

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

JOSÉ ALEXANDRE DE LUCCA

A SAÚDE ESCOLAR NA EDUCAÇÃO: UM RECORTE HISTÓRICO
DESTA MODALIDADE DE POLÍTICAS NO BRASIL E PORTUGAL

São Paulo

2016

UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
INSTITUTO DE PSICOLOGIA DA USP

A SAÚDE ESCOLAR NA EDUCAÇÃO: UM RECORTE HISTÓRICO
DESTA MODALIDADE DE POLÍTICAS NO BRASIL E PORTUGAL
(Versão Corrigida)

Tese apresentada no Instituto de
Psicologia da Universidade de São Paulo
para a obtenção do título de doutor em
Psicologia
Área de concentração: Psicologia
Escolar e do Desenvolvimento Humano.
Orientadora: Prof^a. Dr^a. Marilene Proença
Rebello de Souza

São Paulo
2016

AUTORIZO A REPRODUÇÃO E DIVULGAÇÃO TOTAL OU PARCIAL DESTE TRABALHO, POR QUALQUER MEIO CONVENCIONAL OU ELETRÔNICO, PARA FINS DE ESTUDO E PESQUISA, DESDE QUE CITADA A FONTE.

Catálogo na publicação
Biblioteca Dante Moreira Leite
Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo

Lucca, José Alexandre de.

A saúde escolar na educação: um recorte histórico desta modalidade de políticas no Brasil e Portugal / José Alexandre de Lucca; orientadora Marilene Proença Rebello de Souza. -- São Paulo, 2016.

200f.

Tese (Doutorado – Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração: **Psicologia da Aprendizagem, do Desenvolvimento e da Personalidade**) – Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo.

1. Psicologia escolar
 2. Políticas Educacionais
 3. Saúde
 4. Educação Básica
 5. Saúde Escolar
- I. Título.

LB1051

FOLHA DE APROVAÇÃO

A saúde escolar na educação: um recorte histórico desta modalidade de políticas no Brasil e Portugal

Tese apresentada no Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo para a obtenção do título de doutor em Psicologia. Área de concentração: Psicologia Escolar e do Desenvolvimento Humano.

Banca examinadora:

Marilene Proença Rebello de Souza
(Presidente)

Marli Lúcia Tonatto Zibetti
(Membro Titular)

Rosa de Jesus Soares de Bastos Nunes
(Membro Titular)

Wanda Maria de Junqueira Aguiar
(Membro Titular)

Ronilda Yiakemi Ribeiro
(Membro Titular)

Tese defendida e aprovada em: 16/08/2016.

***A esta hora exactamente,
Hay un niño en la calle...
¡Hay un niño en la calle!***

***Es honra de los hombres proteger lo que crece,
Cuidar que no haya infancia dispersa por las calles,
Evitar que naufrague su corazón de barco,
Su increíble aventura de pan y chocolate
Poniéndole una estrella en el sitio del hambre.
De otro modo es inútil, de otro modo es absurdo
Ensayar en la tierra la alegría y el canto,
Porque de nada vale si hay un niño en la calle.***

***(Canción para un niño en la calle,
Mercedes Sosa)***

***[...] no soy brillante
luchó por la educación y
nunca fui buen estudiante [...]
(Adentro - Calle 13)***

***O homem é sobretudo espírito, ou seja,
criação histórica, e não natureza.
(A.Gramsci)***

Agradecimentos

Chegado o fim, deve ter ficado alguma semente no jardim... um cheirinho de alecrim. A partir desta referência à Revolução dos Cravos, vale lembrar que a chegada, o fim, pode (deve) ser também a abertura para um novo início. Sendo assim, é imperioso dizer que neste caminhar, foram muitas as pegadas que me acompanharam apesar de toda a solidão e imersão que este processo solicita. Caminhantes que deram apoios em diferentes momentos e circunstâncias. Desde um forte abraço até conversas sobre o que fazer no trabalho que ora se encerra. Para todas estas pessoas, só me cabe a gratidão e a esperança de que possamos caminhar novamente juntos.

Éramos três: eu, minha mãe e a minha avó. Esta última que há alguns anos nos deixou fisicamente, mas que estará sempre presente em lembrança afetuosa em todos os momentos. Mesmo que ela não entendesse muito bem o que tudo isso significa(va), agora, compartilhar a alegria do fim desta etapa. Fica minha mãe! Continua a luta contínua! Meu carinho e admiração por seu admirável desejo de viver e se renovar. Ao fim e ao cabo, inspiração e referência! Obrigado, mãe!

Quero registrar um agradecimento, talvez pouco usual, às pessoas que não fazem mais parte de meu dia-a-dia. Pessoas que contribuíram forte e marcadamente para que eu pudesse estar hoje nesta condição. Trago comigo um pouco de cada um/uma, mesmo na distância do tempo e espaço. Destaco, dentre tantos(as) Sergio Augusto, Flávia Augusta, Mary Okamoto e Biancha Angelucci.

Ao pessoal da Pós do Instituto de Psicologia da USP, e do PSA: Ari e sua equipe; Sandra e, especialmente para a Olívia, que sempre esteve parceira e com belas palavras de apoio e orientação para ajudar a resolver as burocracias da vida acadêmica.

À Valéria Benevides Soares, pelas boas dicas, pelo companheirismo, pelas conversas sobre teoria, método e as nossas pesquisas. Pela amizade e carinho. Admiração pela força e pelas conquistas diárias.

Agradeço ao Daniel Kengerski pelo companheirismo e empenho na finalização das tarefas e pelos papos descontraídos. À Lorena Collaço pela amizade, apoio e cuidados, mesmo na distância.

Ao destino que possibilitou um reencontro muito especial com a amiga Celiane Borges. Amizade resgatada e ressignificada de forma especialmente indescritível!

Ao amigo Marcelo Arty, pela acolhida que se tornou uma necessária “pausa de mil compassos” após o retorno de Portugal.

Às tantas pessoas maravilhosas que conheci em Portugal, pelas caminhadas errantes, vinhos e sabedorias compartilhadas. A começar pela Jéssica Tardivo, que nunca conheci pessoalmente, mas que tornou minha vida muito mais fácil na chegada ao Porto. Jânio Santos, pessoa linda e companheira, por todas as dicas, apoios e pelo amigos que me apresentou. Pelas conversas que sempre ficaram penduradas em um “depois continuamos” ou “precisamos falar mais sobre essas coisas”. Tanta gente a partir de então: Marco Mitidiero e Neila Coelho, Paulo Silva (Santiago de Compostela), Helder e Lucie, Eugênio, Rita, Ceme, Rosana Cipriano e seus filhos lindos, galera da Davilina (Verinha, “seu” Marcelo, seu Joaquim, dona Maria, Neiva, Sílvia e Vânia), Áurea, ao casal Luciana e Fábio com seus filhos lindos, lindos. Ao povo do dia-a-dia e das correrias: à amiga de evadições Maria Vitória. À Val Queiroz, Cilene Dantas, Josiani Silva, Ju Pazos, Filipe Azambuja, Carol e Sílvia Lobo. Ao companheiro dos “últimos dias” Aned Mafer Matos. Ao companheiro dos “primeiros tempos” Alex França. À Joana Silva pela inestimável ajuda durante a pesquisa em Portugal. À Rose (brasileira-tuga) pela amizade e pela contribuição para a pesquisa. Ao Adilson de Ângelo pelas boas risadas e por apresentar o “Ernesto”. Ao pessoal da FPCE-UP, Isabel Neves, Rosa Maria, Luisa Santos, Alexandre e Américo...

À Ana Paula Canotilho pelas boas conversas sobre política, por apresentar um “típico lugar para se comer bem”, pelo apoio na pesquisa e por apresentar a galera do Bloco de Esquerda.

Ao professor Joaquim Coimbra pelo apoio fundamental para o início da rota das entrevistas e por suas necessárias posições críticas no interior da psicologia portuguesa.

Às pessoas que compõem o CEIME (Círculo de Estudos e Investigação sobre Medicalização), “Manela”, Mariana, Sofia entre outras tantas que lutam contra a grande maré da medicalização em Portugal.

Aos amigos e amigas! Por suportar (dar suporte) e por suportar (aguentar) nas fases menos alegres do processo. Por mostrarem alternativas, por apontarem que no meio de toda a complicação há possibilidades. Gilmar Cruz, parceiro de

todas as horas. Dentre tantos, mais um incansável defensor da educação e um fomentador de questões. Muita admiração e identificação!! Ao Roberto Guimarães pelo bom humor, sagacidade e por sempre “botar fé”. Mesmo de longe, continua um grande amigo-irmão! À Solange Struwka, pelos cafés, conversas leves sobre a vida, pelos incansáveis sonhos e projetos. Companheira incansável! Alayde Digiovanni, amiga; inspiração para as lutas diárias contra as injustiças e desigualdades. Sempre foi figura importante pelo apoio incondicional do começo ao fim desta trajetória.

Agradeço em especial a Michele Cervo e ao Gustavo Zambenedetti pelos cuidados e preocupações nos momentos mais malucos desta caminhada. Assim como agradeço demais à Regina Colucci pela disponibilidade, pelo profissionalismo e, mais que tudo, pelo ser humano maravilhoso que é!!

Às pessoas que sempre estiveram nas reuniões de orientandos, projetos ou encontros e seminários do Lieppe: Juliana, Lucianna, Patrícia, Katia Bautheney, Ana Carla, Cris. À Hilusca, Ana Karina, Felipe, Camila, Alayde, Ana Tejada, para além do companheirismo nas pequenas cumplicidades durante as reuniões, agradeço pela ajuda nas horas de perrengue bravo. À Gisele, um obrigado especial pela inspiração, pelo exemplo de garra, força e gana que sempre expressa(ou) nas reuniões, eventos e conversas. Coerência!!

Guillermo Arias Beatón, Laura Calejón, João Batista, Sílvia Cintra, Anabela Peretta, Marli Zibetti, Ianni Scarcelli, pelas dicas e especiais contribuições que apresentaram nas oportunidades que tive de compartilhar o trabalho com vocês.

À professora Rosa Nunes, por me receber em Portugal, pela doçura, pelo rigor, pela coerência ético-política, pelos exemplos, pela poesia na vida, por me acolher em sua casa e apresentar a Nazaré, pela família linda, em especial por seu pai tão querido e suave no toque das palavras. Enfim, por ajudar a que eu continue tentando me tornar uma pessoa melhor.

À orientadora Marilene Proença por me possibilitar estar mais perto da admirável pesquisadora e, ao mesmo tempo, compartilhar das miltâncias. Pela referência, mais que bibliográfica, mas para a vida. Pela generosidade em compartilhar e confiar. Por tudo isso e muito mais, meu necessário agradecimento!!

À Marcela P. Rosa, por ser-estar tão companheira em todas as horas e por me dizer, insistentemente, das belezas da vida e do continuar, por tornar a minha vida mais leve e mais bela, mais vida, enfim!!

Às pessoas que compartilharam seus saberes nas entrevistas e conversas informais durante a pesquisa e que possibilitaram, sobremaneira, que este trabalho acontecesse.

À CAPES, pela bolsa do PDSE, que possibilitou a realização da pesquisa em Portugal.

Lucca, José Alexandre de. A saúde escolar na educação: um recorte histórico desta modalidade de política no Brasil e Portugal. Tese (doutorado). 200f. Instituto de Psicologia, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Resumo

Esta pesquisa que trata do estudo sobre as aproximações entre as políticas de Saúde e Educação materializadas atualmente no Programa Saúde na Escola, implementado em 2007 e que tem como objetivo central, melhorias nas condições de saúde, aprendizagem e desenvolvimento dos estudantes, por meio de ações nos âmbitos de formação, prevenção e promoção da saúde, realizadas em escolas da rede de educação. O objetivo geral norteador da pesquisa é compreender como se processam as aproximações da saúde ao campo da educação por meio de políticas federais brasileiras que propõem melhorias nas condições de vida do público escolar, tomando por referência o Programa Saúde na Escola (2007), no Brasil e, o Programa Nacional de Saúde Escolar, de Portugal (2006). Como objetivos específicos, propomos analisar a configuração do Programa Saúde na Escola (PSE), implantado a partir de 2007, como política interministerial; analisar os marcos referenciais de Programas Federais que aproximam Saúde e Educação, a partir da Lei de Diretrizes e Bases (LDB) de 1971 até o Programa implantado em 2007, no Brasil; apresentar as principais características da Revista Brasileira de Saúde Escolar (RBSE) e articular sua contribuição para a história da Saúde Escolar brasileira; pesquisar e analisar a configuração de programa de Saúde Escolar, presente nas políticas de Saúde e Educação de Portugal. Na pesquisa realizamos o estudo de documentos oficiais dos governos federais do Brasil e Portugal sobre as políticas de saúde escolar/saúde na escola. O desenvolvimento da pesquisa ocorreu parcialmente em território português, por meio do Programa de Desenvolvimento de Estágio Sanduíche no Exterior (PDSE-CAPES). Nesta parte do trabalho, realizamos, além dos estudos sobre os documentos das políticas portuguesas, visitas a escolas e entrevistas semidirigidas com agentes portugueses ligados às políticas de Saúde Escolar. Os nossos estudos estão orientados teórica e metodologicamente pelo enfoque da Psicologia Escolar e Educacional de base histórico-cultural desenvolvida no Brasil. As análises que realizamos nos permitem considerar que: o PSE é um Programa que segue as orientações de acordos internacionais e organismos multilaterais dos quais o Brasil é signatário; é fruto de tentativas compensatórias às demandas advindas de situações de desigualdade social, de vulnerabilidades e riscos; acompanha transições político-econômicas mundiais que assinalam o aprofundamento das premissas neoliberais; configura-se em uma ação intersetorial em que a saúde preconiza as diretrizes para a relação com a educação em uma condição não horizontal. Considera-se que este trabalho apresenta uma contribuição para o tema e poderá ser inspirador para novas pesquisas de políticas intersetoriais.

Palavras-chave: Psicologia Escolar; Políticas Educacionais; Saúde; Educação Básica, Saúde Escolar

Lucca, José Alexandre de. School health in education: a historical briefing of this policy modality in Brazil and Portugal. Thesis (PhD). 200p. Institute of Psychology, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2016.

Abstract

This research is about the study of the similarities between the policies of Health and Education - currently embodied in the Health in School Program (HSP). Implemented in 2007, the HSP proposes improvements in health, learning and development of students, through actions in the training, prevention and health promotion areas, held in public schools. It is based theoretically and methodologically with approach in School and approach Psychology, with historical and cultural basis developed in Brazil. The general aim of this research is to understand how occurs the approach of health to the education field through Brazilian federal policies that proposes improvements in the living conditions of public school, by reference to the Health in School Program (2007), in Brazil and, the National School Health Program, in Portugal (2006), the latter inspired the Brazilian proposal. The specific objectives, we propose to analyze the HSP setting, deployed from 2007 as interministerial policy; analyze benchmarks of Federal programs that approach health and education, from the Guidelines and Baseline Law (GBL) from 1971 until the program implemented in 2007, in Brazil; present the main production characteristics of the subject represented by the publications in the Brazilian Journal of School Health (BJSH) and coordinate their contribution to the history of Brazilian School Health; researching and analyzing the configuration of School Health Program, presented in health policies and Education of Portugal. The research method takes as sources: a) official documents of the federal governments of Brazil and Portugal on school health policies/school health; b) visits to schools in Portugal; c) semi-structure interviews with Portuguese agents related to school health policies. The analyzes performed allow us to consider that: the HSP is a program that follows the guidelines of international agreements and multilateral organizations of which Brazil is a signatory; is the result of compensatory attempts to demands arising from situations of social inequality, vulnerabilities and risks; monitors global political and economic transitions that signal the deepening of neoliberal premises; sets up in an intersectoral action in which health advocates guidelines for the relationship with education in a non-horizontal condition. It is considered that this work presents contributions to the subject and can be inspiring for further research intersectoral policies.

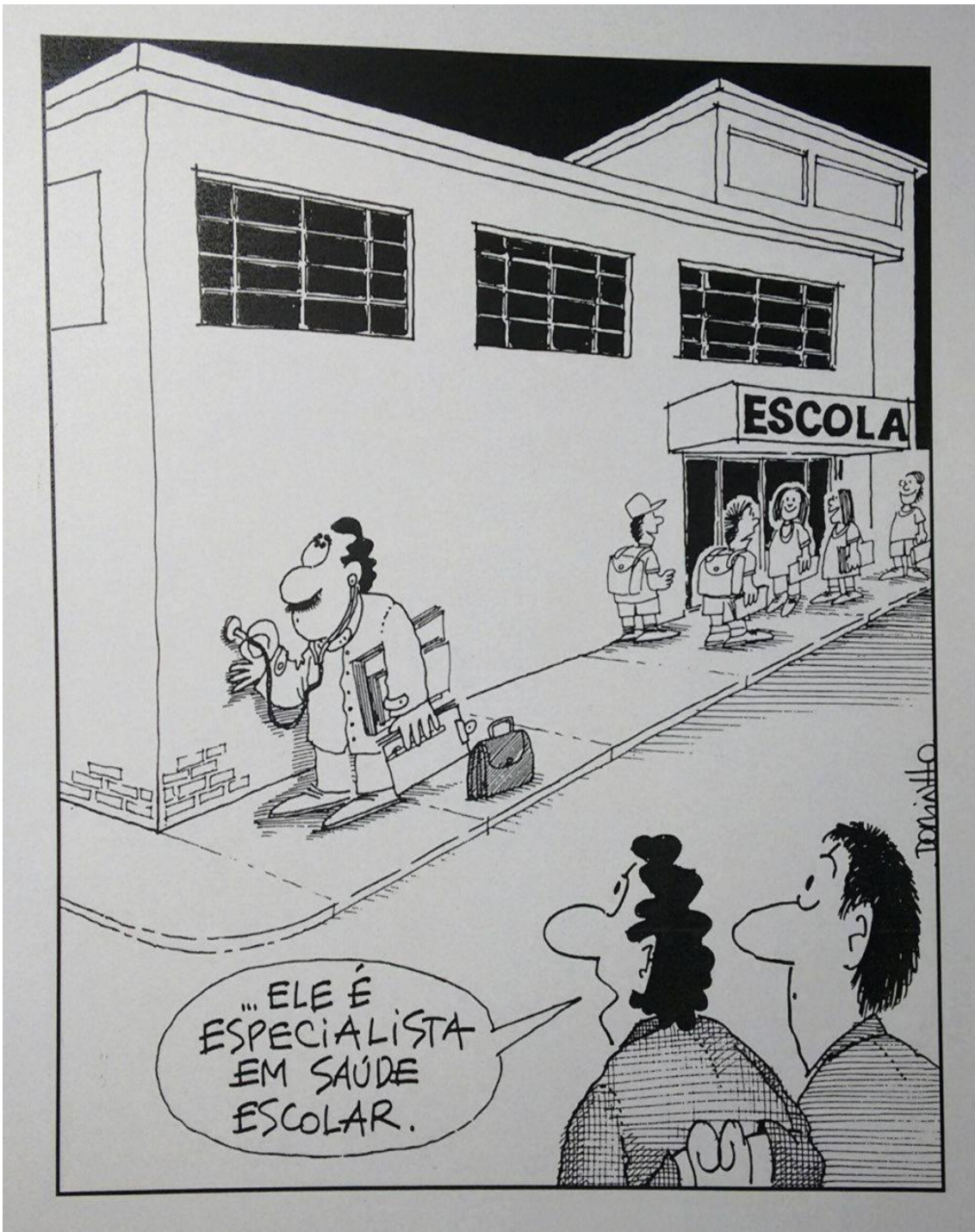
Keywords: School Psychology; Educational policies; Health; Basic Education, School Health.

LISTA DE ABREVIATURAS

ABRAPEE	Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional
ABRAPSO	Associação Brasileira de Psicologia Social
ABRASE	Associação Brasileira de Saúde Escolar
APA	<i>American Psychological Association</i> (Associação Americana de Psiquiatria)
ASEG	Associação de Saúde Escolar de Goiás
ASERJ	Associação de Saúde Escolar do Rio de Janeiro
BVS	Biblioteca Virtual em Saúde
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
CCJC	Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania
CEIME	Círculo de Estudos e Intevenção sobre Medicalização
CFP	Conselho Federal de Psicologia
CREPOP	Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas
CRP	Conselho Regional de Psicologia
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i> (Manual Diagnóstico e Estatístico de Transtornos Mentais)
EPS	Escolas Promotoras de Saúde
ESF	Estratégia Saúde da Família
FAE	Fundação de Assistência ao Estudante
FENAPSI	Federação Nacional dos Psicólogos
FHC	Fernando Henrique Cardoso
FNDE	Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDH	Índice de Desenvolvimento Humano
IREPS	Iniciativas Regionais para as Escolas Promotoras de Saúde
IES	Instituição(ões) de Ensino Superior
LDB(EN)	Lei de Diretrizes e Bases (da Educação Nacional)
LIEPPE	Laboratório Interinstitucional de Estudos e Pesquisas em Psicologia Escolar
LOAS	Lei Orgânica da Assistência Social
MEC	Ministério De Educação E Cultura
OMC	Organização Mundial do Comércio
OMS-WHO	Organização Mundial de Saúde – World Health Organization
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PAPES	Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde
PDSE	Programa de Doutorado Sanduíche no Exterior
PL	Projeto de Lei
PNSE	Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSE-PT	Programa Nacional de Saúde Escolar – Portugal
PRESSE	Programa Regional de Educação Sexual em Saúde Escolar
PSE	Programa Saúde na Escola
RBSE	Revista Brasileira de Saúde Escolar
SE	Saúde Escolar
SUS	Sistema Único de Saúde
TCU	Tribunal de Contas da União
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
USP-SP	Universidade de São Paulo – São Paulo

SUMÁRIO

1	Apresentação	16
1.1.	Objeto da Pesquisa	20
1.2.	Objetivo Geral	23
1.2.1.	Objetivos Específicos	23
1.3.	Aspectos teórico-metodológicos da pesquisa	24
1.4.	Desenvolvimento dos temas do trabalho e estruturação do texto	27
2	Saúde Escolar através dos tempos: Polícia Médica, Higienismo e as políticas de Promoção da Saúde	33
3	Por uma Educação que contribui para a transformação social	60
3.1.	Ensino e promoção de saúde: que modelo de educação?	60
3.2.	Sociedade capitalista e as condições para o fazer educacional emancipador	63
3.3.	Educação escolar e desenvolvimento humano	65
4	Psicologia Escolar Crítica dialogando com as Políticas Públicas e a Intersetorialidade	79
4.1.	Psicologia Escolar: do determinismo biológico à perspectiva crítica	83
4.2.	Dialogando com as Políticas Públicas	93
4.3.	A intersectorialidade nas políticas públicas de educação e saúde	101
5	Caminhos da pesquisa através dos dados recolhidos	106
5.1.	Lei de Diretrizes e Bases 5.692/71	107
5.2.	PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar (1984)	116
5.3.	Revista Brasileira de Saúde Escolar (RBSE)	128
5.4.	Programa Saúde na Escola (2007)	144
5.5.	Portugal – Programa Nacional de Saúde Escolar-2006	154
5.5.1.	Portugal - PNSE-2015 – algumas aproximações	167
6	Considerações Finais	171
7	Referências	178



(Fonte: Revista Brasileira de Saúde Escolar, 4 – 1/2, 1996, p.79)

1 - APRESENTAÇÃO

Iniciamos esta exposição buscando o exercício coerente “com a concepção materialista da história, [em que] o elemento determinante *final* na história é a produção e reprodução da vida real” e, que “nós mesmos é que fazemos a história, mas o fazemos sob condições e suposições definidas” (ENGELS, 2009).

Neste começo realizo a apresentação da construção histórica de um caminho que me trouxe até este texto. Caminhada que poderá dar maior sentido a quem ler esta tese.

Em uma clara analogia ao pensamento histórico e dialético, partindo das configurações mais complexas e abstratas seguindo até unidades mais simples a fim de se processar a compreensão da evolução dos processos, utilizo a máxima marxiana que indica que “a anatomia do homem dá-nos uma chave para compreender a anatomia do macaco” (MARX, 1859). Ou seja, é preciso compreender em profundidade o que está estabelecido hoje a fim de se ter clareza de como se configuraram, no passado, estas estruturas ora estudadas.

Minha própria trajetória, pessoal e profissional, se liga aos temas envolvidos neste universo, se configuram como um dado de coerência em relação a este trabalho que versa sobre a história das aproximações da Saúde ao campo educacional, tomando como ponto de partida o atual “Programa Saúde na Escola” - política pública do governo federal, implementada em 2007.

A proximidade com questões tocantes às políticas públicas e aos campos da educação e saúde remonta ao período de vivências no Conselho Regional de Psicologia, subsede de Assis-SP e na “Comissão de Psicologia e Educação”. Este momento foi de grande importância em minha história de vida, pois a identificação com a causa da Educação estava sendo trilhado desde a graduação na Unesp de Assis. Destaco que o momento de encantamento foi produzido pelas disciplinas “Práticas de Ensino em Psicologia” e a clássica “Psicologia Escolar e Problemas da Aprendizagem”, sendo que um pouco

antes de terminar a formação em psicologia tive a primeira grande experiência profissional como docente no ensino médio. Momento privilegiado, pelo qual pude colocar em prática os aprendizados, exercitar a práxis, mesmo sem sabê-la ao certo.

Desde esse início me perpassava a ideia do fazer político pela via da docência, me impulsionava o desejo de transformação do mundo pela educação, transformação por uma educação redentora (ainda de forma intuitiva e muito pautado pelo senso comum). Hoje, trago comigo, dentre outras, as premissas de Dermeval Saviani, presentes em sua obra "Escola e Democracia", que me permitem entender claramente como era ingênua minha apreciação sobre o fazer educativo. E este modo do fazer docente - um misto de militância "intuitiva" e o desejo de um mundo melhor através da educação - foi exercitado também durante as experiências profissionais no ensino superior.

Num salto histórico, estar hoje vinculado a Universidade Estadual do Centro-Oeste, no Paraná, trabalhando com a disciplina e estágios em Psicologia Escolar, me inspira para a realização contínua das leituras vinculadas ao repertório da Pedagogia Histórico-Crítica e da Psicologia Histórico-Cultural. Esta corrente teórica que embasa uma das perspectivas críticas em Psicologia Escolar que se constituiu após os anos 1980, a partir dos trabalhos realizados por Maria Helena Souza Patto e por aqueles que também a tiveram como referência, dando continuidade ao desenvolvimento de práticas não medicalizantes/patologizantes e excludentes.

Paralelamente, a experiência de ter acompanhado o processo de criação do "Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade" e seus primeiros anos de desenvolvimento foi decisiva para que, imbuído da necessidade de superar a prática da "militância pela militância", parti para a consolidação de um referencial teórico que sustentasse os anseios do fazer crítico em todos os campos da vida.

Feito este preâmbulo, penso ter podido traçar uma linha que me descreve inserido, com grande envolvimento, na interface entre as discussões sobre política e políticas públicas, a partir do olhar que a Psicologia Escolar lança para seus diferentes e complexos objetos, derivando o inevitável debate

sobre a integração dos campos da saúde e da educação. E, da articulação destas temáticas (políticas públicas, saúde e educação e psicologia escolar), encontro no "Programa Saúde na Escola" a materialização da confluência de todas elas, uma vez que em suas premissas subjaz a implementação de uma política pública intersetorial, articulando dois Ministérios (da Saúde e da Educação) para que ações de formação, prevenção e intervenção em saúde sejam realizadas nos espaços escolares, tidos como "*locus* privilegiado".

Nesta direção, o resgate da complexidade do histórico encontro entre educação e saúde, no interior das políticas intersetoriais, faz-se mais uma vez necessário para que possamos compreender como se dá este movimento atualmente. Em nome da produção de seres menos adoecidos ou mais saudáveis, a educação e a escola mais uma vez são conclamadas a contribuir.

A inegável relevância da educação na construção de princípios e valores de um povo, de uma nação, precisa ser cuidadosamente analisada e colocada em seu devido lugar para que não incorramos no equívoco de estabelecer um novo projeto redentor para ambos os campos, educação e saúde. Este último, não menos complexo e carregado de polêmica devido às diferentes concepções e conceitos que explicam o que é saúde. Se para a própria área da saúde se dá esta complexidade, o que dizer disto no interior da educação? Há quem argumente que os professores devem ser formados para lidar com a questão da saúde e tantas outras temáticas que a ela orbitam. Um perigo para o campo educacional, pois mais uma vez se aproxima a possibilidade de fragmentação de seu papel e o desvio da função primordial de educadores pode se repetir.

É pertinente que dentre os tantos temas que perpassam o cotidiano das crianças e adolescentes no interior das instituições escolares, a saúde e a doença façam parte deste conjunto estruturado de conteúdos, que sejam tratados como conteúdos nos currículos das diferentes áreas e, ainda, que a escola possa contribuir com a rede de serviços de saúde, compondo uma unidade complexa e contraditória no território comunitário. Tudo isso, levando em conta as peculiaridades das áreas e, fundamentalmente, as condições históricas, sociais, políticas e culturais de um país como o Brasil.

Pretendemos que este trabalho contribua, juntamente com tantos outros que buscam fortalecer os processos de conscientização para que tenhamos uma sociedade cada vez menos desigual, em que a saúde possa ser entendida como parte do complexo processo do próprio viver.

1.1. Objeto da Pesquisa

Nosso trabalho toma como objeto inicial de pesquisa o Decreto Presidencial 6.286, de 5 de dezembro de 2007, pelo qual é criado o Programa Saúde na Escola em que as ações serão definidas pela integração entre os Ministérios da Educação e da Saúde.

Como o objeto desta pesquisa se nos apresentou de forma tão complexa, a definição do problema não poderia ser mais simples. Historicamente, no Brasil, o diálogo da saúde, mais precisamente, da medicina com a educação aconteceu de forma a autorizar o saber médico como orientador dos fazeres educacionais. Vemos isto nos modelos de *Higiene Escolar* e, posteriormente nos anos 1970, como *Medicina Escolar*¹ nas definições de comportamento saudável, na configuração dos “bons comportamentos”, na definição do que seriam os ambientes saudáveis, dentre tantos outros exemplos possíveis.

