estado e Planejamento Econômico no Brasil*. 5ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- LIMA, Gerson Zanetta de. Saúde escolar – perspectivas de desenvolvimento. *Cadernos Cedes*. São Paulo, nº 15:55-61, 1985a.
- _____. *Saúde Escolar e Educação*. São Paulo: Cortez, 1985.

- LIMA, Gerson Zanetta de. & TURINI, Barbara. Exame Médico Periódico para Educação Física: Vale a pena? *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº15:62-70, 1985.
- LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em educação: Abordagem Qualitativas*. São Paulo: EPU, 1986.
- MARX, Karl. Manuscritos econômicos e filosóficos. Trabalho alienado. In: FROMM, Erich. *Conceito marxista do homem*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. p. 83-102.
- _____. *Capítulo VI inédito de O Capital*. Resultados do Processo de Produção Imediata. São Paulo: Moraes Ltda, s/ data.
- MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. *A Ideologia Alemã* (Feuerbach). 5ª ed. São Paulo: Hucitec, 1986.
- MELO, Joaquim Alberto Cardoso de. Educação Sanitária: uma visão crítica. *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº 4:28-43. 1984.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. A Saúde em Estado de Choque. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *A Saúde em Estado de Choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo e Fase, 1992. p. 9-20.
- MINAYO, Maria Cecília C. de Souza (org.). *Pesquisa Social: Teoria e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília C. de Souza. *O Desafio do Conhecimento*. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio: Hucitec-Abrasco, 1998.
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Carências Nutricionais. *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº 15: 44-47, 1985.
- _____. *A Institucionalização Invisível: Crianças que não-aprendem-na-escola*. Universidade Estadual de campinas. Tese de Livre Docência, Campinas, 1998.
- NISKIER, Arnaldo. Escola ou Restaurante? *Rev. Bras. Saúde Esc.*, 1 (¾) jul. e out. p. 36-40. 1990.
- NOVAES, H. Maria Dutihl & ZUCCOLOTTO, Sandra Maria C. A Saúde do Escolar. *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº15: 17-29 1985.
- PATTO, Maria Helena Souza. A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo, T. A. Queiroz, 1990.

- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE./MS. Secretaria de Educação. Coordenadoria de Apoio ao Estudante. Núcleo de Apoio Educacional. Equipe Multiprofissional. *Manual de Normas Operacionais Equipe Multiprofissional*. Campo Grande, MS, 1990. Mimeografado.
- _____. Secretaria Municipal de Educação. Departamento de Educação. Divisão de Apoio Técnico Pedagógico. *Resultado Final Apresentado pela Rede Municipal de Ensino*. 1995. Mimeografado.
- _____. Casa do Empresário. Resumo sobre o programa de Merenda Escolar Municipalizada. Campo Grande, 8/4/96. Mimeografado.
- QUEIROZ, Paulo R. Cimó. *Breve roteiro das transformações recentes no campo sul-matogrossense (1970-1985)*. Mimeografado.
- RIBEIRO, Darcy. *O livro dos CIEPs*. Rio de Janeiro: Bloch, 1986.
- ROCHA, Dorothy. *A gestão da educação pública em Mato Grosso do Sul – práticas racionalizadoras e clientelismo*. Tese de Doutorado. São Paulo, PUC, 1992.
- ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC-UNESP-ABRASCO, 1994.
- SENHOR. Nasce um novo rico. *Revista Senhor*. São Paulo, nº 171: 39-68, jun. 1984.
- 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, CAMPOS, Oswaldo, & OLIVEIRA, Elizabeth Machado de. *Prevenir e Curar: o Controle Social através dos Serviços de Saúde*. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.
- SUCUPIRA, Ana Cecília S.L. Hiperatividade: doença ou rótulo? *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº 15:30-43, 1985.
- VYGOTSKY, L. S. *A formação Social da Mente*. O Desenvolvimento dos Processos Psicológicos Superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1989.

VALLA, Victor Vincent & MELO, Joaquim Alberto Cardoso de. Sem Educação ou Sem Dinheiro? In. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *A Saúde em Estado de Choque*. Rio de Janeiro: Espaço Tempo e Fase, 1992. p 21-35.