Isto posto, nos aguçou o interesse em verificar se esta forma de relação ainda seria prevalente numa política, digamos, renovada, como a do Programa Saúde na Escola, qual seja, como a Saúde adentra, mais uma vez o universo da Educação.

Entendendo que a definição deste objeto não pode estar atrelada a definição de um campo restrito, mas sim relacional, próprio do atual contexto das políticas intersetoriais, destacamos para o fato de que como pano de fundo da proposição de um Programa como o “Saúde na Escola”, estão as orientações ofertadas pela “Atenção Básica em Saúde” via Estratégia de Saúde da Família (ESF) e pela “Educação Básica”. Ambos os campos dialogam entre si pelo PSE, porém articulados em um campo maior; as Políticas Públicas. Estas proposições de políticas acontecem no momento histórico em que o Brasil tem pretendido, nos últimos anos, promover melhorias a partir de transformações no cenário dos serviços públicos de saúde, educação e assistência, principalmente.

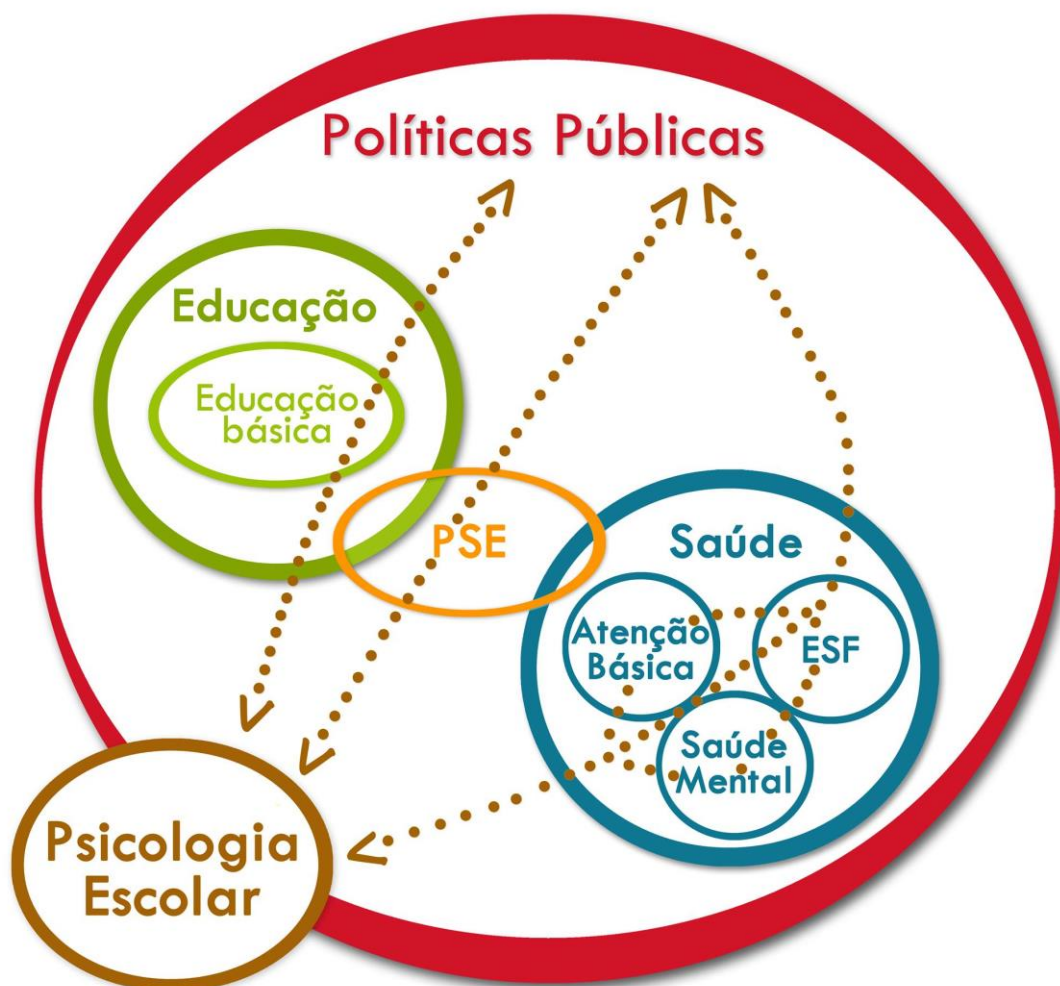
¹ Estas nomenclaturas e suas alterações no correr histórico também ocorreram em Portugal.

Neste movimento articulatório e relacional entre os campos da Saúde e da Educação, entendemos que a Psicologia Escolar, enquanto área que vem se dedicando à compreensão dos complexos fatores históricos, culturais e sociais e suas implicações sobre o fazer educacional deve se inserir e contribuir para este intrincado mosaico de fronteiras e relações².

Em seguida, expomos uma proposta gráfica que visa materializar o que descrevemos nos parágrafos anteriores. Demonstrando, aqui, a riqueza que envolve a simples definição deste objeto de pesquisa e os problemas concernentes ao processo do desenvolvimento deste trabalho.

² As “Referências técnicas para a atuação de Psicólogas(os) na Educação Básica”, material produzido pelo Conselho Federal de Psicologia, em 2013, nos apresenta as dimensões deste fazer crítico e complexo da Psicologia Escolar.

Expressão gráfica das articulações interministeriais
entre Saúde e Educação, o PSE e a Psicologia Escolar



(Imagem de nossa autoria e que pretende caracterizar graficamente como percebemos os fluxos relacionais e articulativos entre o PSE e as políticas de Saúde e Educação tendo a Psicologia Escolar como campo de relação, inserção e análise.)

1.2. Objetivo Geral

Esta pesquisa teve como objetivo geral, compreender como se processam as aproximações da saúde ao campo da educação por meio de políticas federais brasileiras que propõem melhorias nas condições de vida do público escolar, tomando por referência o Programa Saúde na Escola (2007), no Brasil e, o Programa Nacional de Saúde Escolar, de Portugal.

1.2.1. Objetivos Específicos:

Para alcançarmos o objetivo geral, tomamos como nossos norteadores de objetivos específicos os seguintes pontos:

- a) Analisar a configuração do Programa Saúde na Escola (PSE), implantado a partir de 2007, como política interministerial;
- b) Analisar os marcos referenciais de Programas Federais que aproximam Saúde e Educação, a partir da LDB de 1971 até o Programa implantado em 2007, no Brasil;
- c) Apresentar as principais características da Revista Brasileira de Saúde Escolar (RBSE) e articular sua contribuição para a história da Saúde Escolar brasileira;
- d) Pesquisar e analisar a configuração do programa de Saúde Escolar, presente nas políticas de Saúde e Educação de Portugal.

1.3. Aspectos teórico-metodológicos da pesquisa

Nosso trabalho toma por base as contribuições presentes na Psicologia Escolar crítica, de orientação materialista histórico-dialética. Soma-se a este repertório teórico-metodológico, conhecimentos pertinentes às formas críticas de compreensão das relações com o exercício acadêmico-científico.

Reafirmando a premissa de que há a necessidade de enfrentamento da naturalização da vida, e dos produtos históricos e culturais, realizados através do fazer ciência orientado por metodologias e procedimentos organicistas ou mecanicistas trazemos, também, a contribuição de Becker (1999, p.20):

Ao invés de insistir em procedimentos mecânicos que minimizam o julgamento humano, podemos tentar tornar as bases destes julgamentos tão explícitas quanto possível, de modo que outros possam chegar a suas próprias conclusões. Ou podemos transformar nossos problemas em problemas que possam ser resolvidos por procedimentos típicos de uma máquina. Ou podemos decidir não estudar os problemas que não possam ser transformados da maneira acima, sob a alegação de que é melhor aplicar nossos limitados recursos em problemas que possam ser manipulados cientificamente. De maneira geral os métodos contemporâneos escolheram o último.

De forma contundente, Becker nos provoca a reflexão sobre as escolhas que realizamos e, com isso, que tipo de produtos nossas pesquisas apresentarão. O desafio constante nos remete ao trabalho de Denzin e Lincoln (2006), em que definem o campo da pesquisa qualitativa através de diferentes momentos históricos de sua constituição. A pesquisa qualitativa pode ser definida genericamente como

uma atividade situada que localiza o observador no mundo. Consiste em um conjunto de práticas materiais e interpretativas que dão visibilidade ao mundo. Essas práticas transformam o mundo em uma série de representações, incluindo as notas de campo, entrevistas, as conversas, as fotografias, as gravações, e os lembretes (p.17).

Pensar através desta proposta pressupõe um pesquisador que se aproprie destes referenciais, articulando com rigor científico e ético as diferentes formas de atuar numa pesquisa.

Um dos exemplos dessa situação é na pesquisa de campo. Vale dizer que campo é um conceito de larga amplitude. No artigo de Spink (2003), localizamos, além da compreensão de lugar em que se realiza os estudos, mas o autor nos diz que o "campo" não é necessariamente um "lugar específico", mas sim "a situação atual de um assunto". Spink nos diz que "O campo é o método e não o lugar; o foco está na compreensão da construção de sentidos no espaço de vida do indivíduo, grupo, instituição ou comunidade" (p.35-6).

Spink nos diz que quando realizamos pesquisa de campo, nós não vamos ao campo, pois estamos no campo, estamos no tema. Assim, estamos intimamente comprometidos e mergulhados no fazer da pesquisa, cujo olhar é atravessado pela ideia do campo-tema. Não nos separamos daquilo que pesquisamos. Somos parte das soluções e, inevitavelmente do problema, parafraseando Lenin, citado no texto de Spink (2003).

Nosso papel na trajetória investigativa deve ser pautado pelos princípios que regem um dado referencial que respeite e possibilite a compreensão dos fenômenos do cotidiano de maneira complexa e histórica, ou seja, sem negar as limitações que qualquer trabalho apresenta.

Acompanhamos Rigon, Asbahr e Moretti (2010), em material produzido pelo GEPAPe (Grupo de Estudos e Pesquisa sobre Atividade Pedagógica) da Faculdade de Educação da USP, no sentido de corroborar a interface com a pesquisa qualitativa. Os autores dizem, em concordância com González Rey (2005, p.100)³, quando, se refere à pesquisa qualitativa, que "o dado é inseparável do processo de construção teórica no qual adquire legitimidade". Encontramos a afirmação sobre a relação com os procedimentos teórico-metodológicos que suportam o processo investigatório e, que as ferramentas escolhidas neste movimento, não explicam, por si só os fenômenos, mas sim, que é o referencial teórico que sustentará as análises e sínteses dos dados encontrados.

Destacamos que a perspectiva teórica e metodológica que nos guia está presente nas produções da Pedagogia Histórico-Crítica e na Psicologia Histórico-Cultural, ambas calcadas nas obras do grupo vigotskiano que pretendeu a construção de uma psicologia crítica sustentada pelos princípios

³ GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade**: os processos de construção da informação. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

do materialismo histórico-dialético. Os pressupostos estarão presentes no correr de todo o trabalho, porém com maior ênfase nos capítulos 3 e 4, quando dialogaremos com as concepções de Educação e Psicologia Escolar, respectivamente. Feito este preâmbulo sobre nossas orientações metodológicas, passamos a apresentar como foram alcançados os dados nesta pesquisa para posterior análise.

1.4. Desenvolvimento dos temas do trabalho e estruturação do texto

Nosso trabalho está dividido em seis capítulos de maneira que possibilite o entendimento das articulações históricas e conceituais que tocam ao temário da Saúde Escolar.

Iniciamos o segundo capítulo apresentando como o ideário da Saúde Escolar perpassou no correr da história, diferentes propostas de políticas de Saúde. É interessante destacar que a aproximação entre a Saúde e a Educação tem se dado pela via da Saúde com a finalidade de melhorias na qualidade de vida de uma população, pela intenção em conter os altos índices de mortalidade ou, ainda, pelas questões simplesmente econômicas.

Por este motivo, trazemos como abertura das nossas explicações teóricas e históricas, o debate sobre a morte, mais precisamente o suicídio, a partir de um texto de Marx, *Sobre o Suicídio*. Seguindo, trazemos dois excertos de situações insólitas em que a morte é suspensa. A primeira delas é um trecho do filme *A incrível história de Adaline* e, a segunda, de José Saramago, *As intermitências da morte*. Após este diálogo com situações extremas, inspirados pelo trabalho de Lima (1985), resolvemos trazer à baila um pouco da história da Polícia Médica e seus representantes maiores: W.T. Rau que em 1764 definiu com maior especificidade o conceito de Polícia Médica, seguido por J.P.Frank, que em 1779 inicia a publicação dos volumes da obra que terá como nome *Sistema Frank* e, F.A. Mai, que procedeu a melhor síntese das propostas de J.P.Frank.

É imprescindível destacar que as condições da organização política da Alemanha, no século XVIII, favoreceram a criação desta Política Médica de Estado. Apesar de influenciar inúmeros países, esta política, nos moldes em que fora criada, só teve êxito em solo alemão. Inglaterra e França são influenciadas, mas as conjunturas locais não possibilitaram a ação de um modelo tão centralizador. Para a consecução desta tarefa, nos reportamos aos trabalhos de Foucault (1984), Rosen (1979), Lima (1985), Figueiredo (et al, 2008), Costa (1989) e Machado (et al 1978) em que foi possível perceber a transição das premissas da Medicina Social da Europa para o Brasil, desde que a família real portuguesa por cá esteve.

Percebemos com Rosen que o Higienismo é herdeiro das construções históricas da Polícia Médica. Seguimos, então, construindo as relações da Saúde Escolar pelo tempo, porém agora via políticas higienistas. Para tanto buscamos nos referenciar pelas contribuições de Boarini (2004; 2012), Góis Júnior e Lovisolo (2003), Rocha (2003), Penteado (et al, 2005), Costa (1989), Fontenelle (1940) que nos apontam para o movimento centro-periferia, em que as políticas dos países centrais e chamados de desenvolvidos alcançam os países periféricos.

Ao trazer o higienismo para o centro da discussão, percebemos como suas formas de ação avançam pelo século XX e, pelo que se pode concluir das leituras realizadas, adentra o século XXI, também. As escolas foram o centro de referência preferido para as ações higienistas. Nos Compêndios e Manuais de Higiene, as condições da escola, dos conteúdos a serem ensinados e, principalmente dos estudantes tomam lugar de destaque. A perspectiva individualizante e positivista da medicina higiênica se arraigou com intensidade nas políticas de Saúde e Educação. Um mal necessário entre os séculos XVIII e XX, por conta das pestes e epidemias, o modelo higienista extrapolou suas atribuições ao definir os critérios de normalidade juntamente com a perspectiva eugênica.

Deste ponto passamos para as atuais políticas de Promoção de Saúde que, em grande medida norteiam as políticas de Saúde Escolar atuais. Utilizamos como referências principais, as contribuições das obras de Buss (1998), Czeresnia (1998), Valadão (2012), Monteiro (2015). Realizamos um resgate histórico dos principais documentos que dão sustentação para estas políticas e, localizamos algumas contradições. Por outro lado, mais uma vez, constatamos a movimentação centro-periferia, presente nas Conferências e Congressos geradores dos Informes, Cartas e Relatórios.

O período compreendido entre meados dos anos 1970 e os anos 1990, é marcado pelos movimentos internacionais de Promoção de Saúde, inspirados por documentos como Informe Lalonde (1974), Declaração de Alma-Ata (1978) e Carta de Ottawa (1986), que terão suas propostas catalisadas nas propostas presentes nas *Iniciativas Regionais das Escolas Promotoras da Saúde* que tem suas diretrizes firmadas, principalmente, pela Organização Mundial de Saúde

(OMS), Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) e Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef).

Ao pensar a relação Promoção-Prevenção⁴ em Saúde “esbarramos” em tópicos conceitualmente muito próximos das ideias que sustentaram o fazer higienista. Ao tomarmos estes três marcos históricos do movimento de saúde como parametrizadores do desenvolvimento da história da Saúde Escolar, ou seja, a Polícia Médica, o Higienismo e as políticas de Promoção da Saúde atuais, passamos para a apresentação do movimento da Saúde Escolar propriamente dita.

No terceiro capítulo, desenvolvemos o que entendemos como a viga de sustentação deste trabalho, qual seja, a concepção de Educação como via de transformação social por meio da emancipação humana. Utilizando as obras de Vigotski (1991, 1998), Saviani (1994, 2005, 2005), Duarte (1999, 2011), Tuleski (2008), Barroco (2007), Soares (2015), Souza (2007, 2010, 2011b) entre tantas outras contribuições teóricas. Compreendemos ser fundante o debate sobre a concepção de educação, pois pela proposta da Pedagogia Histórico-Crítica postulada por Dermeval Saviani, a educação, ao mesmo tempo em que contribui para a reprodução do sistema capitalista, fornece elementos para que a hegemonia do capital seja negada. É a educação que pode oferecer elementos para despertar e consolidar consciências revolucionárias, embora não seja ela mesma a única responsável pela construção de uma nova realidade social. Como afirma Saviani (2005), o domínio da cultura constitui o instrumento indispensável para a participação política das massas.

Em Vigotski (1998) veremos a relação entre a apropriação dos conhecimentos e o desenvolvimento humano. A aprendizagem é considerada por ele como condição imprescindível para o desenvolvimento. Embora aprendizagem e desenvolvimento não sejam processos equivalentes, eles constituem uma unidade.

Veremos com Soares (2015) a possibilidade de uma educação cuja finalidade seja a emancipação, pois na pedagogia concreta, a Pedagogia Histórico-Crítica, estão as bases de uma concepção dialética da educação, a

⁴ Sobre as definições e diferenciações entre Prevenção e Promoção no interior das políticas de Promoção da Saúde, ver Dina Czeresnia (2008, pp. 39-53)

qual considera os educandos como sujeitos concretos, ou seja, sínteses das múltiplas relações sociais.

E, por isso, uma educação escolar comprometida com a formação do ser humano deve ser, conseqüentemente, comprometida com a promoção da saúde, pois o fenômeno *saúde* exige a reflexão sobre a formação humana, considerando, sobretudo, o processo de educação. Com isso queremos afirmar que a articulação entre saberes e práticas da saúde e da educação é viável desde que as premissas definidoras deste encontro levem em conta o projeto de emancipação.

Em seguida, no quarto capítulo, apresentaremos o campo da Psicologia Escolar a partir da qual nos comprometemos nesta pesquisa. Uma vez compreendida a condição da Educação neste processo, passaremos a apresentar a concepção de Psicologia Escolar com a qual nos balisamos. Como toda a história das ciências fronteiriças, a Psicologia não fica de fora deste embate e, a nossa perspectiva assume o compromisso de luta pela transformação de uma sociedade desigual e excludente. Sendo assim, a Psicologia Escolar com a qual trabalhamos se propõe ao estudo e enfrentamento das práticas que hierarquizam e excluem os sujeitos dos processos educacionais de escolarização.

No âmbito das formas de relação da Psicologia Escolar com a sociedade destacamos os debates e proposições que são feitas no campo das políticas públicas, principalmente no quesito da intersectorialidade. Esta proposta é oriunda de transformações que ocorreram a partir dos anos 1980 e que nos auxiliam para a condução da formação e atuação profissional que superem o clássico pragmatismo psicometrista de outrora. Assim, tomando por referência as construções críticas em Psicologia Escolar intentamos promover a costura com os outros campos que nos tocam, quais sejam: a educação básica, a saúde e, mais pontualmente a saúde escolar.

No quinto capítulo, faremos a apresentação e discussão dos dados com os quais tivemos contato. Iniciando pelo PSE e documentos de referência que consultamos, como o próprio Decreto Presidencial 6.286/2007, “Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais” dos Ministérios da Saúde e Educação (2007) o “Caderno de

Atenção Básica nº 24”, do Ministério da Saúde (2009), “Manual Instrutivo do Programa Saúde na Escola”, dos Ministérios da Saúde e da Educação (2013).

No resgate histórico a partir de 1971, utilizaremos a Lei de Diretrizes e Bases, 5.692/71, que institui o conteúdo de Saúde Humana nos currículos, como ponto de referência. Juntamente com esta Lei, traremos a baila o Documento de 1972 que trata de apresentar uma proposta de implantação deste trabalho de saúde no interior da educação.

Seguimos com a implantação do PNSE (Programa Nacional de Saúde Escolar), em 1984, por meio dos Relatórios do FNDE (Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação) e dos Relatórios do Tribunal de Contas da União que avaliaram os resultados do PNSE.

Encerrando a parte que toca os dados nacionais, apresentaremos a Revista Brasileira de Saúde Escolar, órgão oficial da Associação Brasileira de Saúde Escolar (ABRASE), que nos dá a visibilidade sobre o movimento organizado em torno do ideário de transformar a Saúde Escolar em uma especialidade nas políticas de Saúde. Vale lembrar que esta Revista foi publicada durante a década de 1990, momento de grande delicadeza para a concretização histórica do Sistema Único de Saúde (SUS).

Em seguida, apresentaremos os materiais coletados em território português durante o período em que realizamos nosso estágio doutoral sanduíche no ano de 2015. Este material se constitui dos documentos oficiais do Programa Nacional de Saúde Escolar (PNSE-PT) de 2006 e sua atualização ocorrida entre 2014 e 2015. Além disso, temos duas entrevistas realizadas com representantes dos órgãos diretores das políticas de saúde escolar, tanto na Saúde como na Educação e, duas entrevistas com professoras diretamente ligadas a consecução das ações de saúde escolar nas escolas e agrupamentos a que pertencem.

No sexto capítulo, tentaremos promover as “amarrações” destes conteúdos todos apontando para as possibilidades que este trabalho abre no campo do estudo da intersectorialidade a partir da Psicologia Escolar. Apontamos que o ineditismo do nosso trabalho está na articulação realizada entre as políticas de Saúde Escolar brasileira e portuguesa. Além disso, longe de esgotarmos as possibilidades de análise e uso dos materiais coletados e

pesquisados, esta caminhada continua no nosso fazer profissional e nas pesquisas que daqui se desdobrarão.

2. Saúde Escolar através dos tempos: Polícia Médica, Higienismo e as políticas de Promoção da Saúde

Neste capítulo realizaremos um resgate contextualizador da história da Saúde Escolar tomando como ponto de partida as necessidades conjunturais da passagem do século XVII para o XVIII, nos Estados alemães.

É com Michel Foucault (1984), quando trata do Nascimento da Medicina Social, que iniciamos esta viagem.

Afirmando que o surgimento desta categoria, a medicina social, contradiz a ideia de que é no capitalismo que a medicina passa a ser individualizada, o pensador francês diz:

Minha hipótese é que com o capitalismo não se deu a passagem de uma medicina coletiva para uma medicina privada, mas justamente o contrário; que o capitalismo, desenvolvendo-se em fins do século XVIII e início do século XIX, socializou um primeiro objeto que foi o corpo enquanto força de produção, força de trabalho. O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista (FOUCAULT, 1984, p.80).

Nos aponta que a ideia mais individualizada de medicina era exatamente a que se fazia na Idade Média. Tanto assim, que é na “história da medicina na Idade Média, em que se vê claramente que a medicina medieval era de tipo individualista e as dimensões coletivas da atividade médica extraordinariamente discretas e limitadas”, conforme sugestão de leitura que Foucault (1984, p.80) faz sobre a obra de Victor Bullough *The development of medicine as a profession*, de 1965.

Com isso temos o cenário de uma transição das preocupações médicas do individual (na Idade Média) para o social, tendo em vista a reorganização das cidades em processo de industrialização.

Na linha do que apontamos acima, Foucault, continua:

[...] como dizem alguns, em uma perspectiva que pensam ser política, mas que não é por não ser histórica – que a medicina moderna é individual porque penetrou no

interior das relações de mercado? Que a medicina moderna, na medida em que é ligada a uma economia capitalista, é uma medicina individual, individualista, conhecendo unicamente a relação de mercado do médico com o doente, ignorando a dimensão global, coletiva, da sociedade? Procurarei mostrar o contrário: que a medicina moderna é uma medicina social que tem por *background* uma certa tecnologia do corpo social; que a medicina é uma prática social que somente em um de seus aspectos é individualista e valoriza as relações médico-doente (1984, p.79).

Partindo desta perspectiva histórica de Foucault sobre o trânsito da medicina entre individualizada e social, entendemos pertinente pensar como este processo acontece sob a condução do Estado. Para isto, nos é apresentada, inicialmente, a constituição da noção de “ciência do Estado” na Alemanha.

O exemplo da Alemanha é [...] importante por mostrar como, de maneira paradoxal, se encontra, no início da medicina moderna, o máximo de estatização. [...] Pois, foi na Alemanha que se formou, no século XVIII, bem antes da França e da Inglaterra, o que se pode chamar de ciência do Estado. A noção de *Staatswissenschaft* uma noção alemã e sob o nome de ciência do Estado pode-se agrupar duas coisas, que aparecem, nesta época, na Alemanha: por um lado, um conhecimento que tem por objeto o Estado; não somente os recursos naturais de uma sociedade, nem o estado de sua população, mas também o funcionamento geral de seu aparelho político (p.80-81).

Ainda, tomando as produções e movimentos realizados na Alemanha, temos que:

se desenvolverá uma prática médica efetivamente centrada na melhoria do nível de saúde da população. (p.82-83) [...] desde a medicina de Estado alemã, nenhum Estado ousou propor uma medicina tão nitidamente funcionarizada, coletivizada, estatizada quanto a Alemanha desta época (p.85).

A atenção com a saúde da população por meio de uma medicina controlada e estatizada se explica pela lógica mercantil vigente neste momento histórico. A preocupação com a vida e o viver do povo é fundamental para os interesses do Estado, como apresentaremos.

Sendo assim, para além dos interesses maiores de uma gestão estatal, a realização de uma vida de pleno gozo pode fazer parte do imaginário de

diferentes pessoas, gerações, em diferentes contextos. Porém a perspectiva de longa vida e uma existência saudável se confrontam com a realidade concreta das conjunturas sociais historicamente definidas.

Na obra de Marx/Peuchet⁵ intitulada *Sobre o Suicídio*, originalmente publicada por Marx em 1846, verificamos a ênfase dada pelos autores sobre a relação entre os aspectos opressores da sociedade em relação à vida privada e, neste caso, também, como Marx aborda aspectos da subjetividade.

Löwy (2006), em seu *Um Marx insólito*, preâmbulo do livro, aponta que:

Para Marx/Peuchet, a crítica da sociedade burguesa não se pode limitar à questão da exploração econômica – por mais importante que seja. Ela deve assumir um amplo caráter social e ético, incluindo todos os seus profundos e múltiplos aspectos opressivos. A natureza desumana da sociedade capitalista fere os indivíduos das mais diversas origens sociais (p.17)

Nesta obra é desnudado o caráter opressor que a sociedade burguesa e patriarcal exerce(u) sobre as mulheres⁶, assim podemos ampliar o campo de leitura desta obra para outras esferas das relações sociais não menos excludentes e/ou marginalizantes, pois esta é a característica inerente ao sistema capitalista.

A relação vida-morte, saúde-doença nos toca de forma crucial neste trabalho a partir da necessidade em localizarmos este debate para além do maniqueísmo bom-mau, certo-errado etc. Levados pela perspectiva dialética, precisamos encontrar os pontos de síntese, de criação de alternativas que superem esse binarismo ainda tão em voga.

Descrita na literatura mundial por meio de diferentes formas, a cobiçada vida eterna em terra, apresentada como dádiva aos humanos, também entra em choque com a alternativa de se poder, pelas próprias mãos dar um fim para a existência. O suicídio, para além das depreciações balisadas em premissas morais e/ou religiosas, pode ser visto como algo de potente na decisão de uma pessoa e, não como um ato de covardia. A articulação da

⁵ Na obra “Sobre o suicídio”, Marx utiliza como base o texto-relatório produzido por Peuchet sobre as estatísticas de suicidas. Peuchet é tido, então, como um co-autor da obra.

⁶ Ambos (Peuchet e Marx) fazem uma denúncia, conforme Löwy (2006), que “esse texto de Marx é uma das mais poderosas peças de acusação à opressão contra as mulheres já publicadas. (p.18)

finitude auto-imputada, muitas vezes chamada antinatural encontra sua refuta quando

Nas palavras de Peuchet, tomadas por Marx: [...] Antes de tudo, é um absurdo considerar antinatural um comportamento que se consuma com tanta frequência; o suicídio não é, de modo algum, antinatural, pois diariamente somos suas testemunhas. O que é contra a natureza não acontece. Ao contrário, está *na natureza de nossa sociedade* gerar muitos suicídios [...]. *As sociedades não geram todas, portanto, os mesmos produtos*; é o que precisamos ter em mente para trabalharmos na reforma de nossa sociedade e permitir-lhe que se eleve a um patamar mais alto [do destino do gênero humano]. (MARX, 2006, p.25 – destaques em itálico feitos pelo autor)

Então, a proposta de naturalização das relações socialmente determinadas, presentes desde há muito nos registros científicos, precisa ser confrontada sempre que temos a oportunidade. O nivelamento raso e circunstancial das análises sobre as complexas relações humanas devem ser evitadas a todo custo, caso este em que Marx ao realizar seu texto a partir da obra de Peuchet transcende o exercício descritivo proporcionando a análise conjuntural, no caso, da temática “suicídio”.

Löwy (2006), diz que “o suicídio é significativo [...] sobretudo como sintoma de uma sociedade doente, que necessita de uma transformação radical” (p.15-16). Transformação que vai para além dos aspectos econômicos. Neste sentido, lembramos que é possível uma pessoa extinguir a própria vida, porém não há relato de que o contrário tenha ocorrido, ou seja, que alguém tenha alcançado a vida eterna por força de sua própria vontade e intenção.

A fim de ilustrar esta questão buscamos no universo da ficção e de obras fantásticas a descrição pouco tranquila da relação “vida eterna” e a morte. Encontramos no filme *A incrível história de Adaline*⁷, a cena que em seguida descrevemos:

A jovem caminha pelo corredor do apartamento, entre a sala e o interior do imóvel. Elegantemente arrumada para as comemorações de ano novo e, coincidentemente, seu aniversário, se posta em frente ao espelho de moldura oval e adornada. Sorri para si mesma! Ajeitando a franja, passa a mão direita sobre a testa, e toca suavemente com a ponta dos dedos o entorno do

⁷ As análises críticas cabíveis ao filme, enquanto obra, não serão tratadas aqui.

olho direito. Acaricia um sinal, uma pequena e suave linha, uma fina ruga, sinal da idade, do tempo em ação sobre o corpo. Sorriu para si, quando ao fundo, sua filha, já com oitenta e tantos anos lhe pergunta se está tudo bem. Ela, sorrindo, satisfeita, responde: Tudo bem! Tudo perfeito!

Nesta obra, a “perfeição”, contraditoriamente, assinala o reinício da contagem de um tempo há muito parado. Parado, sem que houvesse uma explicação lógica para isso após um acidente de carro, em seu corpo de vinte e nove anos que insistia em não envelhecer. O tempo correu, passou. Pessoas amigas e amores se foram. A angústia de não envelhecer tomava conta da existência de Adaline que acompanhava sua filha se curvando aos efeitos do tempo. Adaline fugia de tudo que pudesse demarcar a rotina e fixidez da vida cotidiana, pois as pessoas jamais compreendiam a incompatibilidade entre a jovialidade aparente dos seus vinte e nove anos em contraste com a inexorável matemática entre data de nascimento e a data do momento de comparação.

A vida plenamente vivida, sem a menor ameaça da “frieza” e “terribilidade” da morte. Assim Adaline “morria” em vida seus dias supostamente infinitos.

A perfeição, de fato, ora explicitada pela personagem do filme, é resgatada, inexplicavelmente, após outro acidente automobilístico. Assim, como alcançou a vida eterna e seus (des)encantos, de repente, a morte começava a dar sinais em seu corpo. E, isso a fez reencontrar-se com algo que ela denomina sem titubear como “perfeito!”.

Se ao verificarmos o suicídio como temática do enfrentamento às agruras da vida insuportável, histórica e socialmente determinada, vemos que Adaline, carrega o fardo do não envelhecimento (a imortalidade) e o descompasso deste processo (talvez um não-processo) com a vida cotidiana. Adaline, mesmo sem saber o que a arrebatara para uma vida de plena juventude é subordinada pela determinação dos padrões do funcionamento social.

Acompanhando esta lógica, da infinitude, da eterna jovialidade explicitada tipicamente em “contos de fadas”, temos atualmente o maciço investimento da indústria farmacêutica e de cosméticos para a manutenção dos traços joviais. Além disso, vemos a cobrança para que tenhamos um corpo formatado pela indústria “da moda”, *fitness*, ou para alcançar os índices de

saúde (GÓIS JÚNIOR; LOVISOLO, 2003) estabelecidos pelos organismos internacionais como OMS, OPAS, APA, DSMs etc.

Sobre estes índices, apontamos por exemplo o IMC ou a pressão arterial definidores de normalidade e de saúde. Ou ainda, sobre o que é definido como um comportamento normal. Desde que Ivan Illich (1975), seguido por tantos outros pensadores, denunciou o processo de medicalização e Canguilhem (1990/1966) denuncia a normalização da vida, temos a obrigação de nos posicionarmos criticamente sobre estas marcas externas apontadas pelas ciências da vida (PORTOCARRERO, 2009).

Voltando a caminhar pela trilha do insólito, retomamos a ilustração sobre a preocupação com a morte e a vida longa.

Imaginemos, juntamente com José Saramago (2014), que a partir de amanhã ninguém mais morrerá. A Morte, está de férias. Ou como diziam “alguns graciosos” habitantes do país em que ninguém morria “a greve da morte”. Ela abriu mão de seus afazeres cotidianos e colocou sua foice atrás da porta.

Esta situação, caso acontecida, implicaria em um sem número de consequências e desdobramentos na vida cotidiana das pessoas “mais comuns” às mais “bem colocadas” social e economicamente. Ninguém passa incólume pelas decisões da morte, ou seja, a morte em si, vista como o mais democrático dos acontecimentos em nossas vidas.

Voltando ao texto de Marx, emprestamos sua lucidez para apontar como estamos todos influenciados pela complexidade dos arranjos culturais de uma época e suas formas de expressão na organização social.

[...] até que ponto a pretensão dos cidadãos filantropos está fundamentada na ideia de que se trata de dar aos proletários um pouco de pão e de educação, como se somente os trabalhadores definhassem sob as atuais condições sociais, ao passo que, para o restante da sociedade, o mundo tal como existe fosse o melhor dos mundos. (MARX, 2006, p. 22)

É verdade que o mundo das aparências realmente pode se lhes apresentar muito melhor do que para a imensa maioria da população. E, se a

morte “está em greve”, ora, “que boa notícia!” podem expressar os jovens e abastados.

Saramago descreve, em sua ficção, que havia uma corrente de cidadãos firmemente convencidos a defender que é possível vencer a morte pela “simples ação da vontade”. Isto por conta de uma certa confusão feita por uma repórter e a empresa de mídia em que trabalha. A população entendeu que isto seria possível após ouvir o relato de um jovem sobre a situação de seu avô que “como se se tivesse arrependido” resolveu não mais morrer. Esta frase correu pelos grupos como sendo: “o velho arrependeu-se”, imperativamente!

Desta perspectiva desdobra uma análise lógica. Se tantas outras pessoas morreram nos tempos idos, fica fácil de se supor que isso ocorrera pela “debilidade de volição das gerações anteriores”.

Para nós, este exemplo remonta a tantas teorias científicas que centram no indivíduo a exclusiva responsabilidade pelo seu sucesso ou fracasso no mundo, ou mais pontualmente, no universo da escolarização. Estas perspectivas centradas no indivíduo vêm sustentando práticas medicalizantes⁸ e excludentes/marginalizantes no interior de uma sociedade calcada na proliferação das desigualdades, temas descritos e analisados nos trabalhos de, entre outras, Patto (1984, 1996, 2005,), Souza (1994, 2000, 2007, 2010, 2011b), Marcondes (1994, 2003), Tanamachi (2007), Antunes (2004, 2008, 2013), Collares e Moysés (1985, 1992, 1996),

Retornando ao texto de Saramago, se por um lado um grupo de cidadãos passa a defender o protagonismo individual tal qual nas análises realizadas por Bock (1999) sobre a obra *As Aventuras do Barão de Münchhausen*, por outro lado, temos que um

movimento popular de massas, dotado de uma visão prospectiva mais ambiciosa, proclamará que o maior sonho da humanidade desde o princípio dos tempos, isto é, o gozo feliz de uma vida eterna cá na terra, se havia tornado em um bem para todos, como o sol que nasce todos os dias e o ar que respiramos. (SARAMAGO, 2014, p. 15)

Vale a pergunta: em quais condições a organização desta nossa humanidade pode permitir a realização do “gozo feliz de uma vida eterna cá na

⁸ O processo de Medicalização é tido como o movimento que transforma as questões eminentemente sociais em médicas.

terra”? Talvez em um mundo menos imperfeito, porém é certo que não seria nestes atuais modelos de sociedade. Sociedade que não pode ser tomada como uma abstração ou uma idealização, pois construída historicamente, é concreta, viva e mutante.

Encontramos a partir de Mészáros algumas notas sobre esta questão acerca da sociedade concebida no universo teórico de Marx.

Substituir a análise marxiana das determinações e relações sociais *específicas* por referências vagas a uma “*sociedade*” genérica não nos leva absolutamente a lugar nenhum. [...] a sociedade existente é sempre uma totalidade historicamente específica e em evolução. Não existe algo como uma sociedade no abstrato, que pudesse por definição, “abranger” tudo em sua atemporalidade apriorística, e, conseqüentemente, nenhuma perspectiva concebível de compreensão crítica poderia ser imaginada em relação a ela.

A sociedade real existe apenas em sua concreta determinabilidade. Como tal, ela é feita de uma multiplicidade de complexos e totalidades historicamente em mutação, inclusive, obviamente, a totalidade constantemente dada dos indivíduos sociais reais. (MÉSZÁROS, 2011, p.72)

Este interjogo entre vida e morte, que Saramago nos apresenta, traz à tona algo que pode passar despercebido a uma leitura mais alijeirada.

Os efeitos da “greve da morte” incidirão diretamente sobre os gestores estatais daquele país a partir das demandas da iniciativa privada, tais como as funerárias que estarão sem seus preciosos defuntos, os hospitais pra lá de superlotados de moribundos com “a vida em suspensão”, asilos ficando também superlotados com o fim da rotatividade natural, as seguradoras em pânico devido aos enormes prejuízos devidos aos cancelamentos dos planos, o surgimento de uma máfia que trafica pessoas para as fronteiras, a fim de que lá encontrassem a morte. O Estado é chamado a responder a uma situação de crise estrutural. A economia e a organização social do país está a sucumbir.

Ianni (2004) no diz que “é especialmente nas crises estruturais que o Estado amplia a sua ação neste ou naquele setor de produção, nesta ou naquela esfera da economia, estabelecendo diretrizes para o uso do capital, da força de trabalho, etc!” (p.203)

Partindo dessa constatação sobre a necessária intervenção estatal, percebemos como esta situação fez parte de países como Inglaterra, França e Alemanha na virada do século XVII para o século XVIII. Centraremos nossas atenções, primordialmente no caso alemão.

Encontramos na obra de Rosen (1979) as informações sobre os movimentos realizados no interior da lógica do mercantilismo e cameralismo (alemão). Estes apontamentos são também localizados nas obras de Lima (1985), Figueiredo, Machado e Abreu (2008) e Foucault (1984).

Nesta época, fins do século XVII, o pensamento político e econômico é definido pelo apreço aos benefícios de uma população em crescimento e a ânsia pelo aumento no número de habitantes de um país (ROSEN, p.144). Na descrição do autor, seguimos com a informação de que em 1668 um alemão (médico, químico, projetista, escritor de política e economia), Johann Joachim Becher publicou um discurso enfatizando a necessidade de uma população numerosa. O cunhado de Becher, o austríaco Philipp Wilhelm von Hörnick, professava que o crescimento populacional seria a principal função do Estado (ROSEN, 1979).

George Rosen traz, também, a posição do filósofo David Hume, em que “solicitava que o Estado promovesse ativamente o aumento populacional encorajando todas as instituições que favorecessem este processo”.

Na França, durante o reinado de Luís XIV, foram definidas ações legais que isentavam de impostos os que se casassem cedo. “Em um ato de 1669 referente ao Canadá [impôs-se] multas aos pais que não casassem suas filhas antes dos dezesseis anos e seus filhos antes dos vinte” (ROSEN, 1979, p.145).

Por motivações políticas, econômicas e militares a ênfase no aumento da densidade populacional é explicitada por John Bellers (1714):

Pessoas trabalhando com regularidade são o maior tesouro do Reino, pois sem trabalhadores não pode haver senhores; e se os trabalhadores pobres não produzirem mais comida e manufaturas do que lhes é necessário para a subsistência, todo senhor deverá se tornar trabalhador, todo ocioso morrerá de fome (ROSEN, 1979, p.145).

Para pensar sobre esta opinião de Bellers, que traduz o pensamento da época, podemos resgatar a máxima marxiana que propõe: “de cada um

segundo suas capacidades, [assegurando] a cada um segundo suas necessidades” (MARX, 2012, p.6) para contrapor o princípio que sustenta a subordinação escravizadora dos indivíduos no interior da sociedade capitalista e dividida em classes.

Retomando a pesquisa de Rosen, encontramos a afirmação de Daniel Defoe, “Mais bocas, mais riqueza”, para designar o pressuposto de que uma população maior significa diretamente produção maior e, também, um consumo maior. Na obra de Lima encontramos a exposição que segue:

Mas para que precisavam os Estados de grandes populações? Para comerciar, para empreender a industrialização, para a riqueza e para a defesa das classes dominantes. Vivia-se uma constante luta pelos limites de fronteiras e reorganização geográfica e política dos Estados e daí nascia um novo sentimento nacional e a necessidade de exércitos competentes (LIMA, 1985, p.79).

Resumindo em um parágrafo a relação entre o bem-estar da sociedade e o bem-estar do Estado no interior da lógica mercantilista fundante do período, temos:

O que o poder nacional exigia, segundo a visão dos governantes e de seus conselheiros, era em primeiro lugar uma população densa; em segundo lugar, uma população materialmente bem provida; em terceiro lugar, uma população sob o controle do governo para que pudesse ser utilizada de acordo com as necessidades do poder público. Nos diferentes lugares e épocas em que a doutrina mercantilista foi colocada em prática, foram enfatizados diferentes aspectos. Mas de alguma forma sempre se reconheceu que para a população ser eficazmente utilizada no país era preciso dar atenção aos problemas de saúde (ROSEN, 1979, p.147).

Na Alemanha, o cameralismo, versão germânica do mercantilismo, fornecerá as bases para as ações das relações sociais da saúde e da doença. Destaque para a obra de Johann Peter Frank, o *System einer Vollständigen Medicinischen Politzei*, mais conhecido como “Sistema Frank”.

Neste contexto, o cameralismo tem a tarefa de, como disciplina, proporcionar as bases para as quais o Estado agiria sistematizando as funções

estatais em franco crescimento (ROSEN, 1979). O aspecto mais marcante, conforme apontado por Lima (1985), a partir de Rosen (1979), é o modelo de Polícia, mais precisamente a Polícia Médica. Ainda segundo Lima (1985, p.80), o termo “*Polizey* é derivado do grego *politéia*, constituição ou administração de um Estado, está relacionado, dentro da tradição cameralista alemã, a uma teoria e prática de Estado absolutista”.

A obra de Frank, que tem seu primeiro volume datado de 1779 é composta por nove volumes, sendo criada como guia para os funcionários do Estado:

O sistema de Frank preocupava-se com a higiene pública e individual e estendia-se sobre demografia, casamento, procriação, puerpério, saúde infantil, vestuário, problemas sanitários da habitação, esgotos e suprimento de água, prevenção de acidentes, medicina militar, doenças epidêmicas, transmissíveis e venéreas, e medicina escolar. Disponha detalhadamente sobre o atendimento ao escolar e a supervisão das instituições educacionais, particularizando desde a prevenção de acidentes até a higiene mental, desde a elaboração de programas de atletismo até a iluminação, aquecimento e ventilação das salas de aula (LIMA, 1985, p.80).

A complexidade e riqueza da obra de Frank se traduz também no fato que fora produzida entre os anos de 1779 a 1821, ou seja, 42 anos para sua conclusão. A partir de então, Frank Anton Mai desenvolve um código que tem grande ênfase nas questões educacionais, “propondo um oficial de saúde para atuar nos colégios, instruindo alunos e professores a respeito da manutenção da saúde” (LIMA, 1985, p.81; ROSEN, 1979). Isso posto, localizamos a afirmação de que por sua contribuição Frank pode ser considerado o pai da Saúde Escolar (LIMA, 1985).

Rosen (1979) traça com rigor e preciosidade a trajetória histórica dos desdobramentos da Polícia Médica até que se configure em Medicina Social. Descreve também, como estas ideias transitaram pela França e Inglaterra, porém apresentando outras peculiaridades, então mais ligadas às condições político-econômicas e sociais destes dois países, diferentemente do que ocorreu na Alemanha.

Na esteira das interferências históricas do Estado e suas políticas (Polícias), inspiradas também no Sistema Frank e seus desdobramentos nos campos da Saúde e Educação, a fim de favorecer o crescimento populacional, percebemos a relevância do movimento higienista que vai despontando desde o século XVIII.

Retornamos a obra de Rosen (1979), quando nos descreve o interesse de médicos sobre as relações entre “os problemas de saúde com a sociedade e em particular com o Estado” (p.161). Nos diz Rosen:

O começo desta tendência já pode ser entrevisto no início do século XVII. Entre os médicos que se preocupavam com as relações entre governo e saúde, merece atenção o tirolês Hippolyt Guarinonius (1571 – 1654) [...] que escreveu seu trabalho sobre higiene, sendo que a primeira parte foi publicada em 1610 em Inglostadt sob o título de *Greuel der Verwüstung menschlichen Geschlechts*. Uma continuação deste trabalho, terminada quarenta anos mais tarde, só está disponível em manuscrito. Guarinonius era um devoto católico e seu livro está imbuído de idéias religiosas, fato que fica mais explícito na ligação estabelecida entre higiene e moral. Vários problemas de higiene pública e privada são discutidos, abusos são indicados e melhoramentos são propostos (p.161).

Além desta proposta que acaba por articular preceitos de higiene com premissas morais, Rosen (1979) nos fornece a síntese do trabalho de Ludwig von Hörnigk, publicado em 1638, com destaque especial para o título: “Polícia Médica, ou uma Descrição dos Médicos, tanto dos comuns quanto dos Médicos da Corte, Municipais, Militares, de Hospital, de Peste, Boticários, Droguistas, Cirurgiões, Oculistas, Operadores de Hérnia e Pedra, Confeiteiros, Comerciantes e Banheiros” (p.162).

Ainda no século XVIII encontramos o autor tido como referência em Polícia Médica, Wolfgang Thomas Rav. Rosen aponta que o termo Polícia Médica pode ter sido utilizado pela primeira vez por W.T. Rau, em seu livro *Gedangen von dem Nutzen und der Nothwendigkeit einer medicinischen Policy-ordnung in einem Stat* (Reflexões sobre a utilidade e a necessidade de um regulamento de polícia médica para um Estado) (ROSEN, 1979).

Para Rau, a qualidade técnica dos médicos é imperiosa, pois:

[...] a má utilização da medicina por pessoas sem treino é tão perigosa quanto a descoberta da pólvora. Para se dispor de um pessoal médico competente, é necessário decretar um regulamento de polícia médica que regulará a educação médica, supervisionará boticas e hospitais, prevenirá epidemias, combaterá o charlatanismo e possibilitará o esclarecimento da população (ROSEN, 1979, p.165).

E, para o “esclarecimento da população” Rau sugere a utilização de almanaques:

[...] muito populares, para difundir preceitos úteis sobre a dieta e manutenção da saúde, cuidados devidos às mulheres grávidas, às mães que estiverem amamentando e às mulheres em trabalho de parto, cuidados devidos às crianças e proteção contra doenças endêmicas e epidêmicas (ROSEN, 1979, p.166).

Vemos que além das preocupações básicas daquilo que será conhecido por “Higienismo”, encontramos bases históricas sobre educação em saúde, algo tão em voga nos programas de Saúde Escolar dos séculos XX e XXI.

O caminho para a transição do modelo de Polícia Médica ao Higienismo passa pelas mudanças que ocorreram nas sociedades francesa, inglesa e, “tardiamente”, na alemã. As novas configurações pós-revoluções implementa uma nova ordem política e econômica industrial. Assim, Rosen destaca que

Durante as primeiras décadas do século XIX este conceito era uma superestrutura ideológica equilibrada sobre as fundações abaladas do absolutismo e do cameralismo. Em suma, comprometer-se a aplicar este conceito aos dilemas da nova sociedade industrial significava oferecer uma solução, apresentada como remédio, que no momento já estava pronta para ser descartada (1979, p.189).

Ainda neste sentido, na Inglaterra, em 1844, segundo Rosen, James Black publica

[...] uma série de palestras sobre higiene pública e polícia médica, das quais se depreende que a esfera de atividade da polícia médica refere-se à ação reguladora relativa à higiene da comida, bebida, ocupação,

destinação dos mortos, provisão de água e saneamento do meio (1979, p.186)

Trazendo esta discussão para o contexto nacional, veremos que no Brasil colonial, principalmente no período em que a família real esteve aqui estabelecida, entre 1808 e 1821, percebemos os desdobramentos de saberes e práticas tanto da lógica ligada à Polícia Médica como do Movimento Higienista, que se estabelecerá em fins do século XIX. Este período entre fins do século XVIII e início do XIX é marcado por conflitos de toda ordem no que diz respeito às relações entre a administração portuguesa e a colônia para a gestão das cidades e suas populações.

Segundo Costa (1989, p.20):

Até meados do século XVIII as cidades tinham sido praticamente abandonadas por Portugal. A ocupação do território brasileiro fez-se através da iniciativa privada dos colonos. Enquanto os interesses políticos e econômicos desses colonos coincidiram com os do reino, as cidades se comportaram conforme a expectativa do Estado. No século XVIII, com a mudança de situação, a metrópole precisou intervir a fim de reconduzir as cidades à ordem colonial.

As soluções neste momento, estabelecidas por um sistema jurídico-policial de cunho punitivo e truculento, com o tempo mostrou-se “incapaz de conter o caos urbano” (COSTA, 1989, p.20). Além disso, os conflitos entre o Governo colonial, a Igreja (leia-se os jesuítas), as elites agrárias e a população se aprofundaram significativamente.

Este é ponto histórico em que a medicina higiênica é chamada para exercer o “governo político dos indivíduos”:

A medicina que, desde o início do século XIX, lutava contra a tutela jurídico-administrativa herdada da Colônia, deu um largo passo em direção à sua independência, aliando-se ao novo sistema contra a antiga ordem colonial. Este progresso fez-se através da higiene, que incorporou a cidade e a população ao campo do saber médico (COSTA, 1989, p.28).

Apesar de conflituoso e carregado de contradições, o encontro entre Medicina e Estado convergiu em torno de um comum acordo, a salubridade. O

embate da administração colonial contra as formas de adoecimento como as epidemias, febres e infecções, além da contaminação da água e ar, teve seu alento nas solicitações de soluções propostas pela medicina e suas exigências higiênicas. “Entre os trunfos da superioridade médica, um dos mais importantes foi a técnica de higienização das populações. Na Colônia, a conduta anti-higiênica dos habitantes era um dos empecilhos fundamentais à saúde da cidade” (COSTA, 1989, p.29).

Fica difícil não retomar aos princípios e práticas da Polícia Médica quando resgatamos, ainda com Costa (1989), que a “medicina apossou-se do espaço urbano e imprimiu-lhe as marcas de seu poder”. E, o autor segue nos apresentando um rol de elementos da vida cotidiana que a ordem médica se apropria:

Matas, pântanos, rios, alimentos, esgotos, água, ar, cemitérios, quartéis, escolas, prostíbulos, fábricas, matadouros e casas foram alguns dos inúmeros elementos urbanos atraídos para a órbita médica. A higiene revelava a dimensão médica de quase todos estes fenômenos físicos, humanos e sociais e construía para cada um deles uma tática específica de abordagem, domínio e transformação (p.30).

Este caminho evolutivo das relações entre os saberes e práticas da medicina e Estado passará pela definição de uma Medicina Social, que, segundo Boarini (2004) terá como seu desdobramento o “higienismo, como uma forma de pensar”.

Rosen (1979), respondendo a própria pergunta “O que é medicina social?” diz que este conceito surge como resposta ao processo de industrialização e sua ligação com as doenças. Apresentando uma característica positiva e ampliada Rosen destaca que:

Em grande parte, a história da medicina social é a história da política social (bem-estar). Preocupada de início principalmente com a nova classe de trabalhadores industriais e com seus problemas, a medicina social pode hoje ser concebida em um sentido mais amplo, incluindo vários grupos sociais (1979, p.138).

E segue apontando para o fato de que esta ampliação conceitual se dá pelo “avanço da medicina e com o desenvolvimento da ciência social” e que:

No conceito de medicina social, é fundamental o interesse pelo que, na saúde do homem, tem origem em sua vida comunitária. Tendo em mente este interesse podemos distinguir dois aspectos principais na medicina social: 1) descritivo e 2) normativo. Como ciência descritiva, ela investiga as condições sociais e médicas de grupos específicos e estabelece as relações causais que existem entre estas condições; como ciência normativa, estabelece padrões para os vários grupos que estão sendo estudados e indica medidas que podem ser tomadas para atenuar as condições existentes e alcançar os padrões que foram determinados. O alcance da medicina social também pode ser delimitado através de três importantes aspectos sociológicos: 1) saúde em relação à comunidade, 2) saúde como valor social e 3) saúde e política social (p.138).

Finalizando a resposta sobre sua própria questão, Rosen diz:

Vivemos hoje em um mundo caracterizado por uma complexa organização social, econômica e política. Para tratar eficientemente dos problemas de saúde e de doença deste mundo, o desenvolvimento da medicina social é uma condição necessária. Apresento esta minha análise como modesta contribuição à realização deste objetivo (1979, p.141).

Após esta contribuição de Rosen, retomamos Boarini (2004) para pensarmos o advento da Medicina Social como higienizadora da sociedade urbanizada, juntamente com Machado et al (1978).

O processo de urbanização desordenada e a contínua onda de pestes e epidemias, especialmente a febre amarela que, em 1849, no Rio de Janeiro será motivo para a intervenção do Ministério do Império e Academia Imperial de Medicina por meio de um plano de combate às epidemias. Na descrição de Machado et al (1978, p.244) temos que em 1850 é emitido o aviso sobre as “providências para prevenir e atalhar o progresso da febre amarela”.

Destacam os autores que este plano “aumenta incrivelmente o controle sobre os indivíduos e a vida da cidade. [...] as medidas higiênicas são exacerbadas a tal ponto que toda a vida da cidade é organizada em função da destruição da doença epidêmica” (MACHADO et al, 1978, p.244).

É a partir deste tipo de movimento que a Medicina Social passa a representar uma nova forma de conhecimento sobre o homem; tematizando as ações a partir das perspectivas física e moral que avançam para as relações com o meio natural e social (MACHADO et al, 1978). Suas práticas e discursos progridem no sentido da “medicalização da vida social”, intervindo higienicamente sobre segmentos e instituições como a família, quartel, prostíbulo, escola, etc (BOARINI, 2004; MACHADO et al, 1978).

A higienização das instituições e, assim, dos corpos, vislumbra a infância como foco para a educação preventiva e corretiva de hábitos e costumes. Com isso, a escola torna-se campo excelente para as práticas dos saberes higiênicos.

Rocha (2003), na linha investigativa sobre a relação entre escola e higiene, nos descreve que em 1920 este processo relacional era preconizado por

Eliminar *atitudes viciosas* e inculcar hábitos salutarés, desde a mais tenra idade. Criar um *sistema fundamental de hábitos higiênicos*, capaz de dominar, inconscientemente, toda a existência das crianças. Modelar, enfim, a *natureza infantil* pela aquisição de hábitos que resguardassem a infância da debilidade e das moléstias. Eis as tarefas de que se deveria incumbir a escola primária (p.40, grifos da autora).

E continua a autora destacando que a política sanitária paulista, orientada pelo Instituto de Hygiene de São Paulo, vislumbrou a instituição escolar como o “cenário privilegiado de um conjunto de práticas voltadas para o disciplinamento da infância”. A escola é também conclamada a “oferecer sua poderosa colaboração para o sucesso de campanhas que visam o combate de endemias e epidemias” e “para a difusão de meios de prevenção e preservação da saúde” (p.40).

Imbuídos dos padrões de racionalidade do universo escolar, nada escapou aos higienistas. Tanto a arquitetura, o mobiliário e o ensino propriamente dito, quanto o controle da saúde física e do comportamento social, intelectual e psíquico de cada aluno, constituíram-se em preocupações médicas de caráter higienista (BOARINI, 2012, p.33).

Em seu “Compendio de Higiene”, Fontenelle (1940), complementa afirmando

A importância da higiene na escola não se reduz ao efeito direto e imediato sobre os alunos, porque a escola que é higiênica e que funciona com hábitos higienicos contribue [sic.] para educar o povo todo. As crianças adquirem bons costumes e os propagam em casa, onde desejam que tudo se passe como na escola, a cujo meio puro e sadio facilmente de acostumam (p.705).

Seguindo esta linha, Penteado, Chun e Silva (2005) sintetizam a ideia presente em Rosen (1994)⁹, apontando que

Na gênese da higiene e educação em saúde encontra-se a esperança de uma revolução da moralidade social, concretizada em ações fundamentadas em uma concepção de educação de base cognitivista e baseada na difusão da informação/conhecimento – como se o simples fato de explicar, ensinar e demonstrar a maneira de mudar fosse suficiente para que as transformações ocorressem (p.12).

Boarini (2012) nos diz em seu “Infância Higienizada” que “a higiene é uma necessidade em qualquer período” e disto não há dúvidas. A questão posta por diferentes pensadores pode se resumir na afirmação de Penteado, Chun e Silva (2005, p.12):

O discurso e a prática higienista servem como “disfarces” para sustentar o preconceito, o distanciamento e o nojo que as elites passam a nutrir em relação aos segmentos populares, aos pobres e aos trabalhadores – todos responsabilizados e culpados pela precariedade das suas condições de vida e pelas doenças que possuem, acusados de serem portadores de morbidez e transmissores de epidemias. As ações higienistas envolvem campanhas para a defesa e o combate e ataque radical contra as doenças e os seus agentes causadores, considerados como terríveis inimigos.

Lançando um olhar avaliativo sobre as interações dos higienistas e compreendendo que as marcas deste movimento ainda se fazem presentes em nosso meio, Boarini (2012, p.44-45) diz que

⁹ ROSEN, G. *Uma história da saúde pública*. São Paulo: Hucitec, 1994.