BIBLIOGRAFIA

- ALVES, Gilberto Luiz. As funções da escola de educação geral sob o imperialismo. *Novos Rumos*, São Paulo, Ano 5, nº16: 91-92, 1990.
- AMORIM, Marília. A escola e o terceiro excluído. *Revista de Psicologia e Psicanálise*, Rio de Janeiro, nº 1: 81-96, 1989
- BASAGLIA, Franco. O homem no pelourinho. *Educação e Sociedade*, São Paulo, nº25:73-95. dez. 1986.
- BOLTANSKY, Luc. *As classes sociais e o corpo*. Rio de Janeiro: Graal, 1989.
- BERLINGUER, Giovanni; TEIXEIRA, Sonia Fleury; CAMPOS, Gastão Wagner de Souza. *Reforma Sanitária. Itália e Brasil*. São Paulo: Hucitec, 1988.
- BRASIL. Ministério da Saúde. *Levantamento Epidemiológico em Saúde Bucal: Brasil, zona urbana*, 1986. Brasília, Centro de Documentação do Ministério da Saúde, 1988. Mimeografado.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório Final da 8ª Conferência Nacional de Saúde. *Boletim Informativo* nº 4. Brasília, 1986.
- CAMPO GRANDE. Instituto Municipal de Planejamento Urbano de Campo Grande. *Perfil sócio-econômico de Campo Grande*. Campo Grande, 1996.
- _____. *Câmara Municipal de Campo Grande, Mato Grosso do Sul – 1903-1993*. Campo Grande, 1997.
- 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. Programa de Merenda Escolar. *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº 15: 48-54, 1985.
- 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.
- _____. Educação, saúde e formação da cidadania na escola. *Educação e Sociedade*, São Paulo, nº 32:73-87. abr. 1989.
- _____. O renascimento da saúde escolar legitimando a ampliação do mercado de trabalho. *Cadernos Cedes*, Campinas, nº 28: 23-29, 1992.

- _____. *Preconceitos no Cotidiano Escolar. Ensino e Medicalização*. São Paulo: Cortez-FE/FCM UNICAMP, 1996.
- COLLARES, Cecília Azevedo Lima; MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso & LIMA, Gerson Zanetta. Saúde Escolar e merenda: desvios do pedagógico? *Educação e Sociedade*, São Paulo, nº 20:10-20. abr. 1985.
- CORRÊA, Valmir Batista & CORRÊA, Lúcia Salsa. *História e historiografia de uma região*. Corumbá, 1985. Mimeografado.
- COSTA, Nilson do Rosário. Estado, Educação e Saúde: A Higiene da Vida Cotidiana. *Caderno Cedes*. São Paulo, nº4:5-27.
- COSTA, Wilson do Rosário et al. Condições de Vida e Saúde dos Brasileiros. In. MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *A Saúde em Estado de Choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo e Fase, 1992. p.36-58.
- DONNANGELO, Maria Cecília & PEREIRA, Luiz. *Saúde e Sociedade*. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- ENGELS, Friedrich. *A Situação da Classe Trabalhadora na Inglaterra*. São Paulo: Global, 1985.
- FERRIANI, Maria das Graças Carvalho. *A Inserção do Enfermeiro na Saúde Escolar*. Análise Crítica de uma Experiência. São Paulo: EDUSP, 1991.
- FERRIANI, Maria das Graças Carvalho; CANO, Maria Aparecida T.; MARTINS DO VALLE, Elizabeth R. & RAMOS, Paulo Marcos. 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. *O Nascimento da Clínica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1998.
- _____. *Microfísica do Poder*. Rio de Janeiro: Graal, 1979.
- _____. *Vigiar e Punir*. Nascimento da prisão. Petrópolis: Vozes, 1991.
- GERSCHMAN, Sílvia. *A Democracia Inconclusa*. Um Estudo da Reforma Sanitária Brasileira. Rio de Janeiro: Fiocruz, 1995.
- GOODE, W. J. & HATT, P.K. *Métodos em Pesquisa Social*. São Paulo: Nacional, 1973.
- GOVERNO DO ESTADO DO MATO GROSSO DO SUL. Coordenadoria de Informações Estatísticas (COEST)/Secretaria de Estado de Planejamento e de Ciência e Tecnologia (SEPLAN). *Informações Básicas do Estado do Mato Grosso do Sul*. Campo Grande, 1993.