[...] os médicos higienistas entendiam que a formação [do] novo homem necessário para fazer do Brasil uma grande nação deveria ocorrer, principalmente, por meio da educação, sendo o espaço escolar um *locus* privilegiado da investida higienista, e foram incontáveis os encaminhamentos que fizeram nesta direção. Hoje o tempo transcorrido nos leva a constatar que, ao ignorar a condição e a inserção social da criança, tratando-a apenas no plano das ideias, inevitavelmente incorreremos numa generalidade inconsequente. Perdemos de vista a especificidade da infância se não levarmos em conta a real situação vivenciada pelas crianças, da classe popular ou não. Com isto estamos querendo afirmar que não existe a categoria infância no singular. A infância enquanto, constituição biológica, é igual para todos nós, salvaguardadas as intercorrências no campo da saúde; porém a infância enquanto vivência social é configurada pela sua inserção no mundo do trabalho. Enquanto construção histórica, a infância não é algo homogêneo que escape às contradições sociais peculiares a uma sociedade de classes. Desta forma, abandonando a concepção linear da história e naturalista da essência humana, podemos afirmar que não há termo de comparação entre a condição social da criança da classe popular e a criança idealizada cientificamente pelos médicos higienistas. Enfim, a infância higienizada não era uma possibilidade para todas as crianças.

E, com Góis Júnior e Lovisolo (2003, p.42), temos outra contribuição sobre a presença dos princípios higienistas em políticas atuais. Os autores afirmam que:

[...] os princípios e objetivos do movimento, embora com diversos outros nomes, continuaram em voga até o fim do século XX, contrariando a tese habitual de que teriam se encerrado na década de 1930 ou 1940. Tentaremos demonstrar a hipótese de que o Movimento Higienista do final do século XIX e início do século XX no Brasil é o mesmo “movimento da saúde” da atualidade, com algumas adaptações dadas por mudanças nas condições que, entre outras, provocaram alteração dos objetivos.

Os autores destacam que é possível localizar a transição do “Movimento Higienista” do início o século XX, caracterizado pelas ações voltadas para o coletivo, com a prescrição de hábitos higiênicos, para um “Movimento de Saúde”, que se apresenta centrado no indivíduo, como “no caso

das orientações médicas que apelam para a consciência individual de controlar os fatores de risco” (p.44). A guisa de exemplificação tomam por base o campo da Educação Física para confirmar a hipótese de continuidade do modelo higienista.

Seguimos com Penteado, Chun e Silva (2005 p.14) quando afirmam que:

Resquícios da abordagem higienista encontram-se presentes até hoje nas ações educativas em saúde e nas campanhas sanitárias. Estas últimas, muitas vezes, abordam os problemas de maneira isolada e se restringem à difusão da informação sem estabelecer relações com as condições de vida, aspectos culturais, históricos e políticas públicas. Nas ações educativas, permanecem as posturas e relações autoritárias dos profissionais da saúde e educação para com os usuários desses serviços; a primazia do repasse unilateral de informações, de maneira individual e as ações normatizadoras e controladoras dos hábitos, comportamentos e condutas a serem seguidas de maneira descontextualizada das condições de vida de sujeitos e comunidades; a desconsideração dos aspectos das condições de vida, do saber, dos valores, da cultura popular e da subjetividade remete os indivíduos à responsabilidade pelo risco de adoecer e intensifica seus sentimentos de frustração e angústia por não conseguirem cumprir as determinações da maneira como elas lhes são apresentadas.

Após transitarmos entre os pressupostos básicos de Polícia Médica e da lógica do Movimento Higienista, passemos a tratar das premissas que norteiam as políticas de promoção de saúde, implementadas na segunda metade do século XX.

O marco legal significativo do início do movimento de Promoção da Saúde, está ligado ao *Informe Lalonde: uma nova perspectiva sobre a saúde dos canadenses*, produzido em 1974, no Canadá. Buss (2008), em seu *Uma Introdução ao conceito de Promoção de Saúde*, nos descreve que a “motivação central do Informe Lalonde parece ter sido política, técnica e econômica, pois visava enfrentar os custos crescentes de assistência médica” (p. 22).

Valadão (2004) sintetiza que “afirmava-se [...] que o impacto da organização de assistência à saúde sobre os níveis de saúde da população

canadense era desproporcional aos custos, cada vez maiores, das prestações de serviços.” (p. 11).

Czeresnia (2008) afirma que o conceito de promoção de saúde é revalorizado, resgatando a partir de uma nova discursividade, “o pensamento médico social do século XIX expresso na obra de autores como Virchow, Villermée, Chadwick e outros afirmando as relações entre saúde e condições de vida.” (p. 39).

Assim como apontou Buss, a autora descreve que:

Uma das motivações centrais dessa retomada foi a necessidade de controlar os custos desmedidamente crescentes [...]. A configuração do discurso da ‘nova saúde pública’ ocorreu no contexto de sociedades capitalistas neoliberais. Um dos eixos básicos do discurso da promoção da saúde é fortalecer a ideia de autonomia dos sujeitos e dos grupos sociais. Uma questão que se apresenta é qual concepção de autonomia é efetivamente proposta e construída. A análise de alguns autores evidencia como a configuração dos conhecimentos e das práticas, nestas sociedades, estariam construindo representações científicas e culturais, conformando os sujeitos para exercerem uma autonomia regulada, estimulando a livre escolha segundo uma lógica de mercado (p. 39-40).

Seguindo a linha de que há contradições no interior da proposta das políticas de promoção de saúde, calcada nos diferentes interesses que permeiam a constituição da sociedade, Czeresnia (2008) descreve a existência de uma perspectiva conservadora e, outra, de viés progressista. A primeira privilegia o esvaziamento das responsabilidades do Estado transferindo para os indivíduos o cuidado de si. Já a segunda, progressista, dialoga no caminho de políticas intersetoriais com a finalidade do “aumento de qualidade de vida das populações” (p. 40).

Monteiro (2012), afirma que o caráter intersetorial das ações torna-se fundamental, pois avança em relação às políticas de setores que atuam separados (saúde, assistência social, educação, saneamento, etc.), sobre as condições de vida da população.

A ampliação de ações para além de um determinado campo representa avanço significativo no processo de exercício das políticas públicas. Longe de

compreender que qualquer política está acabada, pronta, Czeresnia (2008) nos chama a atenção para que:

Independente das diferentes perspectivas filosóficas, teóricas e políticas envolvidas, surgem dificuldades na operacionalização dos projetos em promoção de saúde. Essas dificuldades aparecem como inconsistências, contradições e pontos obscuros e, na maioria das vezes, não se distinguem claramente das estratégias de promoção das práticas preventivas tradicionais (p. 40).

Valadão (2012), ao refazer o caminho constitutivo dos marcos legais de implementação da lógica de Promoção de Saúde, aponta que a recuperação histórica nos aproxima dos embates entre diferentes visões técnicas e políticas. Corroborando o que afirma Czeresnia (2008), diz que a “promoção da saúde não compreende uma formulação uniforme ou livre de contradições internas” (p.17). Vale destacar que “dada sua origem nos países desenvolvidos, o movimento de promoção da saúde pode ser tomado como mais um projeto específico, apresentado como universal” (p.18).

Dentre os documentos norteadores, frutos de conferências e congressos internacionais, reafirmamos a relevância de compreender a direção que as formulações das diretrizes para a Promoção de Saúde seguiram. Como dissemos, formalmente, este processo se inicia em 1974, no Canadá, com o *Informe Lalonde*. Na sequência, a Declaração de *Alma-Ata* de 1978 – com o lema “Saúde para todos no ano 2000”, tomando como estratégia a Atenção Primária de Saúde.

Na Inglaterra, em 1980, surge o Relatório Black¹⁰ pelo qual foi evidenciada a iniquidade social, bem como a relação entre classe social e os indicadores de mortalidade e morbidade. Isto denota que a garantia de acesso aos equipamentos e serviços de saúde não garante a redução considerável de iniquidades na área de saúde. Novamente no Canadá, em 1986, é lançada a *Carta de Ottawa* sobre promoção da saúde na I Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde.

Quando da realização da II Conferência Internacional, na Austrália, em 1988, surge a Declaração de Adelaide Sobre Políticas Públicas Saudáveis. A III

¹⁰ Referência a “Black Report on Inequities in health (Relatório negro sobre as desigualdades em saúde)

Conferência Internacional, realizada na Suécia, em 1991, gera a Declaração de Sundsväl sobre Ambientes Favoráveis à Saúde.

Até aqui vimos que os documentos só foram gerados a partir de países ditos desenvolvidos e ligados ao capitalismo central. Em 1992, ocorrem eventos na América Latina; a “Rio 92”, Conferência das Nações Unidas sobre o Ambiente e Desenvolvimento. Também neste ano, na Colômbia, ocorre a Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde na Região das Américas, conhecida como “Declaração de Santafé de Bogotá”. No ano seguinte, a “Carta do Caribe” para Promoção da Saúde é lançada a partir da Conferência de Promoção da Saúde do Caribe, em Trinidad e Tobago.

Em 1997, a “Declaração de Jakarta” na Indonésia, sobre Promoção da Saúde no século XXI, em diante, construída na IV Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde. Vale lembrar que a I Conferência Internacional ocorreu em 1986, ou seja, foram necessários 11 anos para que um evento desta relevância ocorresse fora do eixo dos países do centro político-econômico mundial. Já no ano 2000, ocorre a V Conferência Internacional no México e, em 2005, a VI Conferência em Bangkok, na Tailândia.

Como afirma Buss (2008) sobre as origens dos documentos citados

Observa-se [...] que, em um mundo globalizado, a promoção da saúde apresenta um forte ‘componente internacionalista’¹¹, presente em todos os seus documentos de natureza mais política (as cartas e declarações das conferências, por exemplo), seja no entendimento dos problemas, seja nas propostas de intervenção (p.16, grifos nossos).

Destes documentos, percebemos que há um resgate interessante, feito na Declaração de Jacarta, em que “a pobreza foi considerada a principal ameaça à saúde”. Obviamente que os tempos são outros, mas Rosen (1989), já descrevia que no século XVIII – 1771 – um conde milanês se preocupava com os “efeitos desastrosos das doenças contagiosas causadas por carência e miséria”. Em Glasgow, no século XIX, Robert Cowan, também citado por Rosen, diz sobre a prevalência da doença epidêmica e que ela depende de

¹¹ Fazemos este destaque, pois entendemos que essa consideração do autor é relevante para nossa discussão sobre a implementação das políticas de Saúde Escolar.

uma série de causas, porém “a mais influente de todas é a pobreza e a miséria”.

Na mesma Inglaterra ao transitar da Idade Média, sobre a pobreza, dizia-se que “era considerada como perigo potencial para a segurança do Estado”. A materialização desta preocupação se dará com a Lei dos Pobres, vigente por mais de dois séculos.

Esta historicização dos documentos que culminam nas atuais políticas de promoção da saúde aponta para a presença constante da preocupação com o bem-estar das populações, independente das motivações. É certo que os aspectos econômicos sempre se destacam como motivadores essenciais e, que neste momento a forma encontrada para ampliar a efetividade das ações destas políticas está sob o viés da intersectorialidade.

Monteiro (2012) dialogando a partir de documento publicado pela OMS, nos diz que

[...] as ações que procuram desenvolver estratégias voltadas à promoção da saúde e os estudos acerca do tema definem como um dos seus princípios o caráter necessariamente intersectorial das ações, nas quais as atividades de natureza educativa (seja na escola ou fora dela) assumem lugar de destaque (p.62).

Com isso, acompanhando diversos autores (ALMEIDA FILHO, 2011; PAIM, 2008; LAURELL, 1982; BARATA, 2009; BUSS, 2013, entre outros) compreendemos que o conceito de saúde que está presente nas propostas atuais avança sobremaneira em relação ao que preconiza a própria OMS, que já definiu saúde como a ausência completa de enfermidades ou a proposta do “completo estado de bem-estar físico, mental e social”. Nesse processo, a ideia da saúde como um recurso para a vida vem se consagrando, uma vez que o debate tem incorporado o pensamento sobre os diferentes determinantes que definem a saúde real.

Nesta linha, percebemos como a necessidade das ações intersectorializadas alcançam a escola (tanto hoje desde há muito tempo) como o campo privilegiado para a prevenção e promoção da saúde. Concordamos com a afirmação de que “a cada dia que se passa mais aumenta a impressão da importância do problema da saúde na escola”. Esta frase poderia estar em qualquer um dos manuais produzidos para fins explicativos e de implantação

da Saúde Escolar, mas é a frase de abertura do capítulo IV *A saúde na escola* do *Compendio de Higiene*, de J.P. Fontenele (1940, p. 749). Continuando, temos a máxima de que “nenhum povo poderá ser valido, forte e sadio, si desde a escola primária todos os esforços não se conjugarem para o cultivo da saúde individual (sic)” (p. 749).

Assim, a Saúde Escolar atravessa os tempos, governos, modelos de saúde (Polícia Médica, Higienismo) e se mantém como proposta para as soluções dos problemas de saúde de um povo por meio da responsabilização social. Segundo Valadão (2004) em relação a este processo histórico da Saúde Escolar, temos:

Novos componentes técnicos e científicos vão sendo agregados à concepção inicial, deslocando progressivamente a sua legitimação dos eixos da moral e da perspectiva “civilizatória para uma aparente despolitização apoiada na ciência, ainda que mantendo a modelagem de comportamentos como objetivo central. Assim, durante cerca de cinquenta anos, houve predominância de uma educação sanitária normativa e prescritiva, com ênfase na responsabilidade individual e com características de inspeção, destinada a higienizar e moralizar as pessoas e as cidades (p.28).

Diante do processo medicalizante que se sustentava pelas práticas da “Higiene Escolar” e pela “Medicina Escolar” que vigoraram até fins dos anos 1970, apontamos a tentativa de rever esta perspectiva a partir de então. Novos movimentos mobilizam a sociedade para a constituição de uma educação libertadora e à promoção da saúde e saúde coletiva abrindo, assim, espaço para questionamentos profundos e a construção de novos fazeres.

As décadas de 1980 e 1990 trouxeram um conjunto de mudanças no cenário epidemiológico e político-institucional brasileiro. Nesse sentido, a formulação da proposta de Escolas Promotoras de Saúde é contemporânea a importantes alterações nas políticas educacionais e nas políticas de saúde potencialmente relevantes para o campo da saúde na escola (VALADÃO, 2004, P. 30).

Neste ponto a autora nos aponta para a criação, a partir dos anos 1990, das *Escolas Promotoras de Saúde* e os *Programas de Saúde na Escola*. A primeira proposta está ligada ao Projeto Cidades Saudáveis, da OMS-1997

e, a segunda diz da materialização das tentativas de transformação no interior das políticas de saúde e educação após a promulgação da Constituição Federal, em 1988 e, da VIII Conferência Nacional de Saúde. A relevância destes dois eventos é destacada por Valadão (2004):

Os processos simbolizados por estes eventos geraram um novo cenário para pensar e implantar políticas públicas para a promoção da saúde da população escolarizada. Completa-se, nesse período, a falência do modelo de atenção à saúde (médico e odontológico) sediado na escola (p.31).

Vale dizer que nenhuma mudança, principalmente em políticas públicas, ocorre de forma radical e imediata, mas estes movimentos demarcam rupturas significativas e a produção de novas referências. Conforme nos aponta Gonçalves et al (2008), a partir de documento do Ministério da Saúde:

[...] em 1998, o Ministério da Saúde, por meio da Secretaria de Políticas de Saúde instituiu o Projeto Promoção da Saúde, objetivando elaborar e desenvolver uma política nacional de promoção da saúde. Para o desenvolvimento do seu plano de ação, foram previstas as seguintes linhas de atuação: Promoção da Saúde da Família e da Comunidade, Promoção de Ações contra a Violência, Capacitação de Recursos Humanos para a promoção e Escola Promotora de Saúde, Espaços Saudáveis e Comunicação e Mobilização Social (p. 183).

E seguem as autoras apontando a relevante condição da escola para a consecução desta proposta:

[...] a escola é um espaço de ensino-aprendizagem, convivência e crescimento importante, no qual se adquirem valores fundamentais. A escola é o lugar ideal para se desenvolverem programas de Promoção e Educação em Saúde de amplo alcance e repercussão, já que exerce uma grande influência sobre seus alunos nas etapas formativas e mais importantes de suas vidas (p.183).

Entendemos necessário apontar que a instituição deste Projeto, pelo Ministério da Saúde em 1998, acontece no período de vigência do PNSE (entre

1984 e 2006) e, que no ano de 2006 é lançada a Política Nacional de Promoção da Saúde, revista em 2014.

A atual versão das políticas que relacionavam os campos de saúde e educação (Saúde Escolar, Saúde na Escola), seguem as premissas definidoras das políticas de promoção de saúde implementadas a partir de 1974, com o Informe Lalonde até os documentos atuais já descritos.

Uma das vertentes das políticas de promoção da saúde, surge no século XX, com as Escolas Promotoras da Saúde, estratégia complementar ao Programa Cidades Saudáveis, lançado pela OMS, em 1987. A versão Latino-Americana deste programa denominada Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde, é coordenada pela OPAS (Organização Pan Americana de Saúde).

Acompanhando este processo, a partir do material presente no documento do Ministério da Saúde sobre as Escolas Promotoras de Saúde (Brasil, 2007), destacamos como eventos marcantes para a evolução das políticas de Saúde Escolar o Congresso de Saúde Escolar, realizado em 1995, no Chile, em que foi acordada a criação da Rede Latino-Americana de Escolas Promotoras de Saúde. Disso resultou a I Reunião da Rede em 1996, em San José da Costa Rica. A II Reunião foi realizada no México em 1998 e, a III Reunião, em Quito, Equador, no ano de 2002. A IV Reunião da Rede, ocorreu em San Juan de Porto Rico, em 2004, contribuindo para fortalecer os mecanismos de intercâmbio de conhecimentos e experiências sobre saúde escolar. Facilitou a discussão entre os participantes, nos quais se incluía o Brasil, sobre temas prioritários de saúde e a identificação de linhas de ação para melhorar a capacidade do sistema escolar com ações voltadas para a promoção de saúde nos países.

Com as alterações sugeridas pelo Tribunal de Contas da União e a influência internacional para a execução de novas políticas de Saúde Escolar, o Brasil por meio da articulação entre os Ministérios da Saúde e Educação, em 2007, institui o Programa Saúde na Escola. Tendo em vista esta articulação e, como dissemos, pautando este trabalho pelo enfoque educacional, passaremos a discorrer sobre nossa perspectiva sobre o conceito de educação e suas relações na promoção da saúde.

3. Por uma Educação que contribui para a transformação social

Considerando a temática desta tese compreendemos ser pertinente discorrermos sobre as condições fundantes do processo educacional que alicerçam nossa perspectiva. Pensar a entrada das políticas ou estratégias da saúde no campo escolar e educacional traz-nos a responsabilidade de pensar sobre os processos complexos que conceituam as políticas de educação, particularmente no Brasil.

Para tanto, como já o fizemos no capítulo anterior, retomaremos brevemente a explanação sobre a articulação entre a educação com a proposta de promoção em saúde, seguindo para o tema da educação como uma das premissas para a consecução da emancipação humana e, por fim, como a educação escolar é importante para o desenvolvimento humano. Levamos em conta os limites impostos para a realização do desenvolvimento integral, uma vez que estamos imersos em um contexto onde as relações humanas e a produção da cultura são pautadas pelos interesses do capital e, com isto, impedindo que se alcance a máxima expressão da humanidade.

3.1. Ensino e promoção de saúde: que modelo de educação?

Soares (2015), apresenta uma discussão a respeito do papel do ensino na promoção de saúde, tomando como ponto de partida a hipótese de que “a criação das condições para a formação e o autodomínio dos processos funcionais psíquicos superiores no âmbito da educação escolar impõe-se como uma das condições que corroboram a promoção da saúde” (p.27). A autora compreende que um ensino esvaziado de conceitos científicos desembocará na desinstrumentalização psíquica dos sujeitos para o trato com a realidade. Essa desinstrumentalização consiste em um desenvolvimento insuficiente da consciência e da autoconsciência dos indivíduos e é considerada uma das principais consequências do empobrecimento da formação escolar. Por outro lado, uma sólida formação teórica seria capaz de fornecer os elementos necessários para o enriquecimento da relação dos indivíduos consigo mesmos e com a realidade social.

Soares ressalta ainda que conforme o tipo de educação escolar praticada, esta impactará na formação dos sistemas psicológicos e na consciência e, por conseguinte, na qualidade de saúde de cada um e cada uma, pois:

Uma aprendizagem esvaziada dos conteúdos científicos precariza a possibilidade de desenvolvimento e articulação das operações lógicas do pensamento, fato este que contribui para o empobrecimento da consciência e da relação dos indivíduos com a realidade. [...] Nessa direção, consideramos que a educação escolar, ao articular a aprendizagem e o ensino, corrobora o desenvolvimento do pensamento conceitual e, conseqüentemente, possibilita aos agentes desse processo perceber, refletir e se relacionar com o mundo e consigo próprios para além das formas imediatas e aparentes. É, pois, o tipo de educação que promove a máxima formação do indivíduo e, nesse sentido, cria condições favoráveis à promoção da sua saúde (SOARES, 2015, p.163;166)

Assim, compreende-se, que o desenvolvimento da consciência e da autoconsciência, formadas através da complexificação do ato instrumental, que, por sua vez, acontece no processo de educação escolar, influenciam diretamente a liberdade e a intencionalidade de que necessitam os indivíduos para relacionarem-se consigo mesmos e com o mundo. Daí a necessidade de uma formação sólida, que mantenha sempre em vista a finalidade emancipatória da educação (ibid.).

Acompanhamos Soares (2015) na defesa de uma educação escolar comprometida com a formação do ser humano e, conseqüentemente, comprometida com a promoção da saúde, tendo em vista que qualquer análise sobre o fenômeno *saúde* exige a reflexão sobre a formação humana, considerando, sobretudo, o processo de educação.

Há, portanto, um tipo de educação que permite a promoção de saúde. Refletir sobre ela nos exige pensar seriamente sobre quais modelos pedagógicos estão atrelados à finalidade emancipatória da educação. Para tanto, tomamos como base, principalmente, as contribuições de Saviani (2002; 2005; 2013) e Duarte (2011; 2013) .

Saviani (2005), em *Escola e Democracia*, apresenta um diagnóstico das principais teorias pedagógicas, apontando as contribuições e os limites de

cada uma delas, classificando-as em dois grupos. O primeiro grupo é o das teorias não-críticas, que concebem a educação como um instrumento de equalização social e superação da marginalidade. A sociedade é tida como essencialmente harmoniosa, tendendo à integração de seus membros. A marginalidade aparece, assim, como um fenômeno acidental, uma distorção que pode e deve ser corrigida. O instrumento de correção dessa distorção é a educação, que tem como papel reforçar os laços sociais, promover coesão e garantir a integração de todos os indivíduos no corpo social. Dentre elas estão a Pedagogia Tradicional, a Pedagogia Nova e a Pedagogia Tecnicista. Como destaca o autor, no que se refere à relação entre educação e sociedade, a educação aparece com um alto grau de autonomia, visto que lhe cabe um papel decisivo na conformação da sociedade.

O segundo grupo é o das teorias crítico-reprodutivistas, em que a educação é compreendida como um instrumento de discriminação social. A sociedade é concebida como essencialmente marcada pela divisão entre classes antagônicas. A marginalidade surge aqui como um fenômeno inerente à estrutura da sociedade e da educação, por sua vez, é compreendida como inteiramente dependente da estrutura social que gera a marginalidade, cumprindo uma função reforçadora da dominação e da marginalização. Nesse grupo são localizadas a Teoria do Sistema de Ensino como Violência Simbólica, a Teoria da Escola como Aparelho Ideológico do Estado e a Teoria da Escola Dualista (ibid.).

O nome dado aos distintos grupos é esclarecido por Saviani nos seguintes termos:

Tomando como critério de criticidade a percepção dos condicionantes objetivos, denominarei as teorias do primeiro grupo de “teorias não-críticas” já que encaram a educação como autônoma e buscam compreendê-la a partir dela mesma. Inversamente, aquelas do segundo grupo são críticas uma vez que se empenham em compreender a educação remetendo-a sempre a seus condicionantes objetivos, isto é, à estrutura socioeconômica que determina a forma de manifestação do fenômeno educativo. Como, porém, entendem que a função básica da educação é a reprodução da sociedade, serão por mim denominadas de “teorias crítico-reprodutivistas” (SAVIANI, 2005, p.5).

Saviani aponta que enquanto as teorias não-críticas têm a pretensão ingênua de resolver o problema da marginalidade por meio da escola, sem, entretanto, conseguir obter êxito, as teorias crítico-reprodutivistas explicam a razão do suposto fracasso, o que seria na realidade a função própria da escola: sendo um instrumento de reprodução das relações de produção, ela necessariamente reproduz a dominação e a exploração. Nas palavras do autor, “A impressão que fica é que se passou de um poder ilusório para a impotência” (p.24).

Nos dois grupos a história é sacrificada, no primeiro através da anulação das contradições do real; no segundo pela reificação da estrutura social em que as contradições são aprisionadas. A partir dessa análise, o autor questiona se seria possível articular a escola com os interesses daqueles que estão dominados. Em outras palavras, “é possível uma teoria da educação que capte criticamente a escola como um instrumento capaz de contribuir para a superação do problema da marginalidade?” (ibid., p.25).

3.2. Sociedade capitalista e as condições para o fazer educacional emancipador

Nas relações sociais capitalistas, o trabalho é transformado em mercadoria, pois o trabalhador, destituído dos meios de produção, passa a vender sua força de trabalho. Sobre a propriedade privada e o assalariamento da força de trabalho são geradas as condições para que o trabalho aliena o homem ao invés de humanizá-lo. A vivência dessas relações expressa-se em diversos níveis de alienação. O homem aliena-se de sua relação com a natureza, de sua própria atividade e de si mesmo como ser humano. Ao passo em que o produto de seu trabalho não lhe pertence mais, sua relação com a natureza fica distanciada e fetichiza-se. O trabalho mesmo se transforma e deixa de ser a ação própria da vida para tornar-se meio de vida. Assim, o homem é coisificado e afasta-se do vínculo que o une a sua espécie. O trabalho não é mais o elo que une o indivíduo à humanidade, e sim um meio individual de garantir a sobrevivência (IASI, 1999).

Estando o trabalho submetido à ordem do capital no corrente modo de sociabilidade em que vivemos, é também neste cenário que a educação deve ser pensada, analisada e discutida. Tendo em vista, como nos aponta Marx, que “o modo de produção da vida material condiciona o processo de vida social, política e intelectual” (2008, p.47), é preciso contextualizar a discussão a respeito da educação no cenário do modo de produção capitalista. Nas palavras de Saviani (2002) não é possível compreender a história da educação contemporânea sem que se compreenda o movimento do capital.

Tanamachi (2013, p.2), refere-se ao Dicionário do Pensamento Marxista (BOTTOMORE, 2001, p.142) e discute a impossibilidade da liberdade ou emancipação humana no capitalismo:

os princípios da economia capitalista não garantem a emancipação do homem enquanto meta máxima para a humanidade, uma vez que essa forma de organização social e política produz "A 'exploração do homem pelo homem', a reificação das relações sociais entre seres humanos como relações entre 'coisas', [...] a destruição dos pressupostos vivos de toda a produção[...]" (a natureza e a humanidade).

Assim, a ideologia neoliberal confere à educação a função de reprodução do modo de sociabilidade capitalista. CHAVES (2012, p.202) nos diz que “como a educação está profundamente inserida no contexto em que surge e se desenvolve, também vivencia e expressa os ‘movimentos contraditórios que emergem do processo das lutas entre classes e frações de classe’”. É nesse processo contraditório que a educação, ao mesmo tempo em que contribui para a reprodução do sistema capitalista, fornece elementos para que a hegemonia do capital seja negada. É a educação que pode oferecer elementos para despertar e consolidar consciências revolucionárias, embora não seja ela mesma a única responsável pela construção de uma nova realidade social. Como afirma Saviani (2005), o domínio da cultura constitui o instrumento indispensável para a participação política das massas.

Nessa perspectiva, educação e a possibilidade de transformação social caminham lado a lado. Em sua análise, Saviani (id.) não só nos coloca frente à necessidade de superação das teorias crítico-reprodutivistas, mas, mais do que isso, frente à possibilidade de uma teoria que a supere. Essa teoria deve

sobrepular tanto a ideia de um poder ilusório da educação quanto a ideia de impotência, “colocando nas mãos dos educadores uma arma de luta capaz de permitir-lhes o exercício de um poder real, ainda que limitado” (p.25). Essa teoria, uma teoria crítica da educação, permite lutar contra a marginalidade por meio da escola, o que significa garantir aos trabalhadores o ensino da melhor qualidade possível nas condições históricas atuais (SAVIANI, 2005).

Com base nessa perspectiva, defendemos a ideia de uma educação concebida para além do engessamento ocasionado pela estrutura social, uma educação que não se restringe à reprodução da desigualdade, mas que, em que pese todas as limitações impostas pelo modo de sociabilidade capitalista, tenha em si a potencialidade de emancipação e a possibilidade de contribuir efetivamente no processo de humanização.

3.3. Educação escolar e desenvolvimento humano

Como vimos, o trabalho exerce papel central no desenvolvimento psíquico do homem e, portanto, em seu processo de humanização. Para Duarte (2000), o conceito de trabalho humano, tal como proposto na teoria marxista, reflete no conceito de atividade proposto por Vigotski. Também Furtado e Svartman (2009) afirmam que a transformação consciente da natureza produziu um correlato psicológico denominado por Vigotski de atividade.

É da atividade humana que resultam as funções psicológicas, bem como toda a produção cultural e social (AGUIAR, 2002). A atividade é determinada pela forma como a sociedade se organiza para o trabalho, mas ela não se reduz à atividade laboral; ela passa a ser a relação de ação concreta do sujeito no mundo (FURTADO; SVARTMAN, 2009; AGUIAR, 2002).

A sistematização do conceito de atividade é realizada por Leontiev, que desenvolve a teoria psicológica geral da atividade. Podemos dizer que para ele o processo de humanização acontece por meio de “atividades dominantes”, definidas por ele como aquelas “cujo desenvolvimento condiciona as principais mudanças nos processos psíquicos da criança e as particularidades psicológicas da sua personalidade num dado estágio de desenvolvimento”

(LEONTIEV, 1978, p.312). Tais atividades seriam o brincar, o estudo e o trabalho. Através delas o homem, em seu desenvolvimento ontogenético apropria-se das objetivações próprias do gênero humano (LEONTIEV, 1983).

Leontiev (1987) pressupõe que a estrutura geral da atividade é composta por duas características centrais, uma de orientação e outra de execução, que correspondem, respectivamente, às necessidades, aos motivos, ao objeto e às tarefas; às ações e suas operações. A atividade, como compreende o autor, parte sempre de uma necessidade:

A primeira condição de toda atividade é uma necessidade. Todavia, em si, a necessidade não pode determinar a orientação concreta de uma atividade, pois é apenas no objeto da atividade que ela encontra a sua determinação: deve, por assim dizer, encontrar-se nele. Uma vez que a necessidade encontra sua determinação no objeto (se “objetiva” nele), o dito objeto torna-se motivo da atividade, aquilo que o estimula (ibid., p.115).

Leontiev segue esclarecendo que:

Não levando o objeto da ação, por si próprio, a agir, é necessário que a ação surja e se realize, que o seu objeto apareça na relação com o motivo da atividade em que entra essa ação. Essa ação é refletida pelo sujeito de uma forma perfeitamente determinada: sob a forma de consciência do objeto da ação enquanto fim. Assim, o objeto da ação não é afinal senão o seu fim imediato conscientizado (ibid., p.317).

Tais trechos nos permitem, como apontam Rigon, Asbahr e Moretti (2010), perceber a dinâmica da atividade e compreendê-la como sistema. Destacam ainda que “essa compreensão do conceito de atividade, bem como de sua vinculação ao conceito de trabalho, traz implicações para a concepção de educação e, em particular, de educação humanizadora, tal como entendida dentro da teoria histórico-cultural” (p.24).

A partir dessa compreensão, assumimos o conceito de educação como atividade, o que significa considerar as múltiplas dimensões do conhecimento enquanto produto da atividade humana (ibid.).

A educação como atividade nos faz refletir, também, sobre as atividades desenvolvidas no processo

pedagógico. O objeto da atividade pedagógica é a transformação dos indivíduos no processo de apropriação dos conhecimentos e saberes; por meio dessa atividade – teórica e prática -, é que se materializa a necessidade humana de se apropriar dos bens culturais como forma de constituição humana (ibid., p. 24).

Também em Vigotski fica evidente a intrínseca relação entre a apropriação dos conhecimentos e o desenvolvimento humano. A aprendizagem é considerada por ele condição imprescindível para o desenvolvimento. Embora aprendizagem e desenvolvimento não sejam processos equivalentes, eles constituem uma unidade:

[...] o aprendizado não é desenvolvimento; entretanto, o aprendizado adequadamente organizado resulta em desenvolvimento mental e põe em movimento vários processos de desenvolvimento que, de outra forma, seriam impossíveis de acontecer. Assim, o aprendizado é um aspecto necessário e universal do processo de desenvolvimento das funções psicológicas culturalmente organizadas e especificamente humanas (VIGOTSKI, 1998, p.118)

Compreende-se, assim, que o desenvolvimento psicológico humano decorre da relação entre o sujeito e o mundo, mediado pelo conhecimento historicamente elaborado, que objetiva-se na aprendizagem em geral e também em condições organizadas de forma particular para esse fim, como é o caso da educação escolar (RIGON et. al, 2010).

Retomando o processo de humanização, Leontiev (1978) compreende que o homem não nasce humano, nasce candidato a humano e humaniza-se na medida em que se apropria da cultura. Esse processo de apropriação da cultura humana é, pois, resultado da atividade efetiva do homem sobre o mundo. A esse respeito Rigon, Asbahr e Moretti afirmam:

Logo, é na relação com outros seres humanos, que a criança tem a possibilidade de se apropriar das obras humanas e humanizar-se. A esse processo, Leontiev denominou de educação. Esse é o principal motor de transmissão e apropriação da história social humana. Nessa perspectiva, a educação é o processo de transmissão e assimilação da cultura produzida historicamente, sendo por meio dela que os indivíduos humanizam-se, herdando a cultura da humanidade (2010, p.27).

Nas palavras de Leontiev:

As aquisições do desenvolvimento histórico das aptidões humanas não são simplesmente dadas aos homens nos fenômenos objetivos da cultura material e espiritual que os encarnam, mas são aí apenas postas. Para se apropriar desses resultados, para fazer deles as suas aptidões, “os órgãos da sua individualidade”, a criança, o ser humano, deve entrar em relação com os fenômenos do mundo circundante através de outros homens, isto é, num processo de comunicação com eles. Assim, a criança aprende a atividade adequada. Pela sua função, esse processo é, portanto, um processo de educação (1978, p.290).

Como nos aponta Saviani (1994), no atual estágio de acumulação do conhecimento historicamente produzido em que nos encontramos, a escola surge como espaço de transmissão do saber sistematizado acumulado. A educação escolar assume, portanto, um papel fundamental no processo de ensino e aprendizagem e, conseqüentemente, de humanização. Como nos coloca Tuleski,

[...] consideramos que a escola se constitui em espaço para a formação daquilo que não existe, mas pode vir a existir, visto que o conteúdo escolar provoca a emergência e o desenvolvimento das funções propriamente humanas: as funções psicológicas superiores. A escola, além de ensinar o conteúdo curricular, provoca o desenvolvimento daqueles que por ela passam ou que nela atuam (com e sem deficiências); ou seja, ela é (ou deveria ser) uma instituição provocadora do processo de humanização. Ela, obviamente, não é a única instituição promotora deste processo, porém [...] sua atividade clássica de ensinar assume nele importância fundamental. A escola é fundamental para o desenvolvimento humano porque, da mesma forma que a ação produtiva do homem altera sua constituição biológica pela criação e uso de ferramentas, a apropriação de conhecimentos gera processos de raciocínio completamente novos, bem como novas necessidades de conhecer e raciocinar (p. 289).

Tuleski ressalta o quanto a escola, em sua função educacional, assume papel central em nossa perspectiva. Entendemos que na abordagem da Psicologia Histórico-Cultural a escola passa de uma proposta pedagógica

de reprodução de saberes para ser compreendida como um lugar histórico que subsidia a possibilidade da formação de consciências críticas sobre as determinações sociais, bem como o local que almeja e tenta concretizar uma sociedade igualitária (TANAMACHI; MEIRA, 2003). Aqui o sentido de igualdade não é entendido como aquele posto pelo sistema neoliberal, o qual coloca os sujeitos como iguais apenas perante a lei e as oportunidades e desconsidera as diferenças de classes impostas pelo próprio sistema. Ao contrário, compreendemos que uma sociedade igualitária se constitui, como proposto por Saviani (2005), sobre a igualdade real, que centra a igualdade essencial entre os homens e implica uma igualdade do acesso ao saber. Para isto os conteúdos devem permitir que o conhecimento seja difundido de uma maneira viva e atualizada.

Assim, no desenvolvimento das capacidades humanas, sob a perspectiva histórico-cultural, os processos educativos escolares têm papel essencial, já que na sociedade capitalista a escola é a instituição que reúne os conhecimentos de forma sistematizada (SUZUKI, 2012; FACCI, SILVA; RIBEIRO, 2012; TEMPLE, 2010; MARTINS, 2012).

Soares (2015) atenta para a importância da formação de conceitos no desenvolvimento humano, destacando, com base na Psicologia Histórico-Cultural, que o papel da formação de conceitos espontâneos, não científicos, diferencia-se dos conceitos científicos, escolares, no que tange ao desenvolvimento dos sistemas psicológicos superiores, destacando a superioridade dos conceitos científicos em relação aos conceitos espontâneos e ressaltando, por sua vez, a preponderância da educação escolar. A esse respeito a autora ressalta as contribuições de Saviani (2005), que considera artificial o estabelecimento da dicotomia entre os conteúdos científicos e os conteúdos espontâneos, pois não existe relação de oposição entre conceitos espontâneos e conceitos científicos, uma vez que a especificação da prática educativa define-se pelo caráter de uma relação, a relação pedagógica, que se trava entre não antagônicos.

Vigotski, ao tratar da diferença entre o aprendizado da criança em idade pré-escolar e o aprendizado escolar, esclarece que este último “produz algo fundamentalmente novo no desenvolvimento da criança” (1998, p.110). É a escola, portanto, o local privilegiado para a complexa apropriação dos

conteúdos sistematizados, o que, conseqüentemente, leva ao desenvolvimento das funções psicológicas superiores. Para o autor, as funções psicológicas superiores emergem das funções elementares de origem biológica, mas têm um caráter sócio-cultural e apenas se desenvolvem na relação com outros sujeitos, ou seja, em um contexto sócio-cultural.

As funções psicológicas superiores, segundo Facci (2004), apenas se desenvolvem a partir das formas superiores de conduta, que são produtos da evolução histórica. É a apropriação da cultura humana que leva os indivíduos a pensar de forma humana, pois ao utilizarem os signos sociais, ao fazerem relações com os fatos e objetos apreendidos, é que os indivíduos podem compreender a realidade social e natural. Assim, compreende-se que o conhecimento produzido historicamente pela humanidade deve ser socializado, sendo a escola o lugar privilegiado para tal.

Temple aponta que

Na atividade de estudo, com a orientação do professor, o aluno pode apropriar-se da experiência histórico-social por meio das diversas esferas de conhecimento da ciência. É nesse processo de apropriação do mundo externo, por meio do processo de internalização, que o aluno desenvolve as FPS. A educação, se corretamente organizada, constitui a forma universal e indispensável ao desenvolvimento do processo intelectual (2010, p.237).

Assim, na perspectiva vigotskiana fica claro o grau de dependência do desenvolvimento psíquico em relação à educação escolar. Ficam evidentes as diferenças qualitativas entre o ensino orientado por conceitos espontâneos e aquele que visa o desenvolvimento de conceitos científicos (MARTINS, 2011). A respeito deste último, Martins (id.) nos relembra a importância do *nível de desenvolvimento real* e da *área de desenvolvimento iminente*¹² (ou *zona de desenvolvimento próximo/proximal*), conceitos elaborados por Vigotski.

O nível de desenvolvimento real diz respeito às conexões interfuncionais já estabelecidas pela criança, as quais podem ser identificadas naquelas tarefas que ela realiza por si mesma. Já a área de desenvolvimento iminente refere-se às conexões que ainda não estão asseguradas e fogem ao

¹² Este conceito é traduzido do russo de diferentes formas; iminente, proximal, próxima etc. Assim, respeitaremos em nosso trabalho as expressões que cada autor(a) citado(a) utiliza.

domínio da criança. Esta área, portanto, institui-se como iminência de aprendizagem e desenvolvimento, como algo que está pendente, mas em vias de acontecer (VIGOTSKI, 1998). Nela se estabelece o espaço de atuação do ensino. Assim, o trabalho pedagógico não pode limitar-se ao reconhecimento do nível de desenvolvimento real, à constatação daquilo que o educando pode realizar por si mesmo, mas sim, fornecer elementos que possam orientar o trabalho na área de desenvolvimento iminente.

Nesse sentido, Duarte afirma que:

Cabe ao ensino escolar, portanto, a importante tarefa de transmitir à criança os conteúdos historicamente produzidos e socialmente necessários, selecionando o que desses conteúdos se encontra, a cada momento do processo pedagógico, na zona de desenvolvimento próximo. Se o conteúdo escolar estiver além dela, o ensino fracassará porque a criança é ainda incapaz de apropriar-se daquele conhecimento e das faculdades cognitivas a ele correspondentes. Se, no outro extremo, o conteúdo escolar se limitar a requerer da criança aquilo que já se formou em seu desenvolvimento intelectual, então o ensino torna-se inútil, desnecessário, pois a criança pode realizar sozinha a apropriação daquele conteúdo e tal apropriação não produzirá nenhuma nova capacidade intelectual nessa criança, não produzirá nada qualitativamente novo, mas apenas um aumento quantitativo das informações por ela dominadas (2001, p.98).

Por isso, a relação existente entre nível de desenvolvimento real e área de desenvolvimento iminente, aponta para a complexificação da tarefa do ensino:

Portanto, um ensino apto a organizar-se levando em conta o nível de desenvolvimento real e a área de desenvolvimento iminente requer uma sólida formação de professores, que os instrumentalize teórica e metodologicamente para a assunção da complexa tarefa representada nos processos de ensino e aprendizagem (MARTINS, 2011, p.225-226).

O professor necessita conhecer seu aluno através da avaliação constante a respeito do conteúdo ensinado e da forma como isso é feito, levando em conta o andamento da classe como um todo, bem como as apropriações individuais de cada aluno (LEITE, 2015).

Para Vigotski, o processo pelo qual se desenvolvem os conceitos exige uma série de funções, como a atenção voluntária, a memória lógica, a comparação, generalização, abstração, entre outras. Por consequência, diante de processos tão complexos, o processo de instrução escolar que de fato vise esse desenvolvimento não pode ser simples. Assim, ao assumir o caminho da simplificação do ensino, o professor conseguirá apenas a assimilação de palavras, culminando em um verbalismo simulador da internalização de conceitos (MARTINS, 2011).

Para Soares (2015) a possibilidade de uma educação cuja finalidade seja a emancipação é encontrada na pedagogia concreta, a Pedagogia Histórico-Crítica, formulada por Saviani sobre as bases de uma concepção dialética da educação, a qual considera os educandos como sujeitos concretos, ou seja, sínteses das relações sociais. Também Martins (2011, p.211) adota a Pedagogia Histórico-Crítica em sua tese de livre-docência, considerando que “não são quaisquer modelos pedagógicos que se colocam efetivamente a serviço do desenvolvimento psíquico, uma vez que, como preconizado por Vigotski, não são quaisquer aprendizagens que o promovem”.

A autora afirma ainda que

Não sem razão, temos afirmado que os princípios que sustentam a pedagogia histórico-crítica são aqueles que, de fato, compatibilizam-se com os preceitos da psicologia histórico-cultural, não apenas em razão do estofo filosófico comum, mas sobretudo pela defesa intransigente de uma educação escolar que prime pelo ensino de conceitos científicos, sem o qual, como exposto, a capacidade para pensar dos indivíduos resultará comprometida (MARTINS, 2011, p.221).

Para que a sociedade alcance o mais alto grau de humanidade, deve, necessariamente, apropriar-se do legado cultural produzido historicamente pela mesma humanidade, e cabe à escola promover o ensino com vistas a essa apropriação. É neste espaço privilegiado que se tem a função de ensinar os conhecimentos científicos que suplantarão aqueles advindos do senso comum.

Para Possidônio e Facci

As características de cada ser humano estão intimamente relacionadas ao aprendizado, à apropriação do legado cultural da humanidade. O comportamento e a

capacidade cognitiva do homem dependerão de sua história e esta sempre será produzida de acordo com os determinantes do contexto social e da época em que ele se insere (2012, p.251).

Apropriar-se do patrimônio mais elaborado da humanidade é condição imprescindível para que o indivíduo possa se transformar em membro efetivo do gênero humano: essa é a tarefa essencial da educação (TONET, 2012a). Como nos coloca Saviani, “o trabalho educativo é o ato de produzir, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens” (1994, p.24).

Nas palavras de Soares (2015, p.160)

[...] compreendemos que somente quando os indivíduos singulares puderem se apropriar dos elementos necessários à sua formação como seres humanos, ou seja, puderem se apropriar da cultura historicamente produzida, será atingido o objetivo da educação escolar. Isto significa dizer que a base dessa apropriação é toda a objetivação da humanidade ao longo de sua história.

Para que a escola cumpra essa função e se constitua como instrumento de emancipação há uma série de elementos a serem levados em conta. Saviani (1994) elenca-os em: a natureza e especificidade do trabalho da escola pelos conteúdos selecionados e organizados com a prática diária; a competência técnico-pedagógica do professor para fazer a seleção e os procedimentos de ensino, bem como seu compromisso com a emancipação dos sujeitos; o lugar do professor como coordenador da ação educativa e o trabalho coletivo; e a compreensão da escola como um local conservador e revolucionário que difunde a cultura verdadeira e fictícia ao mesmo tempo.

A partir das ideias de Heller (1970), Martins (2007) afirma que o homem pode viver na cotidianidade a partir da aquisição de habilidades que se traduzem por seu desenvolvimento primário, entretanto, para desenvolver a máxima humanização deve emancipar-se, elevar-se acima da vida cotidiana. Para isso, necessita de um processo que não se realiza espontaneamente, o qual deve representar o desenvolvimento da consciência por meio da apropriação de conhecimentos, habilidades, métodos e técnicas necessárias ao homem para intervir na realidade como sujeito do desenvolvimento genérico da humanidade.

Com Tuleski (2013),

[...] o que constatamos é a necessidade de enfatizar, no trabalho de ensino-aprendizagem, a importância dos conhecimentos mais elaborados (dos conceitos científicos) e da própria práxis educativa para o rompimento deste processo de naturalização das relações sociais de produção capitalistas, de modo a assegurar a realização do ser genérico do homem, isto é, a constituição plena de suas funções psicológicas superiores (p.297).

É, portanto, o ato educativo que promove condições emancipatórias, efetivamente humanizadoras. Torna-se inegável a importância do papel da escola no que diz respeito ao desenvolvimento humano. Como vimos, entretanto, há determinados modelos pedagógicos capazes de contribuir efetivamente para esse desenvolvimento. Daí que seja fundamental atentar para o projeto de educação que vai sendo levado a cabo em cada sociedade e que vai constituindo certas concepções de sociedade, ao mesmo tempo em que é por elas constituído.

Como discutimos, a educação é social e historicamente condicionada pelos interesses atrelados ao capital. Saviani (2005), ao tratar das teorias crítico-reprodutivistas da educação, apesar de criticá-las pontua como uma importante lição que elas nos trouxeram, a noção de que “a escola é determinada socialmente” e de que “a sociedade em que vivemos, fundada no modo de produção capitalista, é dividida em classes com interesses opostos” e sendo assim, “a escola sofre a determinação do conflito de interesses que caracteriza a sociedade” (p.30).

Neste processo de compreensão dos desdobramentos das políticas educacionais, chamam-nos a atenção os movimentos reformistas. Em Saviani (2011b) acompanhamos detalhadamente os processos reformistas definidos pelas mudanças nas orientações de gestão e/ou nas diferentes épocas da história nacional. Wihelm e Nogueira (2012) afirmam que entre 1980 e 1990, o pensamento político e econômico neoliberal foi se consolidando e sendo difundido, ocasionando intensas reformas nos países periféricos. Segundo os autores, a abertura para as reformas neoliberais concentram-se no ano de

1982, data conhecida como o ponto de eclosão do endividamento externo, crise que já estava em processo desde o final da década de 1970.

No Brasil, as reformas no Estado e na educação vão sendo implantadas a partir da década de 1990, sob orientação de órgãos internacionais, como o Banco Mundial, a Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (UNESCO) e a Organização Mundial do Comércio (OMC), conforme Chaves (2012).

Data também da década de 1990 um importante marco para a educação brasileira, a promulgação da nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB – Lei nº 9394/96), em dezembro de 1996. As discussões acerca da nova LDB tiveram início em meados da década de 80, com o processo de redemocratização do país após a Ditadura Militar.

Como destaca Silva (1998), o processo de tramitação da atual LDB foi marcado por dois momentos bastante distintos no que toca ao contexto sócio-econômico-político no país, o fim dos anos 1980 e a metade da década de 1990, acarretando em grandes diferenças entre os projetos iniciais e o texto final. Por isso a nova LDB foi recebida por grande parte da comunidade acadêmica com descontentamento e sentimento de frustração. Representando a conclusão de uma longa trajetória de debates acadêmicos e trâmites políticos em que interesses de grupos diversos foram confrontados, o texto final aprovado em 1996 reflete, sob a forma de omissões e contradições, esse conflito de interesses, ainda que possa ser considerado um avanço em relação à legislação educacional anterior (DEL PRETTE, 2012).

Saviani (1997), apresenta os pontos negativos da atual LDB, aponta para sua clara orientação liberal e tecnocrática. Assim, as lacunas e contradições do texto final podem ser reconhecidas como uma via de ajuste entre a política educacional e a política social e econômica em curso nos últimos anos no Brasil (DEL PRETTE, 2012). O espírito da nova LDB pode ser apreendido ao considerarmos o conjunto da legislação básica que já vinha sendo formulado no contexto da concretização dos princípios do neoliberalismo no Brasil, conferindo-lhe as marcas da racionalização de recursos e da alteração do papel do Estado no que diz respeito aos deveres com a educação (SILVA, 1998).

Nas palavras de Silva (id., p.29),

[...] a frustração do segmento da comunidade acadêmica mais comprometido com o *projeto coletivo* decorre do sentimento das perdas não apenas em relação a ele, mas sobretudo em relação ao projeto social que representava. [...]O projeto buscava a elevação dos patamares a serem oferecidos à população. Dessa forma, concebia a educação, no seu todo, como prioridade, não se enquadrando, então, à ideia de estabelecimento de estritas prioridades em matéria de educação em função dos recursos disponíveis.

Desconsiderando esse projeto social, o texto final apresenta uma série de lacunas, as quais são preenchidas em consonância com a lógica do contexto, a saber, a lógica do mercado, da concentração do capital e da exclusão. Assim, o projeto inicial que expressava a vontade coletiva de um projeto social calcado na lógica do direito à educação foi sendo esvaziado em função das exigências de uma realidade configurada a partir da inserção cada vez mais intensa do país no livre jogo da economia de mercado e da revisão do papel do Estado em função dos parâmetros da “nova ordem mundial” (SILVA, 1998).

A respeito das reformas no âmbito da educação Gomes (2012, p.188) afirma que

[...] as caricaturas reformistas, via de regra, rebatizam o projeto salvacionista da educação, instituindo como pedra de toque uma possível cura para os males do capitalismo, corroborando, equivocadamente, com a tese de que é viável o controle e a humanização desse sistema, desconsiderando, assim, que faz parte de sua teia primordial nos distanciar cada vez mais da possibilidade de produzirmos uma comunidade autenticamente humana.

Estas reformas impactam diretamente o fazer no cotidiano da escola, nas redes de relações e, nos processos de ensino e aprendizagem, mas nem sempre porque os conteúdos reformistas foram aplicados. Patto (2005) nos alerta:

Minha experiência como pesquisadora mostrou-me, repetidas vezes, que tudo isso vai formando camadas de resíduos de reformas educacionais sucessivas que vão esterilizando o chão da escola e tornando os professores

descrentes e cada vez mais avessos a mudanças em seu dia-a-dia profissional (p.17).

A intenção das reformas e projetos geralmente é uma; sua realidade é bem outra, pois elas caem em um "terreno institucional" que, apesar das especificidades de cada uma das escolas, é comum a quase todas (p.19).

Neste caminho, a autora, descrevendo o descaso das políticas educacionais com a boa qualidade da escola para o povo, desembocará em

[...] problemas de relacionamento entre os vários níveis hierárquicos... apropriação privada do espaço público das escolas (muitas vezes como estratégia de sobrevivência em condições de trabalho adversas). Há solidão, desamparo, raiva, ressentimento, corpo mole e corpo duro - ou seja, formas de resistência passiva e ativa (ibidem, p. 20).

Fica claro que aquilo que acontece no chão da escola, na materialidade do dia a dia, é atravessado pelas concepções que constituem o projeto educacional em curso. Uma concepção de educação vincula-se necessariamente ao tipo de sociedade que se busca construir e a inúmeras outras concepções a respeito do homem, da sociedade e da história. Tendo isso em vista, é preciso ter claros os objetivos das atividades educacionais no seio de uma sociedade de classes.

As possibilidades acompanham o processo de luta de classes: ou a educação se presta aos interesses da classe dominante, ou se coloca a serviço da classe trabalhadora, fazendo parte de um projeto de emancipação. É bem verdade que nos tempos atuais há uma infinidade de fatores em jogo e a complexificação das relações sociais muitas vezes camufla o conflito de classes, que ao ser naturalizado, vai passando despercebido, imerso na cotidianidade. Há que se desnudar tais relações e trazer à tona o debate da educação inserido na trama dos determinantes da sociabilidade capitalista. Só assim será possível refletir acerca de que projeto de educação queremos e de que maneira iremos implementá-lo. O mesmo deve ser feito em relação àquelas áreas que pretendem contribuir com o debate e a práxis educativa, como é o caso da Psicologia Escolar que passaremos a apresentar no capítulo seguinte.

4. Psicologia Escolar Crítica dialogando com as Políticas Públicas e a Intersetorialidade

Em função de um dos pressupostos desta pesquisa ser o vínculo da Psicologia Escolar com a perspectiva crítica de promoção de transformação social, entendemos ser necessário apresentarmos como compreendemos a articulação entre a psicologia escolar e as políticas públicas e, mais especificamente, como se dão as propostas de ações intersectorializadas.

Nesta direção iniciaremos com um resgate histórico e contextualização das condições de desenvolvimento da Psicologia e Psicologia Escolar de orientação crítica, a fim de apresentar, a partir da nossa compreensão sobre a Educação e sua função no mundo, como nos orientamos para a compreensão de nosso objeto, a Saúde Escolar.

Apoiados nas premissas de referenciais norteados pela lógica dialética, somos sabedores da necessidade de vigilância constante para que não nos deixemos levar pelos sedutores apelos do caminho da formalidade, assim, nos orientamos pela ideia de que

A ciência só pode tornar-se um instrumento de libertação do homem e do seu mundo [...] se for compreendida por uma teoria filosófica que a explique como atividade do ser humano pensante e revele o pleno significado da atitude de indagação em face da realidade natural e social. Uma filosofia da pesquisa científica, [...] é o pressuposto indispensável à formação do pensamento do trabalhador neste campo da cultura, tão indispensável quanto os conhecimentos particulares técnicos de que deve estar munido para empreender sua atividade (PINTO, 1985, p.4-5).

Duarte et al (2011, p.50) nos alertam para a complexidade presente no exercício de um trabalho que se oriente pela lógica dialética uma vez que esta forma de pensamento leva em conta as contradições presentes no mundo como o conhecemos. Por isso mesmo a necessidade de estarmos atentos para não nos imobilizarmos na exclusividade da lógica formal, porém sem prescindir da mesma. Assim, os autores afirmam que

A categoria dialética de contradição nem sempre é bem compreendida, muito menos bem empregada por pensadores marxistas e não marxistas. Sendo a dialética uma forma superior de pensamento, que supera por incorporação a lógica formal, é compreensível a dificuldade que todos temos em dominar essa forma superior de pensamento. Essa dificuldade acentua-se pelo fato de que não estão universalizadas, em nossa sociedade, nem mesmo as ferramentas lógico-metodológicas necessárias a um raciocínio coerente e bem estruturado. Se há dificuldade em raciocinar-se de forma coerente, mais ainda em raciocinar-se dialeticamente. Essa é uma das razões pelas quais a luta pela socialização do conhecimento sistematizado pela educação escolar se faz tão importante. O principal campo no qual se trava a luta entre aqueles que defendem a socialização do conhecimento e aqueles que são contra essa socialização é o da educação escolar. A classe burguesa e seus intelectuais têm lutado incansavelmente para que a escola não socialize o conhecimento sistematizado.

Saviani (2013) reafirma a colocação dos autores citados e acrescenta que

[...] como se sabe, a lógica dialética não nega a lógica formal por exclusão, mas a supera por incorporação. Dessa maneira, a lógica formal, embora válida, é claramente insuficiente (p. 190)

Esta orientação proveniente do materialismo histórico-dialético define, inclusive as concepções de *história* e *crítica* que utilizaremos no decorrer deste texto. Patto (2000), sobre esta intersecção do processo histórico com a perspectiva crítica, diz que:

O olhar que perscruta as idéias como parte da política é, como qualquer olhar, interpretativo: a chave teórica desta escrita da história da psicologia é uma versão do materialismo histórico. Ingressar numa perspectiva que inverte a tese hegeliana do primado das idéias na realização da história significa assumir duas perspectivas fundamentais da concepção marxista de história e de como escrevê-la: primeiro, que é a realidade historicamente construída que configura as idéias, e não o inverso; segundo que estuda-se o passado para entender criticamente o presente e pensar criticamente o futuro (p.82).

Retomando a história da psicologia em terras brasileiras, a partir de Antunes (2004), temos que no século XX ocorreu um progresso positivo desta área das ciências humanas, "com a regulamentação da profissão de psicólogo e em seu desenvolvimento como ciência e profissão" (p.109).

No Brasil a Psicologia foi seguindo, praticamente, os mesmos caminhos que nortearam a psicologia na Europa e Estados Unidos da América, com as produções de pesquisas e a constituição de instituições formadoras sustentando o processo de consolidação da área de conhecimento e sua aplicabilidade.

Como nos apresenta Antunes (2004)

Esse período caracteriza-se pela multiplicação de manifestações da Psicologia relacionadas à sua condição de área de conhecimento e de campo de ação, envolvendo: a ampliação de seu ensino para os cursos superiores; a concretização da atuação em diversos campos de aplicação (particularmente em Educação, trabalho e clínica), a introdução de diferentes abordagens teóricas; a criação de instituições de pesquisa e aplicação; o incremento da publicação de livros e o aparecimento de periódicos na área; a criação de entidades representativas da área e de seus profissionais; a organização de importantes eventos científicos e, por decorrência, o movimento que culminou com a regulamentação da profissão de psicólogo (p.121-122).

Assim, com o desenrolar destes fatos amiúde, em 27 de agosto de 1962, ocorre a aprovação da lei nº 4.119, que reconhece a psicologia como profissão, no Brasil.

A partir de 1968, a Reforma Universitária implantada pelo governo da ditadura militar produz a proliferação de Instituições de Ensino Superior (IES) de cunho privado, a fim de resolver o problema vinculado ao grande número de jovens que não conseguiam ingressar no ensino superior. Assiste-se ao processo de mercantilização e precarização do ensino superior. As Instituições de Ensino Superior (IES) privadas cresceram e se multiplicaram, o mesmo ocorrendo com os cursos de psicologia, que atendiam em sua maioria a população de trabalhadores que cursavam psicologia no período noturno. Este contingente de novos psicólogos graduados em sua maioria nas IES privadas, apresentavam uma formação precária e, como consequência, nem sempre

conseguiram acessar o mercado de trabalho, muitos optaram pela área clínica, carregada de influência da medicina, o que nos faz supor que seja uma das razões para o desenvolvimento de práticas medicalizantes por parte de psicólogos.