- IANNI, Otavio. *Estado e Planejamento Econômico no Brasil*. 5ª ed. São Paulo: Brasiliense, 1991.
- LIMA, Gerson Zanetta de. Saúde Escolar – perspectivas de desenvolvimento. *Cadernos Cedes*. São Paulo, nº 15:55-61, 1985a.
- _____. *Saúde Escolar e Educação*. São Paulo: Cortez, 1985.
- LIMA, Gerson Zanetta de. & TURINI, Barbara. Exame médico periódico para Educação Física: Vale a pena? *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº15:62-70, 1985.
- LUDKE, Menga & ANDRÉ, Marli E. D. A. *Pesquisa em Educação: Abordagem Qualitativa*. São Paulo: EPU, 1986.
- MARX, Karl. Manuscritos Econômicos e Filosóficos. Trabalho Alienado. In: FROMM, Erich. *Conceito marxista do homem*. Rio de Janeiro: Zahar, 1983. p. 83-102.
- _____. *Capítulo VI inédito de O Capital*. Resultados do Processo de Produção Imediata. São Paulo: Moraes Ltda, s/ data.
- MARX, Karl & ENGELS, Friedrich. *A Ideologia Alemã* (Feuerbach). 5ª ed. São Paulo: Hucitec, 1986.
- MELO, Joaquim Alberto Cardoso de. Educação Sanitária: uma visão crítica. *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº 4:28-43. 1984.
- MINAYO, Maria Cecília de Souza. A Saúde em Estado de Choque. In: MINAYO, Maria Cecília de Souza (org.). *A Saúde em Estado de Choque*. Rio de Janeiro: Espaço e Tempo e Fase, 1992. p. 9-20.
- MINAYO, Maria Cecília C. de Souza (org.). *Pesquisa Social: Teoria e criatividade*. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 1994.
- MINAYO, Maria Cecília C. de Souza. *O Desafio do Conhecimento*. Pesquisa Qualitativa em Saúde. São Paulo-Rio: Hucitec-Abrasco, 1998.
- MOYSÉS, Maria Aparecida Affonso. Carências nutricionais. *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº 15: 44-47, 1985.
- _____. *A Institucionalização Invisível: Crianças que não-aprendem-na-escola*. Universidade Estadual de Campinas. Tese de Livre Docência. Campinas, 1998.
- NISKIER, Arnaldo. Escola ou restaurante? *Rev. Bras. Saúde Esc.*, 1 (¾) jul. e out. p. 36-40. 1990.

- NOVAES, H. Maria Dutihl & ZUCCOLOTTO, Sandra Maria C. A Saúde do escolar. *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº15: 17-29 1985.
- PATTO, Maria Helena Souza. *A Produção do Fracasso Escolar*: histórias de submissão e rebeldia. São Paulo, T. A. Queiroz, 1996.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE CAMPO GRANDE/MS. Secretaria de Educação. Coordenadoria de Apoio ao Estudante. Núcleo de Apoio Educacional. Equipe Multiprofissional. *Manual de Normas Operacionais Equipe Multiprofissional*. Campo Grande, MS, 1990. Mimeografado.
- _____. Secretaria Municipal de Educação. Departamento de Educação. Divisão de Apoio Técnico Pedagógico. *Resultado Final Apresentado pela Rede Municipal de Ensino*. 1995. Mimeografado.
- _____. Casa do Empresário. Resumo sobre o programa de merenda escolar municipalizada. Campo Grande, 8/4/96. Mimeografado.
- QUEIROZ, Paulo R. Cimó. *Breve roteiro das transformações recentes no campo sul-matogrossense (1970-1985)*. 1989. Mimeografado.
- RIBEIRO, Darcy. *O livro dos CIEPs*. Rio de Janeiro: Bloch, 1986.
- ROCHA, Dorothy. *A Gestão da Educação Pública em Mato Grosso do Sul – práticas racionalizadoras e clientelismo*. Tese de Doutorado. São Paulo, PUC, 1992.
- ROSEN, George. *Uma História da Saúde Pública*. São Paulo: HUCITEC-UNESP-ABRASCO, 1994.
- SENHOR. Nasce um novo rico. *Revista Senhor*. São Paulo, nº 171: 39-68.jun.1984.
- 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; CAMPOS, Oswaldo & OLIVEIRA, Elizabeth Machado de. *Prevenir e Curar*: o controle social através dos Serviços de Saúde. Rio de Janeiro: Forense-Universitária, 1978.

- SUCUPIRA, Ana Cecília S.L. Hiperatividade: doença ou rótulo? *Cadernos Cedes*, São Paulo, nº 15:30-43, 1985.
- VALLA, Victor Vincent & MELO, Joaquim Alberto Cardoso de. Sem educação ou sem dinheiro? In. MINAYO, Maria Cecília de Souza. *A Saúde em Estado de Choque*. Rio de Janeiro: Espaço Tempo e Fase, 1992. p 21-35.
- VYGOTSKY, L. S. *A Formação Social da Mente*. O desenvolvimento dos processos psicológicos superiores. São Paulo: Martins Fontes, 1989.