É bom lembrar que muitos recém-formados tentaram essa via, principalmente sublocando consultórios no período noturno, enquanto continuavam em seus empregos anteriores; destes, poucos foram os que conseguiram substituir suas ocupações pregressas pela nova profissão de psicólogo. Não obstante, a atuação clínica permaneceu como um dos campos mais difundidos da Psicologia no Brasil, absorvendo um significativo número de psicólogos e ampliando-se, mais tarde, para diferentes modalidades de atuação (ANTUNES, 2004, p.140).

Este cenário hegemônico do fazer clínico se manteve por décadas a fio, porém cabe destacar que sempre esteve acompanhado de críticas. Estas críticas ocorreram nas áreas de psicologia social, do trabalho e escolar, nas quais o fazer do psicólogo era inspirado no modelo da clínica tradicional. Este movimento vai apresentando mudanças suaves a partir do incremento das pós-graduações, da constituição de entidades e associações, além da consolidação de congressos acadêmicos para divulgação e debate sobre o desenvolvimento de pesquisas em psicologia.

O momento histórico da transição dos anos 1970 para os anos 1980, período que aponta para o fim do grande recrudescimento da ditadura, é marcado pelo reavivamento dos movimentos sociais e sindicais. Este cenário vai sendo marcado também no interior da psicologia, a partir de iniciativas para a superação do corporativismo, levando-se em conta a necessária articulação e compromisso com a realidade social como um todo. Neste sentido, a apropriação das entidades representativas pela própria categoria, ou seja, Conselhos Regionais de Psicologia (CRPs) e Conselho Federal de Psicologia (CFP), Sindicatos e o desenvolvimento da Federação Nacional dos Psicólogos (Fenapsi) demarcará um novo curso para a configuração da Psicologia como ciência e profissão (ANTUNES, 2004).

Esta nova postura ético-política da psicologia, pautada pelo compromisso social, terá o nome de Sílvia Lane como uma das grandes

referências, nos idos anos 1980, a partir da criação da Associação Brasileira de Psicologia Social (Abrapso).

Como descreve Bock (et al, 2007, p.47) sobre a importância da psicóloga para o curso das transformações no pensar e fazer psicologia após os anos 1980:

Sílvia Lane foi guiada pelo princípio de que o conhecimento produzido deveria sempre ser útil para a transformação da realidade na direção da criação de condições dignas de vida para todos. O conhecimento e a profissão deveriam estar a serviço da transformação e, com estas idéias, Sílvia Lane contribuiu para uma revolução na Psicologia. Com o rompimento com a tradição elitista da Psicologia, com a preocupação com a construção de um novo projeto para a ciência e para a profissão, com a adesão a uma nova concepção de homem para a Psicologia e com o esforço para aproximar a América Latina, Sílvia Lane apontou as exigências e condições para um novo projeto para a Psicologia.

Destacamos que esta guinada no interior da psicologia possibilitou um grande avanço na perspectiva do entendimento e intervenção sobre Políticas Públicas, para além do campo da psicologia social, acompanhando outras áreas.

As políticas públicas não estão à parte do modo de produção e de reprodução de vida estabelecidos socialmente (SILVA; BARROCO, 2015) e por isso mesmo há a existência de uma complexidade intrínseca ao entendimento das relações entre políticas públicas, a estrutura social e a Psicologia/Psicologia Escolar. Portanto, as produções em psicologia escolar, ao assumirem uma perspectiva crítica, devem atentar para os complexos e intrincados processos de construção da nossa sociedade.

4.1. Psicologia Escolar: do determinismo biológico à perspectiva crítica

Entendendo que a constituição do campo crítico em Psicologia Escolar e Educacional, acompanha proximamente o caminho que a própria ciência Psicologia trilhou, Souza (2000, p.121) contribui ao debate afirmando que "no bojo da sociedade capitalista, predomina na Psicologia uma concepção técnica. Os psicólogos são mais psicometristas do que intelectuais voltados para a

produção de conhecimento sobre o ser humano". Continuando sua explanação sobre a relação entre cotidianidade e as produções em psicologia, a mesma autora afirma, a partir de Heller que, "a vida cotidiana orienta-se por vários aspectos, entre eles o pragmatismo, isto é, na cotidianidade é verdadeiro o que funciona" (p.121).

A psicologia escolar se consolidou, inicialmente, alicerçada no modelo clínico de intervenção, sendo posteriormente alvo de inúmeras críticas. A utilização indiscriminada de teorias e técnicas psicológicas como os testes, a responsabilização da criança e de sua família para explicar o desempenho do aluno na escola e a redução dos processos pedagógicos aos fatores de natureza psicológica colaboraram para interpretações e práticas equivocadas que desprezavam o processo educativo como totalidade multideterminada (ANTUNES, 2008.). Era a consolidação de uma psicologia escolar biologicista e determinista que relegava a segundo plano, ou omitia completamente, fatores de caráter histórico, social, cultural, político e econômico.

Historicamente as práticas da psicologia apresentaram-se mais alinhadas às concepções reducionistas, em detrimento de um posicionamento crítico. Souza (1994) aponta que "os conhecimentos da Psicologia, de maneira geral, têm sido utilizados muito mais para manter mitos e práticas de segregação e de discriminação das crianças na Escola do que para possibilitar o avanço dessas crianças no processo de escolarização" (p.37). Neste contexto, uma psicologia determinista foi a responsável pelos diagnósticos que rotulam as crianças e as levam à exclusão dentro do próprio sistema educacional. Não podemos desconsiderar, é claro, que convivendo lado a lado com estas práticas tradicionais da psicologia, estavam aquelas que caminhavam na sua contramão. Mas a história nos conta que até dado momento elas não tiveram voz suficiente para se fazerem ouvidas em meio ao coro do conservadorismo, a ponto de dar uma guinada e possibilitar a construção da Psicologia Escolar Crítica no Brasil. Este momento chegou apenas na década de 1980.

Vale destacar que este movimento, que toca à Psicologia e, também à Educação, é oriundo de condições sociais historicamente determinadas. Torna-se obrigatório, então, recuperar que, a partir dos anos 1980, aconteceram mudanças profundas nos aspectos políticos, sociais e culturais do Brasil, como

descreve Souza (2011, p.216-17):

[...] nesta mesma década, intensificam-se os movimentos sociais pela redemocratização do Estado brasileiro, tais como movimentos de trabalhadores metalúrgicos, movimentos de professores, movimento pelas eleições diretas em todos os níveis e cargos de representação política e rearticulação dos partidos políticos. [...] A Constituição de 1988, denominada "Constituição Cidadã", abre caminhos para a institucionalização dos espaços democráticos, na recuperação de direitos civis e sociais.

No âmbito da Psicologia Escolar e Educacional, este cenário se soma aos movimentos de entidades que representam a psicologia, lutando para a consecução de políticas que permitam a máxima inclusão de pessoas no processo escolar e educacional sem a produção de estigmas ou patologizações. Ocorre uma mudança radical na proposta das práticas psicológicas no âmbito escolar que, até então, se pautavam pela replicação do modelo clínico. Este questionamento é intensificado com a tese de doutorado de Maria Helena Souza Patto, defendida em 1981, que foi publicada com o título *Psicologia e ideologia: uma introdução crítica à Psicologia Escolar*, em 1984.

A proposta lançada a partir dos trabalhos de Patto para a Psicologia Escolar abriu o caminho tanto para a incorporação de leituras críticas sobre os modelos de políticas educacionais, como também, sobre o funcionamento institucional das escolas, contemplando todos os atores envolvidos no processo (estudantes, familiares, equipe técnica e comunidade). O foco de estudos da psicologia voltada para os processos educacionais foi deslocado do indivíduo para o contexto amplo da sociedade e seus desdobramentos no interior das instituições escolares e educacionais (ANTUNES, 2003). O chamado "fracasso escolar", antes compreendido como problema que encerrava-se no aluno, passa a dar lugar a uma leitura mais ampla das questões referentes à escola, compreendendo que está em jogo um processo construído nas relações sociais e escolares, nas histórias de vida das pessoas envolvidas, nas relações institucionais e no contexto maior da estrutura social, como produto da história.

Começa a ser construído o entendimento de que a psicologia escolar

deve estar comprometida radicalmente com a educação das classes populares, superando o modelo clínico-terapêutico disfarçado e dissimulado ainda presente na representação que o psicólogo tem de sua própria ação. Consequentemente, deve haver o envolvimento do psicólogo com as questões concretas da educação e da prática pedagógica (ANTUNES, 2008). Abrem-se os caminhos para a constituição do que hoje compreendemos ser uma Psicologia Escolar Crítica.

Barbosa e Souza (2012) afirmam que a Psicologia Escolar Crítica “tem como prerrogativa outras bases de sustentação teórica e metodológica e se caracteriza por propor um olhar para o processo de escolarização e para o contexto sócio-político-cultural em que estão inseridos os processos educativos” (p.170). A função do psicólogo escolar nesse viés crítico é a de buscar ir às raízes do processo de escolarização, compreender suas diferentes facetas e incluir em seu trabalho uma atuação junto ao aprendiz, às famílias, aos docentes, à escola, à Educação e à sociedade. Uma psicologia verdadeiramente crítica deve, ainda, ser compatível com o propósito de dar sustentação à elaboração de uma teoria da formação histórico-social do indivíduo. Essa psicologia deve, portanto, romper com a naturalização do fenômeno humano que desconsidera suas bases históricas e sociais (TANAMACHI, 2007).

Nesta mesma linha, Galdini e Aguiar (2003) afirmam que qualquer prática que vise à atuação sobre a realidade escolar implica uma profunda reflexão sobre as concepções de homem, escola, educação, bem como sobre as relações que constituem a trama institucional.

Deste modo, pretende-se um fazer psicologia diferente do proposto até então pelos currículos atrelados ao modelo definido na regulamentação de 1964 e, ora oficialmente repensados a partir da LDB de 1996 (CRUCES, 2009).

A partir do ano de 2004, com a vigência das Novas Diretrizes Curriculares para os Cursos de graduação em Psicologia foi realizado um intenso movimento de discussões e de adequações das Matrizes Curriculares dos cursos já em funcionamento. Uma das profundas mudanças foi a necessidade de se contemplar uma formação generalista com base em ênfases abrangentes. Sendo assim, ocorreu uma mudança paradigmática tanto na forma de pensar a formação em psicologia, como também na forma como

os conteúdos deveriam ser trabalhados no cotidiano de sala de aula e nos campos de estágios.

Essa perspectiva, que surge a partir da implementação das Novas Diretrizes, como aponta Cruces (2009),

prevê a indissociabilidade entre ensino, pesquisa e extensão, além de maior relação entre teoria e prática na formação do futuro psicólogo. Prevê, também, que a formação seja feita pelo desenvolvimento de competências e habilidades necessárias ao bom desenvolvimento profissional e não por disciplinas isoladas (p.16).

A passagem do modelo tradicional para esta nova condição, gerou grandes debates e, com isso, podemos perceber que alguns passos vêm sendo dados na direção da construção de uma psicologia menos elitizada e mais envolvida com os processos de gestão das políticas públicas.

Em se tratando de política educacional, nosso país necessita de projetos de Políticas Públicas representando anseios mais amplos, a partir da concepção de educação e de homem dentro de um projeto amplo de sociedade. O oposto disso, vemos materializado em personalismos políticos e partidarismos; uma vez que é tradição, a cada mudança de gestão, mudarem as propostas em andamento (LIBÂNEO, OLIVEIRA, TOSCHI, 2003).

Como apontam Asbahr e Souza (2007, p.188):

As discussões teórico-metodológicas do trabalho do psicólogo no campo da educação revelaram a necessidade de que uma prática crítica necessariamente deveria tomar por base uma concepção emancipatória de educação, discutindo o papel e a função social da educação e da educação escolar; uma visão crítica de Psicologia, que questione os elementos ideológicos presentes nas teorias psicológicas e que apresente uma concepção crítica de Psicologia Escolar, implicando na superação da dicotomia historicamente implementada entre Psicologia Educacional e Psicologia Escolar.

Sendo assim, desvelar os conjuntos de Políticas de Estado, para a educação, possibilita a criação de bases sólidas e críticas, uma vez que se propõe à construção de uma psicologia atrelada ao compromisso social e promotora de direitos.

Souza (2011) busca refletir sobre os elementos que constituem a atuação do psicólogo escolar que tem por base o compromisso social. Destaca-se o compromisso profissional com a luta por uma escola democrática e de qualidade social; a ruptura com a visão epistemológica centrada na ideia de adaptação da criança à escola e o engajamento na construção de novos referenciais teóricos que deem conta do compromisso de qualidade social; e a construção de uma práxis psicológica que releia e possa revisitar as demandas que chegam até o psicólogo no campo da educação. Isso implica em produzir novas demandas para o trabalho da psicologia, que não a da adaptação da criança à escola. A construção dessas novas demandas exige:

Analisar coletivamente as produções do cotidiano da sala de aula; romper com modelos e discursos estereotipados do bom aluno e do bom comportamento; promover deslocamentos e indagações sobre os lugares que não possibilitam o desenvolvimento humano e criar espaços da construção e troca de saberes; dimensionar o conceito da cidadania como exercício da democracia; criar mecanismos de enfrentamento da polêmica da diferença; valorizar as condições sócio-históricas que circunscrevem a prática pedagógica; e criar territórios favoráveis à cooperação, à curiosidade, à indagação, ao que é provisório e permanente na produção de sentidos (p.137).

A tarefa está dada e, certamente, não poderá ser efetivada sem maiores desafios, levando em conta, como nos lembra Guzzo (2011), que a escola é um espaço de lutas e disputas que envolvem o trabalho de diferentes pessoas e categorias profissionais e, portanto, a atuação nela não pode estar descolada das dinâmicas pessoais e coletivas. Além disso, compreender a escola exige uma profunda análise crítica e histórica. Os desafios são muitos e advêm de diferentes forças e pressões de variados segmentos e expectativas de que há respostas possíveis para uma solução imediata e objetiva. Por tudo isso, quem assume estar no espaço da escola precisa fortalecer-se para o trabalho.

Nesse cenário a atuação exige “tomar posições, abrir possibilidades de diálogo com os diferentes segmentos presentes no cotidiano dinâmico e imprevisível desse espaço” (ibid., p.144). Diante das limitações que se impõem ao trabalho do psicólogo escolar e do constante movimento de mudança da

escola é preciso ainda construir esse espaço de trabalho (ibid.).

No sentido de contribuir com a constituição e a consolidação de uma psicologia que se funda no compromisso social, vale ressaltar as iniciativas do CFP (Conselho Federal de Psicologia) e de alguns CRPs (Conselhos Regionais de Psicologia) que têm atuado na promoção de espaços de debates para a geração coletiva das referências que devem capitanear o fazer da psicologia como campo profissional. Exemplo marcante disso pode ser verificado no conjunto de atividades nos anos 2008/2009, para a promoção do Seminário Nacional do Ano da Educação e Psicologia, que resultou em *Cadernos Temáticos* (número 6 – Psicologia e educação: contribuições para a atuação profissional, número 08 – Dislexia: subsídios para políticas públicas, número 09 – Psicologia no Ensino Médio: reflexões em torno da formação), que podem ser acessados no sítio do CRP-SP¹³.

Destacamos, também, a auspiciosa contribuição do CRP-SP, com a divulgação da Nota Técnica que procura esclarecer aos psicólogos que atuam em instituições escolares e educacionais que as suas ações devem ser pautadas por uma leitura da dimensão institucional. Acolhendo as demandas apresentadas, o psicólogo deve superar a queixa individual considerando os elementos do contexto maior da instituição para avaliações e encaminhamentos que devem ser produzidos em parceria com os agentes educacionais e comunidade escolar, qualificando o processo educacional.

Destacamos aqui alguns pontos desta Nota Técnica¹⁴, produzida com o respaldo das discussões acontecidas no Seminário Nacional do Ano da Educação, realizado em 2008:

Com o objetivo de:

- romper com a tendência histórica da prática do psicólogo na educação de patologizar, medicalizar e produzir diagnósticos classificatórios;
- defender práticas que consideram a realidade escolar brasileira, a diversidade cultural e as dimensões psicossociais das comunidades educacionais;
- incentivar a atuação do psicólogo em projetos coletivos de forma interdisciplinar, fortalecendo pessoas e grupos, contribuindo para a elaboração, implementação e avaliação do projeto político-pedagógico da escola;

¹³ <http://www.crsp.org.br/portal/comunicacao/caderno.aspx>

¹⁴ http://www.crsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=72

- ampliar a reflexão acerca da necessidade de construir com a equipe escolar estratégias de ensino-aprendizagem que considerem os desafios da contemporaneidade;

O CRP orienta que a atuação do psicólogo em contextos escolares e educacionais deve ser pautada em uma dimensão institucional, portanto, ao acolher as demandas apresentadas deve superar a queixa individual, que localiza os processos educacionais e sociais no sujeito, mas considerar os elementos deste contexto tanto para avaliação quanto para os encaminhamentos. Estes devem ser produzidos em parceria com os agentes educacionais e comunidade escolar, na perspectiva da qualificação do processo educacional.

Assim, orienta que o psicólogo em sua prática nos contextos escolares e educacionais:

- considere a realidade da escola brasileira, articulando com setores da saúde, do trabalho, dos movimentos sociais, da assistência social e do poder judiciário.
- compreenda os fatores que produzem e causam sofrimento em educandos e educadores,
- analise o campo de relações sócio-político-pedagógicas para melhoria das condições do processo educacional,
- comprometa-se com as funções sociais da escola de acesso aos bens culturais constituídos e a promoção de autonomia dos indivíduos,
- elabore metodologias de trabalhos multidisciplinares, valorizando e potencializando a produção de saberes dos diferentes espaços educacionais.
- atue na direção da ampliação da qualidade do processo educacional, através de práticas coletivas que potencializem pessoas e grupos da comunidade escolar.
- compartilhe a prática e o conhecimento desenvolvido pela Psicologia, socializando saberes e ampliando as possibilidades de atuação.

Esta nota indicou um avanço consistente no que tange às lutas políticas implementadas por este órgão. A materialização documental deste conjunto de proposições contribuiu significativamente para que o Psicólogo Escolar e Educacional possa embasar seu fazer e seu pensar em relação aos campos de ação.

Destes esforços, após consulta pública organizada pelo Crepop (Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas), materializa-se o documento *Referências Técnicas para Atuação de Psicólogas(os) na*

Educação Básica, lançado em março de 2013¹⁵.

Podemos, então, perceber que neste curto período de quase 30 anos, desde os anos 1980, o campo da Psicologia tem construído novas práticas a partir de novos referenciais, que colocam o sujeito, dialeticamente mobilizado nas relações mais amplas do seu cotidiano.

Colabora para este fato, as novas configurações de cursos de psicologia que, a partir de 2004, quando das Novas Diretrizes, que pressupõem, como descreve Marinho-Araújo (2007),

a construção de um perfil crítico e comprometido com a transformação das condições sociais e de trabalho que permeiam o contexto escolar e educacional, articulando-se coletivamente e defendendo a utilidade das intervenções como suporte ao reconhecimento social da profissão. O perfil profissional assim entendido é pautado em uma construção histórica, pois que revela, de um lado, a expressão da história da vida da pessoa, de seus valores, vontades, necessidades, crenças e experiências pessoais; e, de outro, as diversas relações de trabalho vinculadas a um momento social e cultural determinados (p.20).

A indicação de Cruces e Maluf (2007, p.203), aponta que há a necessidade de "uma formação de melhor qualidade, com ênfase no desenvolvimento de habilidades éticas e técnicas que permitam ao futuro profissional intervir [...] sobre [a] realidade criticamente".

A afirmação das autoras ganha ainda mais peso ao nos depararmos com a possibilidade de que seja aprovado o Projeto de Lei (PL) 3688/2000, que dispõe sobre a prestação de serviços de Psicologia e Serviço Social nas redes públicas de Educação Básica. O PL, que se sancionado significará um avanço tanto para a Educação quanto para a Psicologia e o Serviço Social, foi aprovado na Comissão de Constituição, Justiça e Cidadania (CCJC) da Câmara dos Deputados em julho de 2015 e segue agora para plenário (ABRAPEE, 2015¹⁶). A sanção desse Projeto de Lei significa o aumento do número de profissionais psicólogos atuando na rede básica de ensino, o que

¹⁵ Ver: http://crepop.pol.org.br/novo/wp-content/uploads/2013/04/MIOLO_EDUCACAO.pdf

¹⁶ <https://abrapee.wordpress.com/2015/07/08/pl36882000-que-dispoe-sobre-servicos-de-psicologiae-servico-social-na-educacao-basica-e-aprovado-na-ccjc/>

evidencia a necessidade de uma formação que possibilite a esses profissionais a atuação crítica sobre a realidade cotidiana.

Meira, em seu *Psicologia escolar: pensamento crítico e práticas profissionais*, afirma que

uma concepção ou teoria é crítica à medida que tem condições de transformar o imediato em mediato; negar as aparências sociais e as ilusões ideológicas; apanhar a totalidade do concreto em suas múltiplas determinações e articular essência/aparência, parte/todo, singular/universal e passado/presente, compreendendo a sociedade como um movimento de vir a ser (2000, p.40).

Nesta direção, a Psicologia Escolar assume um papel decisivo no seio dos debates sobre as políticas que integram os encontros entre a Educação e a própria Psicologia em diferentes cenários da política nacional. Oliveira e Souza (2013) apresentam exemplo pontual disso, em que acompanham projetos de lei que têm no seu bojo perspectivas medicalizantes. Nos dizem os autores:

[...] é importante destacar que subjacente a toda política pública há sempre presente uma visão de mundo, uma maneira de compreender o ser humano, a educação e a sociedade, e mesmo que tal concepção não seja explicitada aos pais, alunos e professores, constitui relações interpessoais e institucionais (p.204).

E seguem afirmando que:

Assim sendo, o estudo das políticas públicas em educação poderia se dar a partir do momento em que tais políticas estão sendo gestadas, visando compreender o ideário educacional nos textos propositivos de tais políticas, os rumos apresentados para o enfrentamento dos problemas educacionais brasileiros, bem como as formas de apropriação do conhecimento produzido sobre as questões educacionais. (p.204).

Assim, retomamos Patto (2000), quando nos traz a importância da crítica no desenvolvimento de estudos que intentem o desvelamento das discursividades ideologizadas, de classe, que se assumem como universal, objetiva e neutra.

[...] a crítica é o caminho para a elucidação do compromisso que estrutura o conhecimento. Não a crítica

entendida como simples recusa a uma modalidade de conhecimento em nome de outra; o objetivo da crítica é, ao contrário, "situar o conhecimento, ir à sua raiz, definir os seus compromissos sociais e históricos, localizar a perspectiva que o construiu, descobrir a maneira de pensar e interpretar a vida social [e o homem] da classe que apresenta esse conhecimento como universal". Trata-se de uma concepção de crítica na qual não se pode abrir mão da perspectiva histórica - ir à raiz do conhecimento, localizar a perspectiva que o construiu; sem ela, não se pode ultrapassar, mas somente recusar conceitos, sistemas de conhecimentos e métodos, não se pode descobrir toda a amplitude do que neles comparece de modo limitado (p.85, grifos da autora).

Talvez seja necessário, neste momento histórico, encontrar os caminhos que nos permitam construir formas de desvelamento das verdadeiras motivações por trás das constituições das políticas públicas. Enquanto não chega o momento em que teremos um novo Estado.

Seguindo com a discussão referente às políticas públicas, abordaremos no tópico seguinte a questão da intersectorialidade nessa área, tratando mais especificamente das políticas intersectoriais de educação e saúde.

4.2. Dialogando com as Políticas Públicas

A tarefa de discutir e analisar políticas públicas em uma perspectiva crítica, baseada no materialismo histórico-dialético, exige ter sempre em vista a noção de que a realidade é historicamente construída e multi-determinada pelas condições materiais, as quais derivam do modo de produção e reprodução de vida. As políticas públicas, portanto, se situam em um determinado tempo e espaço históricos, cujos condicionantes que ali se fazem presentes conferem-lhes funções e sentidos específicos.

Um dos pontos centrais dessa discussão vem a ser a questão do Estado e sua determinação sobre a construção e implementação das políticas públicas. Compreendemos que há uma relação direta entre a concepção de

Estado e a implementação dessas políticas. Nesse sentido faz-se necessário refletir acerca do que vem a ser o Estado.

No *Manifesto Comunista* Marx e Engels (2011) afirmam que o Estado nada mais é do que um comitê para gerir os negócios comuns da classe burguesa. Já nesse texto é possível constatar a compreensão de que o Estado surge em decorrência da ascensão da burguesia e não o seu inverso. “Cada uma das etapas do desenvolvimento da burguesia acompanhou-se de um progresso político correspondente” (p.26). A evolução da burguesia, que inicia como classe oprimida no feudalismo, se dá inicialmente sem seu poder político, até o momento em que “Com a criação da grande indústria e do mercado mundial, a burguesia conquistou finalmente a dominação política exclusiva do moderno Estado parlamentar” (p.27).

Essa ideia fica ainda mais clara no seguinte trecho:

A burguesia controla cada vez mais a dispersão dos meios de produção, da propriedade e da população. Aglomerou a população, centralizou os meios de produção e concentrou a propriedade em poucas mãos. A consequência inevitável disso foi a centralização política. Províncias independentes, apenas federadas, com interesses, leis, governos, sistemas alfandegários diferentes, foram reunidas em *uma* só nação, em *um* só governo, *um* só código de lei, em *um* só interesse nacional de classe, em *uma* só fronteira alfandegária (ibid., p.31, grifos dos autores).

Para Marx e Engels, de maneira diferente dos poderes políticos que o antecederam, o poder político da burguesia não é o criador de seu poder real, mas sim a riqueza produzida, a propriedade privada (GURGEL; JUSTEN, 2011). A exemplo dos autores (ibid.), ao buscarmos no *Anti-Dühring*, de Engels, outras passagens em que há referência ao Estado, verificamos que a ideia de que o Estado deriva do desenvolvimento econômico é confirmada também no seguinte trecho:

[...] chegamos forçosamente, ao se desenvolver a produção e a troca, ao atual regime capitalista de produção, ao monopólio dos meios de produção [...]. E todo esse processo se explica por causas puramente econômicas, sem necessidade de se recorrer ao argumento do roubo, nem ao da violência, nem ao Estado, nem mesmo a qualquer outra intromissão de caráter político (ENGELS, 1976, p. 141).

A respeito dessa compreensão de Estado, entendemos com Gurgel e Justen (2011) que não se trata de destituir o poder político do seu significado, mas sim revelar o seu significado real, reafirmando o fundamento econômico do desenvolvimento da sociedade. Como afirma Marx na *Crítica da filosofia do direito de Hegel*, “A propriedade privada é a categoria universal, o liame universal do Estado” (2005, p.124). O poder soberano é, portanto, o da propriedade privada.

Para sermos mais específicos neste debate trazemos três importantes fragmentos que encontramos em *A origem da família, da propriedade privada e do Estado*, de Engels (1984), os quais reiteram a ideia anterior e contribuem para clarificar ainda mais a concepção de Estado para Marx e Engels:

O Estado não é pois, de modo algum, um poder que se impôs à sociedade de fora para dentro; tampouco é "a realidade da ideia moral", nem "a imagem e a realidade da razão", como afirma Hegel. É antes um produto da sociedade, quando esta chega a um determinado grau de desenvolvimento; é a confissão de que essa sociedade se enredou numa irremediável contradição com ela própria e está dividida por antagonismos irreconciliáveis que não consegue conjurar. Mas para que esses antagonismos, essas classes com interesses econômicos colidentes não se devorem e não consumam a sociedade numa luta estéril, faz-se necessário um poder colocado aparentemente por cima da sociedade, chamado a amortecer o choque e este poder, nascido da sociedade, mas posto acima dela se distanciando cada vez mais, é o Estado (p.191).

O autor segue esmiuçando a afirmação do papel do Estado como um amortecedor dos conflitos sociais, ressaltando a função tendenciosa do Estado na sociedade capitalista.

Como o Estado nasceu da necessidade de conter o antagonismo das classes, e como, ao mesmo tempo, nasceu em meio ao conflito delas, é, por regra geral, o Estado da classe mais poderosa, da classe economicamente dominante, classe que, por intermédio dele, se converte também em classe politicamente dominante e adquire novos meios para a repressão e exploração da classe oprimida (p.193).

Portanto, o Estado não tem existido eternamente. Houve sociedades que se organizaram sem ele, não tiveram a menor noção do Estado ou de seu poder. Ao chegar a certa fase de desenvolvimento econômico, que estava necessariamente ligada à divisão da sociedade em classes, essa divisão tornou o Estado uma necessidade (p.195).

Gurgel e Justen (2011) seguem na discussão sobre o Estado marxista esclarecendo que a burguesia de fins do século XVIII não é a mesma que atravessa o século XIX. Nesse momento ela encontra-se já em crise e as revoluções que ocorrem já não têm mais um exclusivo viés burguês. Pelo contrário, proletários e burgueses têm clareza de que lutam em campos opostos e por revoluções diferentes. Nesse contexto o Estado opera como um aparelho repressivo, que tem dentre suas funções, a manutenção da ordem, protegendo a propriedade privada pela via jurídica, policial e militar. Aqui ocorre a afirmação do poder burguês pelas armas, nas mãos do Estado.

Quando da transição da fase concorrencial do capitalismo para a fase monopolista, os movimentos das classes trabalhadoras eclodem em diversas partes da Europa e começam a reivindicar melhores condições de trabalho e de vida. Nesse cenário a intervenção do Estado começa a ultrapassar a dimensão repressiva e caminhar em direção a novas medidas, como a (ainda incipiente) implantação de políticas sociais.

Gramsci nos diz, então, que “foi com o nascimento e o desenvolvimento das desigualdades que o caráter obrigatório do direito aumentou, da mesma forma que cresceu a zona da intervenção estatal e do obrigacionarismo jurídico” (1968, p.153). Como apontam Gurgel e Justen (2011), isso seria pouco para explicar o crescente papel do Estado, já que as desigualdades não nasceram e nem se desenvolveram apenas no século XX, mas antes. Assim, Gramsci (1968) dirá também que trata-se de reprimir e sufocar um direito nascente. Ou seja, não apenas a desigualdade, mas a consciência dela e a impossibilidade da burguesia cumprir a prometida liberdade, igualdade e fraternidade, fazem com que se dê o crescimento da intervenção estatal. A missão antes conferida ao Estado em pequenas e pontuais doses é agora ampliada, cabendo intervir na ordem econômica, política e social (GURGEL; JUSTEN, 2011).

A respeito das diversas e importantes contribuições de Gramsci, trazemos aqui alguns pontos que nos permitem compreender melhor a concepção de Estado gramsciana, que também nos inspira para a compreensão das políticas públicas.

Podemos dizer que Gramsci percebe que a natureza do Estado vinha sendo modificada pelos acontecimentos políticos e econômicos que marcavam a sociedade capitalista no início do século XX. Embora o Estado não tivesse se desvinculado de seu caráter de classe, ele não se limitava mais a ser o comitê de gestão dos negócios da classe burguesa, como afirmaram Marx e Engels, pois algumas das demandas das classes subalternas haviam sido incorporadas (VASCONCELOS; SILVA; SCHMALLER, 2013).

Gramsci percebe a necessidade de concessões por parte da classe dominante em relação às necessidades expressas da classe dominada, processo chamado de “revolução passiva”. Este movimento pode ser pensado como “um recurso que expressa a incapacidade da obtenção da hegemonia” tanto por parte das classes dominantes como das subalternas, pois com o sistema e o Estado coordenados pelos interesses burgueses as tais concessões servem, também, como fator de acolchoamento das tensões ora existentes. Por outro lado, “exprime a incapacidade da classe dominante efetivamente ser revolucionária” até porque não interessa a esta categoria social grandes convulsões no sistema que administram (JUSTEN; GURGEL, 2011).

Além disso, acrescentam Vasconcelos, Silva e Schmaller (2013):

De outro lado, Gramsci constata que o monopólio da violência e a coerção não eram mais suficientes para a manutenção da ordem social: fazia-se necessário organizar novas formas de estabelecer o consenso, tarefa que passou a ser empreendida pelo Estado, através da formulação e disseminação de um conjunto de valores e normas políticas, sociais e culturais (p.84).

Aqui ganha importância o conceito gramsciano de hegemonia. Gramsci evidencia a necessidade da obtenção do consentimento da classe dominada mais do que a simples dominação pela força de uma classe sobre a outra. Não considerando que o domínio burguês fora apenas uma imposição, Gramsci buscou compreender a capacidade dessa classe em estabelecer e preservar

sua liderança intelectual e moral, para dirigir mais do que obrigar. A isso, ele chamou hegemonia (ACANDA, 2002).

A hegemonia seria, então, a capacidade de direção política e cultural, de construir uma visão de mundo a ser incorporada pelas demais classes, e não uma mera aliança de classes ou a simples subordinação de uma classe a outra, como frequentemente se compreende (SIMIONATTO, 1998). Como define Acanda:

Uma classe ou grupo pode exercer seu domínio sobre o conjunto social porque é capaz não só de impor, mas de fazer aceitar como legítimo esse domínio pelos demais grupos sociais. Seu poder se baseia em sua capacidade de englobar toda a produção espiritual no curso de seus interesses. O conceito de hegemonia, em Gramsci, ressalta a capacidade da classe dominante obter e manter seu poder sobre a sociedade, não só por seu controle dos meios de produção econômicos e dos instrumentos repressivos, mas sobretudo porque é capaz de produzir e organizar o consenso e a direção política, intelectual e moral da mesma. A hegemonia é tanto direção ideológico-política da sociedade civil como combinação de força e consenso para alcançar o controle social (2002, p.251, tradução nossa).

Os autores Justen e Gurgel explicam que

A construção da hegemonia não está exclusivamente nem originalmente no Estado – esta é a razão de Gramsci dizer que “a hegemonia nasce da fábrica” referindo-se às transformações fordistas. No entanto, é o Estado que assumirá orgânica e organizadamente a construção da hegemonia nacional (2011, p.14).

Por isso, como colocam Vasconcelos, Silva e Schmaller (2013), a teoria gramsciana sobre a hegemonia contribui para compreender a especificidade do Estado na sociedade capitalista contemporânea. Nas palavras de Gramsci (1968, p.148) “a direção do desenvolvimento histórico pertence às forças privadas, à sociedade civil, que é também ‘Estado’, aliás o próprio Estado”.

Gramsci amplia a análise marxista do Estado, superando o entendimento de que a análise da esfera econômica seria suficiente aos processos que estavam em curso no cenário europeu (VASCONCELOS;

SILVA; SCHMALLER, 2013). Sua concepção de Estado inclui elementos da sociedade civil: “deve-se notar que na noção geral de Estado entram elementos que também são comuns à noção de sociedade civil (neste sentido, poder-se-ia dizer que o Estado = sociedade política + sociedade civil, isto é, hegemonia [...])” (GRAMSCI, 1968, p.149).

Essa concepção ampliada contribuiu para que Gramsci pudesse identificar o papel determinante que o Estado exerce na construção do sistema hegemônico, o qual é expresso em sua dupla função: “assegurar as condições necessárias à expansão econômica e “educar” para alcançar o consenso” (VASCONCELOS; SILVA; SCHMALLER, 2013, p.87). O Estado tem o papel de criar e manter determinado padrão cultural, visando “adequar a ‘civilização’ e a moralidade das mais amplas massas populares às necessidades do desenvolvimento continuado do aparelho econômico de produção, portanto elaborar também fisicamente novos tipos de humanidade” (GRAMSCI, 1968, p. 91).

Nesse ponto, encontramos a partir Gramsci elementos centrais que entrelaçam a discussão entre Estado, políticas públicas e educação. Ao Estado é conferido papel crucial no que podemos compreender como educação para o consentimento das classes subalternas na construção da hegemonia. Faz-se necessário destacar que Gramsci compreende que o cerne da superação da subalternidade exige a elaboração de novos modos de pensar, de uma concepção de mundo crítica que possa tornar as classes subalternas capazes de produzir uma contra-hegemonia (SIMIONATTO, 2009), e que essa reforma intelectual deve necessariamente estar ligada a um projeto de reforma econômica (GRAMSCI, 1968).

Em resumo,

A superação do capitalismo não estaria circunscrita à tomada do Estado e às transformações econômicas, mas abrangeria a superação dos padrões civilizatórios particulares do modo de produção capitalista nas diferentes esferas: econômica, sociopolíticas, cultural e ideológica. Requer também a construção de uma nova direção hegemônica [...] (VASCONCELOS; SILVA; SCHMALLER, 2013, p.88).

Nessa perspectiva, compreendemos que se, por um lado, as políticas públicas, e mais especificamente aqui as políticas públicas de educação,

configuram-se como construção da hegemonia da classe dominante no seio do Estado, por outro, a educação mesma traz consigo a possibilidade e a potencialidade da construção da contra-hegemonia.

Como afirmamos anteriormente, compreendemos que uma discussão crítica a respeito das políticas públicas de educação não é viável se for realizada à parte da discussão sobre Estado. Os diferentes aspectos envolvidos em seu planejamento e implementação devem estar sempre referidos ao contorno do Estado no qual eles se encontram (HÖFLING, 2001).

Em Höfling (id.) temos que as políticas públicas correspondem ao “Estado em ação”, ou seja, o Estado em sua tarefa de implantar um projeto de governo através de programas e ações voltadas para setores específicos da sociedade.

Assim,

As políticas públicas são aqui compreendidas como as de responsabilidade do Estado – quanto à implementação e manutenção a partir de um processo de tomada de decisões que envolve órgãos públicos e diferentes organismos e agentes da sociedade relacionados à política implementada. Neste sentido, políticas públicas não podem ser reduzidas a políticas estatais. E políticas sociais se referem a ações que determinam o padrão de proteção social implementado pelo Estado, voltadas, em princípio, para a redistribuição dos benefícios sociais visando a diminuição das desigualdades estruturais produzidas pelo desenvolvimento socioeconômico (HÖFLING, 2001, p.31, grifos nossos).

Tendo isso em vista, compreendemos a educação como uma política pública social, de corte social e de responsabilidade do Estado, embora não seja pensada apenas por seus organismos. Ou seja, podemos pensar, com base também na compreensão gramsciana de Estado, que as políticas públicas de educação, enquanto ação do Estado podem incorporar demandas e reivindicações das classes dominadas, ainda que mantenham seu recorte de classe.

Por fim, reiteramos que estudar e compreender as políticas públicas exige considerá-las sempre face às transformações que ocorrem em escala global. Elas expressam as complexas formas pelas quais os homens se relacionam entre si e com o mundo.

4.3. A intersectorialidade nas políticas públicas de educação e saúde

Visando a qualidade de vida da população, busca-se, atualmente, introduzir no cotidiano dos serviços a ideia do desenvolvimento de ações de caráter intersectorial, que abarquem diversas políticas públicas (BORGES, 2012). Compreende-se que a complexidade dos problemas sociais demandam diversos olhares e maneiras de abordá-los, favorecendo uma construção integrada de soluções que busque garantir à população uma vida com qualidade (JUNQUEIRA, 2004). Embora os problemas sociais se manifestem setorialmente, a solução para eles depende das ações de mais de uma política, pois são parte de um todo complexo, que demanda uma maneira integrada em sua resolução (JUNQUEIRA, 1997).

Nos termos apresentados por Junqueira e Inojosa (1997, p.1), a intersectorialidade consiste na “articulação de saberes e experiências no planejamento, realização e avaliação de ações para alcançar efeitos sinérgicos”. Congrega-se, portanto, uma diversidade de saberes e setores, visando um olhar mais amplo e global que contribua para a solução dos problemas cotidianos.

Antunes (2013) considera que a elaboração e a implementação de políticas públicas que se comprometam com a construção de uma sociedade democrática e mais justa devem ter como condições prioritárias a educação e a saúde. A autora destaca a indissociabilidade destas duas áreas na vida concreta, afirmando que a saúde é uma das condições fundamentais para o desenvolvimento e aprendizagem do educando, da mesma maneira que a educação é um meio privilegiado para a promoção da saúde e a prevenção da doença.

As relações intrínsecas entre saúde e educação são reconhecidas desde há muito tempo. No Brasil, obras escritas no período colonial tratam de questões que poderiam ser consideradas hoje como pertencentes aos campos da educação e da saúde. Um exemplo seriam os escritos sobre os hábitos indígenas, como amamentação, alimentação e hábitos de higiene, o que remete aos padrões de educação adotados por eles. Há também as relações

entre educação e o que poderíamos compreender hoje como saúde mental. É o caso das “paixões e afetos da alma”, como a tristeza e a melancolia, e a referência à adoção de determinados hábitos e costumes, o que sugere a contribuição de práticas educativas (MASSIMI, 1990).

A partir do século XIX as relações entre saúde e educação passam a ser tratadas de maneira mais direta. A medicina que vinha se desenvolvendo no Brasil nesse período trouxe à cena a perspectiva da higiene, sendo a higiene escolar o campo que articulava educação e saúde de maneira mais explícita, buscando construir condições de salubridade no ambiente escolar e formar pessoas “moralmente saudáveis”. Nesta perspectiva a ideia de higienização mostra seu caráter de controle sobre o comportamento (ANTUNES, 2013). Também Borges (2012) destaca a intensa presença do higienismo nas práticas médicas e educacionais, buscando orientar significativas mudanças na convivência social na primeira metade do século XX. Antunes (2013) destaca:

[...] o discurso higienista, do ponto de vista do sanitarismo, incrementa o pensamento e a proposição de ações de base eugênica, cujo foco é a população socialmente marginalizada, não como busca da melhoria de suas condições de vida, mas como objeto de controle e do recrudescimento do processo de exclusão social, elegendo entre outros, a educação como meio de ação sanitária (p.35-36).

Neste cenário, prostitutas, mendigos, leprosos, loucos e crianças abandonadas tornaram-se objetos de preocupação da medicina, que buscava responder às demandas das classes dominantes, eliminando as “imundícies materiais e morais” que alastravam-se pela cidade (ibid.).

Borges (2012) constata que na transição do Império para a República, o cenário inóspito em que vivia a população brasileira devido ao aumento da migração e industrialização, aliados à urbanização não planejada, provocou o acirramento de problemas sanitários e a transmissão de doenças. As incursões do movimento higienista neste cenário centraram grande parte de suas forças nas famílias, tendo-as como alvo de suas intervenções.

Discorrendo sobre a história das relações entre educação e saúde no Brasil, Antunes (2013) ainda nos lembra do movimento em prol da saúde e da

educação, do qual foram militantes Monteiro Lobato, Miguel Couto e Mário Pinto Serva. Defendendo ações que difundissem a instrução básica e garantissem condições de saúde à população, esse movimento, apontado pela autora como reducionista e de caráter messiânico, desconsiderava os determinantes sociais, políticos, históricos e econômicos que estavam na raiz do que era compreendido como ignorância, atraso e doença na população brasileira.

Este reducionismo pode também ser identificado a partir das colocações de Borges (2012), quando a autora afirma não ter demorado para que as medidas do higienismo passassem a ser justificadas por “fatores inerentes à constituição biológica do ser humano e ao comportamento moral das pessoas, desconsiderando-se a realidade social específica”, caracterizada pelos movimentos republicano e abolicionista e o conseqüente processo de industrialização e urbanização. Logo, a família e a escola foram encarregadas pela formação de hábitos higiênicos nas crianças.

Num contexto de forte industrialização, que crescia às custas da precarização das condições de vida de trabalhadores e trabalhadoras, implementavam-se ações que pudessem intervir sobre as populações mais pobres buscando a higienização e a conformação social destas aos interesses da modernização, disciplinarizando e normalizando as classes proletárias. São exemplos a criação dos Parques Infantis na cidade de São Paulo, vinculadas aos órgãos de saúde e educação, e a criação do Departamento de Assistência ao Escolar, que incorporava os antigos Serviços de Saúde Escolar e Dentário-Escolar (ANTUNES, 2013).

Antunes deixa clara sua intenção ao abordar tais aspectos históricos, enfatizando que, embora estas iniciativas nos âmbitos da saúde e educação tivessem como alvo as classes populares, os interesses que as guiavam eram os das classes dominantes.

A finalidade de aqui expor essas ideias é a de demonstrar que não bastam ações integradas e intersetoriais em educação e saúde, se não estiverem estas explicitamente fundamentadas no vínculo social inequívoco com necessidades das classes populares, em busca da equidade [...] (ibid., p.43).

Mais tarde começaram a surgir projetos que diferenciam-se das práticas higienistas hegemônicas até então. Embora, muitas vezes, atreladas a setores ligados às práticas tradicionais, estas iniciativas começam a tratar educação e saúde de maneira mais condizente com as demandas populares (idem).

Antunes (id.) aponta para a necessidade de ampliar a discussão a respeito de políticas públicas que articulem diferentes áreas de conhecimento, prioritariamente, a saúde e educação, mas não mais como campos complementares e sim como aspectos de uma única realidade. A autora identifica essa iniciativa no programa da Organização Pan-Americana de Saúde, as Escolas Promotoras de Saúde.

Borges (2012) aponta como marcos atuais da recomendação para a realização de um trabalho intersetorial, a IV Conferência Nacional de Saúde Mental, no âmbito da saúde, e a Conferência Nacional de Educação, no âmbito da educação, ambos ocorridos em 2010. A autora aponta que a atuação intersetorial é uma aposta das políticas públicas de saúde e educação que têm como princípio o acesso aos serviços. Além disso, a meta da intersetorialidade estende-se à ação da sociedade civil, compreendendo que a participação da sociedade é um ponto chave para que estas políticas se desenvolvam. A esse respeito Junqueira (1997, p.38) destaca:

Esse processo ganha consistência quando a cidade é considerada na sua totalidade. Quando as necessidades dos grupos populacionais, que se distribuem pelo seu território, tornam-se sujeitos do processo. Sujeitos capazes de perceber seus problemas e encaminhar soluções articuladas intersetorialmente.

Borges (2012) afirma ainda que o atendimento em qualquer área de atenção precisa ser pensado como um processo que inclui a participação de instâncias e segmentos sociais variados, que se atrelem a uma dimensão intersetorial. E conclui:

Para tanto, o necessário intercâmbio entre as diversas áreas do conhecimento implica em compromisso com a construção de práticas que suscitem a diversidade e a

liberdade enquanto princípios éticos e, ao mesmo tempo, a desconstrução de práticas marcadas pelo autoritarismo e pelo cerceamento de tais intercâmbios [...] (p.248).

Concordamos com a autora em suas colocações, pois consideramos, a exemplo do que nos fala Antunes nas citações anteriores, que a intersetorialidade por si mesma não é suficiente se não estiver calcada no compromisso social, ético e político com as classes populares. Há que se repensar sua elaboração e implementação no sentido de romper com as práticas tradicionais que integravam os setores da educação e da saúde, como no caso do higienismo em sua função autoritária de controle e conformação social.

Apresentamos até aqui o necessário panorama sobre os preceitos fundantes da pesquisa, sem a pretensão de termos esgotado esta discussão. No próximo capítulo, trabalharemos com os dados que organizamos no correr desta pesquisa.

5. Caminhos da pesquisa através dos dados recolhidos

Após discorrermos sobre os principais temas que se vinculam e embasam nossa discussão sobre ciência, psicologia, escola e educação, a saúde e, a saúde na escola, tomando por base a articulação das posições ético-políticas do campo da Psicologia Escolar e Educacional de abordagem crítica, tomaremos como rumo a apresentação de como as informações foram coletadas.

Como já afirmamos, este trabalho toma por base os dados tanto do Brasil como de Portugal. Com relação aos materiais brasileiros, destacamos como ponto de partida e, também, como ponto de chegada o Decreto Presidencial 6.286, de 5 de dezembro de 2007, que institui a política intersetorial entre o Ministério da Saúde e da Educação. Seguindo uma linha cronológica trataremos das políticas de 1971, 1984 e, finalmente, a de 2007.

Então, tomando a política de 2007 como ponto de partida, fomos buscando referências históricas sobre políticas nacionais de “Saúde na Escola”/“Saúde Escolar” em publicações virtuais, bases de dados como Scielo, Google Acadêmico e BVS. Também nos orientamos pelas bibliografias dos materiais constantes na Revista Brasileira de Saúde Escolar. Com isso intentamos reconstruir um caminho pelo qual tomamos a política atual para compreender a produção histórica destas políticas.

No caminhar nos deparamos com a obra de Lima (1985) já utilizada aqui, principalmente no primeiro capítulo, como trabalho de referência para a compreensão dos múltiplos fatores que determinam as políticas de Saúde Escolar.

5.1. – Lei de Diretrizes e Bases 5.692/71

A complexidade expressa na política atual tem sua origem histórica na transição do século XVIII para o XX, com a polícia médica e as políticas higienistas. Porém, localizamos, como ponto de partida para nossa investigação histórica a proposta em âmbito nacional que afetou toda a estrutura educacional do país, ou seja, a Lei de Diretrizes e Bases (LDB) 5.692, de 1971, pela qual se institui que

[...]será obrigatória a inclusão de Educação Moral e Cívica, Educação Física, Educação Artística e Programas de Saúde nos currículos plenos dos estabelecimentos de 1º e 2º graus (BRASIL, 1971).

E, como destaca Monteiro (2012, p.76), “tendo como objetivo estimular o conhecimento e a prática da saúde e da higiene”. Ao tomar esta diretriz como ponto de partida, afirmamos que esta política nacional caminhou em paralelo a atividades orientadas pelos serviços de saúde escolar nos estados e municípios (principalmente Rio de Janeiro, São Paulo e Brasília-DF) realizadas por Comitês, Departamentos, ou Diretorias de Saúde Escolar que foram, ao longo dos anos, sendo extintas ou incorporadas a outras políticas e programas.

Além das contribuições de Jacomeli (2010) para a discussão sobre a LDB, para fins de melhor conhecimento da proposta apresentada pela Lei de 1971, traremos como suporte o documento orientador construído por um Grupo Técnico representado por várias entidades e organismos internacionais em parceria com a Faculdade de Saúde Pública da USP-SP, tendo por finalidade promover orientações aos docentes sobre a implantação da Lei 5962/71, especialmente por conta de seu artigo 7º.

Tendo em vista a Lei 5.692/71, que reformulou o ensino no Brasil e, em seu art. 7º, tornou compulsórios Programas de Saúde, considerou-se indispensável e urgente estabelecer linhas gerais de orientação para o pessoal docente das Escolas de 1º Grau em relação ao ensino da Saúde. Foi então constituído um Grupo Técnico, integrado por representantes do Serviço de Saúde Escolar da Secretaria da Educação de São Paulo e da Faculdade de Saúde Pública, USP. Este Grupo, que recebeu assistência técnica da OPAS/OMS e auxílio

financeiro do Instituto Nacional de Estudos e Pesquisas Educacionais do Ministério da Educação e Cultura, foi encarregado de elaborar o presente Documento.

Saviani (2006), diz que esta Lei 5692/71

Completa o ciclo de reformas educacionais destinadas a ajustar a educação brasileira à ruptura política perpetrada pelo golpe militar de 1964. [...] tal ruptura política constituíra uma exigência para a ordem socioeconômica. (p.119)

Jacomeli (2010), destaca o papel que as disciplinas Estudos Sociais e Educação Moral e Cívica assumem, no papel de promover as “adequações do discurso liberal”. E continua nos dizendo sobre a retórica liberal que

[...] utilizou-se e utiliza-se da escola como forma de divulgar valores desejáveis para manter a sociedade “coesa” e “pacífica”, de acordo com os preceitos postulados por sua ideologia. (p.76)

Esta interdisciplinaridade visou estabelecer uma retórica de cunho ideológico, pois ao mesmo tempo que apresenta um conjunto de ideias, por este mesmo caminho, oculta suas reais pretensões. Tal como aponta Patto (1996):

As diferenças de qualidade de vida entre as classes sempre foram justificadas através de explicações geradas pelos que, em cada ordem social, são considerados competentes para elaborar uma interpretação legítima do mundo. E a interpretação tida como verdadeira é a que dissimula e oculta, com maior sutileza, que as divisões sociais são divisões de classes, o que equivale a afirmar sua condição ideológica¹⁷ (p.51).

Ressaltamos que a contextualização da política em seu tempo histórico-social nos auxilia na compreensão de como o projeto de saúde escolar vai sendo implementado nos anos 70 do século XX pelos governos ditatoriais. É inegável o papel da escola enquanto “aparelho privado de

¹⁷ Citando Chauí, em seu *O que é ideologia*, de 1981, pp.113-4, Patto utiliza a definição de ideologia como sendo “um conjunto lógico, sistemático e coerente de representações (idéias e valores) e de normas ou regras (de conduta) [...] cuja função é dar aos membros de uma sociedade dividida em classes uma explicação racional para as diferenças sociais, políticas e culturais, sem jamais atribuir tais diferenças à divisão da sociedade em classes”.

hegemonia” e, para tanto, devemos levar em consideração este aspecto nada desprezível.

Seguindo, o projeto de reforma educacional ora referenciado pela nova legislação diz respeito, como aponta Jacomeli (2010, p. 77) ao atendimento de “um ‘novo’ momento social [...] que pedia uma ‘nova’ escola e uma ‘nova’ visão educacional” atendendo ao que se convencionou chamar de “construção de um ‘projeto nacional’ que serviria como alavanca para o desenvolvimento do ‘Brasil-Potência’” e “Pátria Grande” – expressões usadas pelo então presidente Médici, traduzindo a ideia de um “autoritarismo triunfante” (SAVIANI, 2006, p.124).

A educação, no decorrer do período que vai de 1964 a 1985, relacionou-se à repressão, à privatização do ensino, à exclusão de grande parcela das classes populares do ensino público de boa qualidade, à institucionalização do ensino profissionalizante, à desmobilização do magistério pela via de uma legislação educacional complexa e contraditória e ao tecnicismo pedagógico (JACOMELI, 2010, p.77).

É com esta característica de proposta educacional para o país que se pensa a introdução das questões da saúde no currículo da escola brasileira.

A Lei determinou também que, no currículo pleno de todas as instituições escolares e de todos os graus, estivessem presentes a disciplina de Educação Moral e Cívica e a de Programas de Saúde, fazendo parte dos estudos para a formação do cidadão. O Parecer nº 94/71, do Conselho Federal de Educação, intitulado Educação Moral e Cívica, apresenta a visão do que seria a educação moral e a cívica. Traz como relator, Dom Luciano José Cabral Duarte, arcebispo de Aracaju, o qual foi enfático quanto à visão conservadora, “de mãos dadas” com os preceitos morais postulados pela Igreja Católica (p.80).

De acordo com Cunha e Góes (1985, p. 76), a Educação Moral e Cívica implantada com a Lei 5.692/71 representou uma sólida fusão “do pensamento reacionário, do catolicismo conservador e da doutrina de segurança nacional” (p.80).

O enviesamento ideológico proporcionado pelos grupos reacionários e antidemocráticos vai permeando através do tempo os grupos sociais usuários

das escolas públicas de então. É um dos quadros lamentáveis da história brasileira que ainda percebe os sinais deixados como herança destes tempos sombrios.

Voltando ao Documento elaborado pelo “Grupo de Trabalho”, veremos como a escola e a saúde são pensadas a partir das diretrizes militares, presentes na LDB de 1971.

A escola - instituição que retém a criança algumas horas por dia durante pelo menos oito anos - não pode e nem deve se propor sozinha a recuperar, conservar, preservar e promover integralmente a saúde da criança. Pode e deve, entretanto, ao lado da família e da comunidade, contribuir para que seus alunos alcancem a saúde (p.2).

A proposta é coerente com o que está definido como papel educacional e formativo da escola, mas por outro lado é bom lembrarmos que neste período não havia um Sistema Único de Saúde, universalizado. Os serviços públicos que existiam eram precários em se tratando de acesso e prestação.

A política de saúde na escola deve ser compatível com a política de desenvolvimento social, econômico, educacional e sanitário do país e com os recursos disponíveis em cada região. Não há, portanto, um único caminho para seu planejamento. Diferenças nos fatores ecológicos, psicológicos, culturais, educacionais, econômicos, necessidades e problemas recomendam a elaboração de planos específicos para áreas específicas, embora dentro da mesma filosofia e segundo diretrizes e bases gerais (p.2).

Reflexo mesmo de sua época e seu contexto histórico, não menção a trabalhos integrados ou articulados. A contradição entre a necessidade dos planos específicos e a possibilidade de integração de áreas afins é o desafio posto, desde sempre, numa lógica de cooperação, mas aqui, isto deve tomar conotações mais estratégicas, uma vez que a premissa das políticas desta época tomam por base a individualização, a separação para melhor controle.

Educação em Saúde na escola significa a aquisição de conhecimentos e a formação de atitudes e valores que

levam o escolar a um comportamento que reverte em benefício de sua saúde e da saúde dos outros.

Não se limita, portanto, a dar só conhecimentos; preocupa-se, também, em estimular a criança para aprender e capacitá-la a tomar decisões com base no conhecimento científico (p.3-4).

O viés individualizante e, indiretamente, culpabilizante surge mais uma vez, pois vislumbra a situação de uma criança que tome decisões sobre sua própria saúde a partir dos conhecimentos científicos. Não é de se estranhar que o Estatuto da Criança e do Adolescente, documento que reconhece crianças e adolescentes como sujeitos de direitos, somente será instituído em período pós transição para a democracia.

Diferenciando o *status* de “Educação em Saúde na Escola” e “promoção e proteção da saúde do escolar”, o Grupo de Trabalho diz que as últimas devem ser “proporcionadas através de serviços de saúde que incluam atenção médica, odontológica e psicológica, alimentação adequada, recreação e exercícios físicos (p.4). Já a Educação em Saúde, “deve estar presente em todos os aspectos da vida escolar, podendo ser focalizada sob quatro dimensões: ambiente, serviços de saúde, ensino da Saúde e interação lar-escola-comunidade” (p.4).

Tomando por referência uma concepção de saúde que leve em conta os aspectos comunitários e familiares, dizem os técnicos:

[...] A saúde da criança está diretamente relacionada com o ambiente físico e o clima emocional da escola que frequenta, tanto quanto do lar em que vive e da comunidade que habita. Não se pode, portanto, ensinar ou promover saúde como alguma coisa abstrata, sem referência às práticas da criança fora da escola; da mesma forma, o que acontece dentro da escola não pode ser separado do que ocorre no lar e na comunidade como um todo (p.4).

Na citação percebemos uma brisa de pensamento comunitário, de ideias integradoras dos diferentes sujeitos envolvidos com o processo escolar e educacional. Porém, este é mais um dos casos em que o papel aceita as melhores propostas que, não necessariamente serão implementadas. Vale lembrar que na luta contra os comunistas, a ditadura brasileira orientada pelos EUA, enfrentava ferrenhamente quaisquer iniciativas de viés comunitário, pela

simples associação entre as palavras “comunitário” e “comunista” (Sawaia, 1996).

Em outro ponto do Documento localizamos uma definição para saúde que leva em conta diferentes aspectos da vida como fundamento constituinte, porém logo em seguida, reduz toda a complexidade apresentada, ao comportamento humano, como “a capacidade específica [...] de julgar e tomar decisões”. A contradição está na aparência, mas não na essência da proposta. A virtude dos textos escritos é poder deixar registrado o que está sustentando as propostas em questão.

A saúde é [...] simultaneamente dependente de fatores inerentes ao meio físico, biológico e sócio-cultural e de fatores intrínsecos ao homem – hereditariedade, estrutura e funcionamento, etapas do ciclo vital, necessidades básicas e comportamento.

As necessidades, de cujo atendimento depende a saúde, são as forças motivadoras do comportamento que intervém na interação do homem com seu meio.

Entre todos os fatores citados o de maior interesse para a educação é o comportamento, aqui entendido apenas num de seus aspectos – aquele em que o mesmo é resultado da capacidade específica do ser humano de julgar e tomar decisões (p.7).

Sobre os objetivos gerais do Ensino da Saúde, o Documento escrito pela equipe de técnicos estão articulados aos objetivos gerais do 1º grau (da 1ª a 8ª série), sendo então que, ao final do 1º Grau, os estudantes deverão:

1. Compreender e analisar as interações e inter-relações entre os fatores que determinam a saúde.
2. Compreender e reconhecer sua possibilidade de influir sobre os fatores que determinam a saúde.
3. Valorizar os procedimentos positivos de controle dos fatores que determinam a saúde.
4. Adotar procedimentos positivos de controle dos fatores que determinam a saúde (p.12)

E como se poderia influir sobre os fatores que determinam a saúde quando os que se opunham ou reivindicavam mudanças eram “sumidos” ou “suicidados”? Nesta educação dos anos 70, a ordem era obedecer!

Dentre as temáticas propostas para trabalhar os conteúdos de saúde, encontramos este trecho que nos parece ser o exemplo característico das contradições expostas na propositura do Documento:

Partindo dos problemas de saúde dos escolares ou dos problemas de saúde mais evidentes de uma localidade ou região é também possível organizar unidades [...] Se numa localidade o problema mais evidente é, por exemplo, desnutrição, o conteúdo deverá enfatizar o aspecto alimentação. A ênfase nos aspectos relativos à nutrição poderá aparecer em mais de uma unidade e/ou servir de guia para a elaboração de uma unidade específica em que a necessidade de alimento se relacione com estrutura e funcionamento físico e psicológico do homem, com as etapas de seu ciclo vital, com os fatores do meio físico, biológico e social, com as necessidades de amor e de estima e com a necessidade de proteção (p. 15).

Sobre a integração com outras áreas e disciplinas:

O desenvolvimento do conceito de saúde não se faz apenas através do ensino específico da Saúde. Desde que os conhecimentos sobre saúde são colhidos nas outras matérias curriculares (especificamente Ciências e Estudos Sociais), essas matérias terão que subsidiar Saúde no desenvolvimento de seu conteúdo (p.25).

[...] é sempre possível a integração de Saúde com as outras matérias a nível de sala de aula, especialmente nas séries iniciais que contam com um professor único. Caberá a ele, nesse caso, planejar o ensino de sua classe, integrando as unidades de Saúde, Ciências, Estudos Sociais, Comunicação e Expressão, Educação Física e Educação Artística (p.29).

Sobre este ponto vale retomar o trabalho de Jacomeli (2010) em que aponta o viés das propostas do ensino em Educação Moral e Cívica e Estudos Sociais.

Chama a nossa atenção a postura nacionalista, patriótica, um verdadeiro culto ao militarismo, acobertado sob o princípio democrático, como se houvesse democracia em plena ditadura militar. Por trás do jargão de defesa de uma sociedade democrática se esconderam práticas de perseguição política, assassinatos e outras aberrações já enormemente analisadas e que estiveram escondidas nos “porões escuros” desse período (p. 81).

Quanto ao processo avaliativo das aprendizagens para a Educação em Saúde Escolar, verificamos o seguinte:

Os instrumentos de avaliação em Saúde são limitados e relativamente ineficientes. Os objetivos gerais da Saúde dizem respeito a mudanças comportamentais e a evidência de que ocorreram mudanças, na maioria das vezes, só pode ser percebida com o decorrer do tempo (p.29). As técnicas de avaliação usadas devem, entretanto, capacitar o aluno a auto-avaliar-se, pois a auto-avaliação é um dos meios mais eficazes de melhorar o comportamento em saúde (p. 29-30).

Na sequência do documento, vemos a preocupação com as “Condições para a Eficiência do Ensino de Saúde”, ou seja, as premissas que norteiam o fazer dos professores em sala de aula. Mais uma tarefa atribuída aos docentes, como se nada mais tivessem a fazer.

Uma dificuldade, entretanto, os órgãos de Educação certamente encontrarão na implantação da Lei; tal dificuldade diz respeito, principalmente ao preparo dos professores para se desincumbirem de suas responsabilidades em relação ao ensino da Saúde. É fundamental que os professores compreendam as relações entre saúde e aprendizagem e a política de saúde na escola. Ao mesmo tempo é básico que eles possuam os conhecimentos que a ciência põe à sua disposição para ensinar Saúde (p.30).

Ainda sobre a formação docente para o ensino de Saúde:

Possivelmente os programas de formação do pessoal docente deverão ser reformulados a fim de prepará-lo para desenvolver o ensino de Saúde conforme sugerido neste Documento. Enquanto isso não ocorre, é imprescindível e urgente que se favoreça aos professores, já no exercício de sua profissão, treinamento-em-serviço a fim de que se sintam capacitados e seguros para darem cabal cumprimento às responsabilidades que lhes foram conferidas pela Lei 5692/71 (p.31).

Compreender a formação docente como sendo necessária para “dar conta” das inúmeras tarefas que a educação escolar prescinde nos colocaria o desafio de termos super-educadores. Esta impossibilidade é retornada no formato de acusação ou mesmo de auto-culpabilização, pois em “não dando conta”

desta multiplicidade e cada vez mais isolados nos fazeres educacionais, as educadoras e educadores se veem acuados diante do iminente fracasso atribuído às suas tarefas, qual seja, educar. E, se a concepção de educação é orientada pelo ideário da redenção, a situação tende a se agravar. Por isso mesmo, na explanação que realizamos no capítulo três, deixamos evidente que a perspectiva de uma educação escolar que se pretende emancipadora leva em conta as multideterminações das relações sociais e, principalmente, aponta para a necessária intencionalidade do fazer educacional nas escolas.

A proposta aqui apresentada de maneira formal, carrega em si um conjunto de contradições que estão contidas no cotidiano social e político da época em que a política se institui. Apesar de apontar para uma integração entre disciplinas, os conteúdos nelas desenvolvidos não orientam para um caminho emancipador, mas sim, alienante.

5.2. - PNSE – Programa Nacional de Saúde Escolar (1984)

Ao final do regime da ditadura civil-militar que governou o Brasil impondo o viés econômico liberal com a ampla concessão aos interesses privados nacionais e internacionais, vemos também o ensino brasileiro tocado pela forte onda tecnicista. É nesse contexto que verificamos, em 1984 a instituição do Programa Nacional de Saúde do Escolar, o PNSE. Conforme relatório do Tribunal de Contas da União (TCU) o Programa é apresentado da seguinte forma:

O Programa Nacional de Saúde do Escolar – PNSE foi criado pela Resolução n.º 20, de 24/10/1984, do Conselho Deliberativo da extinta Fundação de Assistência ao Estudante – FAE. Com a edição da Lei n.º 9.649, de 27/05/1998, que dispôs sobre a extinção da FAE, o Programa foi incorporado pelo Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação – FNDE. O PNSE tem por finalidade a identificação, prevenção e assistência da saúde visual e auditiva dos alunos matriculados na 1ª série do ensino fundamental da rede pública, de forma a contribuir para a diminuição dos índices de repetência e evasão escolar.

A partir de 1999, o atendimento à saúde do escolar passou a ser prestado por intermédio de duas campanhas: *Olho no olho*, desenvolvida em parceria com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia – CBO, e *Quem ouve bem, aprende melhor!*, realizada em parceria com a Fundação Otorrinolaringologia – FO (BRASIL, 2003).

Este PNSE foi sendo alterado em suas formas de aplicação, como apontam os Relatórios do TCU, até que a partir de 2006 o Programa passou por reformulações e ampliações que renunciaram a instituição do PSE, em 2007. É de se destacar que este PNSE, apesar de longo, não é comumente citado nos materiais que localizamos. Conforme relatório do TCU temos que:

O Programa Nacional Saúde do Escolar (PNSE) foi criado em 1984 com o objetivo de promover a saúde do escolar do Ensino Fundamental da rede pública por meio do desenvolvimento de ações educativas, preventivas e curativas nas áreas de saúde, odontologia e oftalmologia. Justificou-se a necessidade do programa após ter sido constatado que problemas de saúde interferiam no processo ensino-aprendizagem.

Entre 1984, época de sua criação até 2005 percebemos intensas mudanças no PNSE, sendo que seus objetivos e público alvo foram sempre mantidos. Nos anos de 1987 e 1988 o foco na assistência odontológica contemplou ações preventivas e curativas, sendo que entre 1990 e 1994, com redução de recursos, a atenção privilegiou a prevenção. Com altos e baixos, a proposta se manteve ativa, sendo inclusive ampliada e articulada a outros programas sociais implementados na gestão do governo Fernando Henrique Cardoso. É importante destacar que na gestão deste presidente, com dois mandatos (1995-1998 e 1999-2002) tivemos a implantação de políticas sociais, ainda que de curto alcance populacional. Entendemos que este cenário toca a evolução do PNSE, sendo que

Em 1995, o programa passou por uma grande reformulação e concentrou suas ações em municípios selecionados pelo programa Comunidade Solidária. Ainda em 1995, fruto da nova proposta para o PNSE, foi criado o Projeto de Assistência Integral à Saúde do Escolar (PAISE), com o objetivo de desenvolver ações educativas, preventivas e curativas para os alunos da 1.^a série do Ensino Fundamental residentes nos bolsões de pobreza dos municípios no entorno das capitais.

É interessante perceber que em meados dos anos 1990, já com a implantação do SUS pela lei 8080/1990, a perspectiva de Saúde Escolar se mantém pautada pelas ações curativas. O legado a ser enaltecido é a preocupação com os “bolsões de pobreza” o que será denominado como áreas de baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH) ou áreas de grande vulnerabilidade. No período FHC, vimos surgir a LOAS (Lei Orgânica da Assistência Social), os programas de transferência condicionada de Renda como o Bolsa Escola, Bolsa Maternidade. Como diz Fausto (2013, p.506),

tais programas marcaram uma mudança na relação do Estado com os pobres, na medida em que o benefício concedido passou a ser caracterizado como direito e não como favor [...]. Maior ainda, embora em escala pequena, representava a mudança pretendida com a criação do Comunidade Solidária, sob a liderança de Ruth Cardoso [...]. O programa partia de dois pressupostos: o desafio social brasileiro é amplo e diversificado demais para ser enfrentado apenas pelo governo; existem recursos, conhecimentos e capacidades dispersas na sociedade que, se mobilizados, podem produzir soluções inovadoras para problemas sociais conhecidos.

Esta proposta articulava diferentes setores da sociedade, como “governos, empresas, universidades e organizações do terceiro setor”, mas como vemos, a proposição de reformas estruturantes e implantação de políticas agressivas para a erradicação da miséria e da fome não constavam do pacote. Por outro lado, conquistas relevantes nos setores da Saúde e Educação devem ser destacadas. Na Saúde, com a criação do imposto CPMF (contribuição provisória sobre movimentação financeira) voltado para atenuar os problemas de financiamento da área. Na Educação, o destaque fica por conta da aprovação do Fundef (Fundo de Manutenção do Ensino Fundamental e Valorização do Magistério) que previa a redistribuição de recursos aos municípios com maior número de matrículas.

Na era Lula (2003-2006 e 2007-2010) acompanhamos a manutenção do PNSE, mas evidentemente influenciado pelas políticas internacionais de Promoção da Saúde e das Escolas Promotoras de Saúde. Então, a partir de 2005

o programa teve o atendimento ampliado, com a realização também de consultas médicas (diagnóstico clínico) e fonoaudiológicas (audiometria) para os alunos beneficiados. Seu objetivo é a identificação e a correção precoces de problemas visuais e deficiências auditivas que possam comprometer o processo de aprendizagem, visando à diminuição dos índices de repetência e evasão escolar. Segundo dados da Organização Mundial de Saúde, 10% dos alunos da 1.^a série do Ensino Fundamental público apresentam deficiências visuais, necessitando de medidas corretivas.

Segundo dados estatísticos constantes no portal do MEC, este programa atende a 197 municípios e secretarias conveniados em todos os estados brasileiros, beneficiando 112 934 alunos (BRASIL, 2007c, p.96-7).

Realizada essa descrição do PNSE, podemos pensar com mais detalhamento algumas situações pertinentes ao período e suas relações com as políticas de Saúde Escolar.

Findo o período de Ditadura Militar, no processo de redemocratização do país ganham força as reivindicações dos movimentos sociais e a discussão sobre as mudanças necessárias e a revisão de políticas públicas em direção à melhor qualidade de vida da população. Em 1986 realiza-se a 8^a Conferência

Nacional de Saúde, que definia um projeto de Reforma Sanitária através da proposição da criação de um Sistema Único de Saúde, que veio a ser implantado em 1990, com a Lei 8.080/90. É na contramão dessa proposta que a Saúde Escolar caminha na década de 1990.

Com o SUS, a atenção à saúde tornava-se responsabilidade exclusiva da área da saúde. Assim, a rede de saúde ficava responsável pelas ações individuais e coletivas (vigilância epidemiológica e sanitária), estas últimas a serem feitas em todos os espaços onde houvesse um coletivo, como escolas, fábricas, empresas, etc. Diante disso, a Reforma Sanitária entende por findo todo programa verticalizador, como é o caso da Saúde Escolar, já que a criança escolar e o ambiente coletivo da escola passam a ser objeto do SUS (SILVA, 1999).

Como nos apontam Collares e Moysés (1992), a Saúde Escolar encontrava-se desaparecida na década de 1980, quando ocorre seu ressurgimento, na contramão das propostas de saúde e educação que vinham ganhando espaço. De um cenário que conjugava a falta de uma perspectiva política mais ampla e o desconhecimento da história das políticas de saúde no Brasil por parte dos profissionais surgem as antigas propostas de saúde escolar. “Surgem como novas, sem passado, travestidas de politicamente avançadas. Entretanto, seu caráter retrógrado revela-se ao primeiro olhar crítico” (p.24).

Na tentativa de legitimar-se, a saúde escolar, com um discurso a-histórico e a-temporal, aponta as falhas tanto do setor da saúde quanto da educação, ignorando a origem política desses problemas. Aqui a saúde escolar aparece como se estivesse acima de modelos políticos e da historicidade, como sendo a solução para os problemas da educação e da saúde. Negando sua história de ineficácia e fracasso, ela persiste como “programa estanque, duplicador de recursos, desvinculado tanto da saúde como da educação, contrária às propostas da Reforma Sanitária” (ibid., p.24).

Também da década de 1980 data um importante marco do processo de redemocratização do país: a nova Constituição Federal, de 1988. Nela o FNDE, conforme o Relatório de Atividades de 2001, encontra o aparato para definir a Saúde Escolar como atribuição constitucional.

É atribuição constitucional do Estado – art. 208, inciso VII, CF – o dever de garantir o atendimento à saúde do educando, por meio de programa suplementar de saúde do escolar. O Programa Nacional de Saúde Escolar – PNSE foi criado com o objetivo de garantir a identificação, prevenção e assistência à saúde visual e auditiva, contribuindo para a diminuição dos índices de repetência e evasão escolar (BRASIL, 2001).

Na Constituição Federal de 1988, temos no artigo nº 208 que “O dever do Estado com a educação será efetivado mediante a garantia de: [...], atendimento ao educando, no ensino fundamental, através de programas suplementares de material didático-escolar, transporte, alimentação e assistência à saúde” (BRASIL, 1988).

Percebemos que há uma preocupação constante em articular a saúde ao campo da educação, mas na Constituição Federal, o enfoque é assistencial, ou seja, o “dever do Estado com a educação” também prevê os cuidados com as condições de saúde das pessoas que usam a rede educacional.

Em meio a tantas alterações pelas quais passa o PNSE, algo que permanece contínuo é a relação que se estabelece entre a proposta de promoção de saúde do escolar e questões de aprendizagem, o que coloca como um de seus principais objetivos a diminuição da evasão e da repetência escolar.

Silva (1999) em estudo que busca analisar o discurso da Saúde Escolar em Campo Grande-MS, aponta para a medicalização das questões sociais através do discurso da Saúde Escolar no momento em que ele postula a relação do fracasso escolar às condições de saúde das crianças. Nas palavras de Collares e Moysés (1996, p.28), “desloca-se o eixo de uma discussão político-pedagógica para causas e soluções pretensamente médicas, portanto, inacessíveis à Educação”.

Ao mostrar reiteradamente que a Saúde Escolar existe para resolver a questão do fracasso escolar, afirma-se que não é nas mãos dos educadores, da escola, ou nas condições de vida das crianças que estão as possibilidades de solucionar o que não vai bem na escola. A compreensão é de que os problemas escolares, antes de pedagógicos, econômicos, sociais e políticos, são problemas a serem normatizados pela medicina (SILVA, 1999). Os professores, que deveriam ser os responsáveis por analisar e resolver os

problemas escolares passam a ser apenas mediadores desse processo, triando e encaminhando alunos para os especialistas da saúde. Não só há uma transferência de responsabilidade, mas também do foco da questão, que vai do coletivo para o particular (COLLARES; MOYSÉS, 1992).

Silva (1999) revela em sua pesquisa as várias fragilidades nas ações implementadas no âmbito da Saúde Escolar em Campo Grande. Um dos pontos de discussão trazidos pela autora refere-se aos atendimentos odontológicos, os quais traremos aqui por tratar-se de uma das áreas de ênfase no PNSE. Compreendemos que a pesquisa de Silva é bastante ilustrativa quanto à maneira pela qual as ações de Saúde Escolar vinham sendo implementadas nas décadas de 80 e 90, daí que emprestemos alguns dos trechos das entrevistas por ela realizadas e determinados pontos de discussão apresentados em seu trabalho.

Como nos revela a autora, na rede municipal de ensino de Campo Grande muitas escolas dispunham de consultório odontológico em sua estrutura, em geral, uma sala de tamanho médio vizinha às salas de aula. Os atendimentos destinavam-se preferencialmente a alunos entre 6 e 12 anos. Trechos das entrevistas realizadas pela pesquisadora com dentistas e profissionais ligados à Saúde Escolar vão revelando as diferenças existentes entre o atendimento prestado nas escolas e nos consultórios particulares:

“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.” (Dentista)

“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.” (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 só é um material forrador, não é um material restaurador.” (Dentista) (SILVA, 1999, p.111).

Concordamos com a análise de Silva (id.) ao apontar que esses trechos desnudam o discurso da saúde escolar. O atendimento prestado condiz com o que se pressupõe que seja ofertado às crianças das classes mais pobres, as crianças que frequentam a escola pública: o mínimo, como se a esta população qualquer coisa bastasse. Isso fica ainda mais evidente em outros trechos, em que os profissionais falam das crianças que têm medo de ir ao dentista:

“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 atendimentos]. Então, você vai perder 2, 3 sessões com uma criança que não quer tratar?” (Dentista)

“Pela orientação da Secretaria da Saúde, você não é obrigado a ficar adulando a 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 pra 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 criança assim com problema.” (Dentista)

Aqui fica claro: os números se sobressaem à qualidade dos atendimentos, às crianças e suas necessidades. Além disso, naturaliza-se a vontade da criança em querer ou não ser atendida e, com isso, ela pode ser culpabilizada pelo não atendimento. A criança tem o “problema” e torna-se “perda de tempo”. Há uma clara desconsideração dos determinantes sociais em relação à condição de saúde das crianças. Aos moldes do “mutirão” os atendimentos em série verticalizam o cuidado em saúde e revelam o caráter tecnicista e individualizante da Saúde Escolar.

Ferriani et al. (1990), em artigo publicado na Revista Brasileira de Saúde Escolar - que será apresentada adiante -, ao analisar os programas de saúde

escolar que vinham sendo financiados pela Fundação de Assistência ao Estudante, constatam que, embora os Programas de Saúde Escolar apresentassem em seu discurso a pretensão de ações mais amplas, os relatórios de atividades por eles analisados continham apenas ações individuais e curativas.

O resultado desta série de fatores é exposto na colocação de Silva (1999, p.3): “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”.

Em sua análise, Ferriani et al. (1990) afirmam ainda que o cargo de “agente de saúde” considerado pela FAE como fundamental para o desenvolvimento dos programas vinha sendo ocupado, em algumas regiões, tanto por médicos, enfermeiros e dentistas como por pessoal não qualificado, o que significa que havia “na prática uma diversidade de profissionais assumindo de modo improvisado esse papel” (ibid., p.26), o que se caracteriza como mais um ponto de fragilidade e precariedade dos programas implementados nesse período.

Novaes e Zuccolotto (1985), ao falarem sobre a Saúde na Escola apontam que a ação do sistema de saúde como um todo é enfraquecida, pois um único grupo é privilegiado, o da criança escolar, perdendo-se de vista que os problemas de saúde desse grupo são os mesmos de grande parcela da população, pois têm suas origens em suas condições de vida. Mas são justamente tais condições que a Saúde na Escola ignora. Assim, o ensino da saúde nas escolas parte do pressuposto de que pela explicação oral ou pela demonstração prática em sala de aula os alunos estariam em condições de ter uma saúde melhor e, portanto, uma melhor qualidade de vida. Como se a saúde fosse determinada pelo conhecimento e não pela qualidade de vida, como se mostrando a maneira de mudar as condições fosse suficiente para melhorá-las de fato (SILVA, 1999).

Assim é que para Silva (1999) a Saúde Escolar não concretiza sua promessa de promover a saúde das crianças nem de reduzir os índices de evasão e repetência escolar. Para a autora,

[...] o que se pode observar é que ela [a Saúde Escolar] 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.

Também apontando para a existência de um hiato entre o discurso e a realidade de implementação dos programas de Saúde Escolar, Ferriani et al (1990) afirmam que desde 1989, embora houvesse um discurso de preocupação com a saúde do escolar, o que se verificava na prática era o oposto, já que os serviços de saúde das secretarias municipais e estaduais sequer dispunham concretamente de programas específicos para o atendimento de escolares.

Os autores afirmam que

[...] a Saúde Escolar é precariamente implantada, segue o esquema de assistência funcionalista e especializada (visão, higiene bucal, audição, dentre outros) e não é voltada para acompanhar o desenvolvimento global da criança. Isso significa que a Saúde Escolar reproduz o modelo vigente de atenção à saúde de caráter assistencialista que prioriza o indivíduo e “partes” dele em detrimento da coletividade e do todo (FERRIANI et al., 1990, p.22).

Outro ponto que merece atenção a respeito do PNSE diz respeito ao convênio realizado entre o FNDE e o Conselho de Oftalmologia. Como esclarece o relatório do FNDE em 2001,

Em 1999, foram lançadas as Campanhas Nacionais de Reabilitação Visual “Olho no Olho” e “Quem ouve Bem, Aprende Melhor”, que tiveram continuidade no ano de 2001. Objetivando detectar a existência de dificuldades visuais nos alunos da 1ª série do ensino fundamental, das redes estadual e municipal, o FNDE celebrou convênio com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia – CBO, no valor de R\$ 9.889.603,17 para a continuidade da Campanha Nacional de Reabilitação Visual “Olho no Olho”. Os recursos foram destinados ao financiamento de ações voltadas para a produção de material didático-pedagógico, apoio logístico, atendimento oftalmológico, aquisição e distribuição de óculos. O CBO, a exemplo do

exercício anterior, responsabilizou-se pela produção e distribuição de óculos.

Conforme a meta prevista, a Campanha atingiu 658 municípios com mais de 40 mil habitantes conforme censo realizado pelo IBGE no ano de 2000. Foram beneficiados cerca de 3.008.000 de alunos da 1ª série. Participaram da Campanha 46.500 escolas das redes estadual e municipal e 93.000 professores atuaram na Campanha realizando a triagem dos alunos.

O FNDE firmou convênio com o Conselho Brasileiro de Oftalmologia, no valor de R\$196.104,49 para reciclagem/capacitação de profissionais das áreas de educação e saúde e apoio logístico, com objetivo de atender aos alunos da 1ª série portadores de baixa visão identificados durante os três anos consecutivos da Campanha Nacional de Reabilitação Visual “Olho no Olho”.

Neste exercício, não foi conveniada a Campanha “Quem Ouve Bem, Aprende melhor”, porque a Fundação de Otorrinolaringologia estava executando a Campanha do ano de 2000 com os alunos de 1ª série. (BRASIL, 2001, p.75-76)

Embora não haja mais detalhes a respeito de como as ações foram implementadas dentro do convênio, questionamos inicialmente se não haveria uma desresponsabilização por parte do governo ao repassar determinadas funções a outros órgãos não estatais, no caso, o Conselho Brasileiro de Oftalmologia. Nessa linha, há um governo que implementa determinada campanha, mas não a executa de fato, pois repassa essa função a outrem.

Além disso, nos chama atenção que professores tenham atuado na campanha realizando a triagem de alunos. O professor aqui recebe uma outra função, que não está atrelada a seu papel pedagógico, o que caracteriza um acúmulo e também desvio de função. O que deveria ser executado na rede de saúde por profissionais da saúde, qualificados para isso, é executado nas escolas por profissionais da educação. Há certamente uma duplicação de serviços e uma sobrecarga dos profissionais da educação, já que a saúde passa a ocupar um lugar que deveria ser da escola, um tempo que deveria ser destinado à educação.

Frente a isso, trazemos novamente os apontamentos de Silva (1999), para quem a Saúde Escolar acaba servindo como espaço para alocar profissionais da saúde de diferentes especialidades. A Saúde Escolar enquanto sub-especialidade da Pediatria vinha ganhando corpo entre pediatras e

associações médicas, o que para a autora ilustra a crescente disputa de especialista por aumentar o mercado de trabalho.

[...] 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 [...] (ibid., p.42)

Esta afirmação a autora toma emprestada de trabalhos realizados por Moysés e Collares, autoras de referência no enfrentamento aos processos de medicalização e de defesa intransigente da Educação. Como afirmam as autoras,

[...] os serviços de Saúde Escolar têm sido a forma institucional para criar, na escola pública, um mercado de trabalho para ampla gama de profissionais. Médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, nutricionistas e, mais recentemente, psicopedagogos. *Todos para ajudar a educação a resolver o angustiante problema do fracasso escolar!* (COLLARES; MOYSÉS, 1992, p.25, grifos das autoras).

Ao discorrerem sobre as motivações do surgimento desse espaço de mercado de trabalho para profissionais da saúde na escola, Collares e Moysés (id.) discutem alguns pontos. O primeiro seria o fim do sonho do “milagre brasileiro” que levou à restrição das possibilidades reais de ingresso no mercado de trabalho como profissional liberal. As universidades, entretanto, continuam formando seus alunos para atuarem desta maneira e contribuindo com a disseminação da ideia de que o serviço público é hierarquicamente inferior. Diante disso, os profissionais têm lutado mais pela abertura de mercado de trabalho na instituição escolar do que pela sua ampliação na própria rede de saúde.

Outro ponto seria a crise do modelo político-econômico, frente a qual o governo brasileiro estaria utilizando o espaço escolar como um amortecedor dos conflitos sociais, transformando a escola em local de prestação de serviços. Além disso, as autoras destacam as altas taxas de fracasso escolar, que somadas a uma formação precária dos profissionais da educação, os

fazem extremamente permeáveis a soluções oferecidas por outras áreas do conhecimento (ibid.).

O quadro apontado pelas autoras congrega, de um lado,

[...] os profissionais da educação, rebaixados na escala social, com salários aviltantes, sentindo-se incapazes, expropriados de seu saber, prontos a delegar seu espaço, a submeter-se a uma nova ordem. De outro lado, profissionais da saúde, que ignoram sua própria ignorância sobre escola, processo ensino-aprendizagem, função social da educação e, por isso mesmo, se apresentam com o discurso da competência. Coloque-se como cenário as leis de mercado, os interesses governamentais... (ibid., p.25-26).

Collares e Moysés (id.) perguntam, então, de que maneira a saúde pode colaborar para a superação do fracasso escolar, compreendido como a expressão coletiva da interação de uma série de fatores. Sua posição é de que uma possível e desejável interação entre saúde e educação como área de conhecimento deve acontecer através do trabalho conjunto e interdisciplinar, o que pode facilitar a produção de conhecimento nas duas áreas. Elas acrescentam: “para que isso ocorra, é fundamental que se trabalhe a partir de pressupostos acerca do caráter social de ambos os setores, tanto em termos de origem como de solução dos problemas existentes” (p.27). Assim a saúde poderá contribuir para que a educação enfrente seus desafios, de maneira crítica e não vertical, sem impor-se sobre ela.

No período histórico correspondente a existência do PNSE localizamos a existência da Revista Brasileira de Saúde Escolar, editada entre 1990 e 1996. A fim de complementar a apresentação correspondente a este período, passaremos, em seguida, a apresentar as principais características do periódico.

5.3. Revista Brasileira de Saúde Escolar (RBSE)

A Revista Brasileira de Saúde Escolar foi lançada pela Associação Brasileira de Saúde Escolar (ABRASE) em janeiro de 1990, com o intuito de colaborar no preenchimento de lacunas existentes na área de saúde escolar, conforme consta na apresentação da própria revista feita em sua primeira edição. A Revista circulou entre os anos de 1990 a 1996, em quatro volumes. O primeiro volume data do ano de 1990 e foi apresentado em três números: número 1 (44 páginas), número 2 (44 páginas) e número 3/4 (86 páginas); o segundo volume data de 1992, sendo também dividido em três números: número 1 (52 páginas), número 2 (42 páginas) e número 3/4 (126 páginas); o terceiro volume foi apresentado no ano de 1994, em um único número: número 1-4 (268 páginas); o quarto e último volume, do ano de 1996, circulou em 1998 devido a um atraso em sua publicação, em dois números diferentes: número 1/2 (79 páginas) e número 3/4 (92 páginas).

O conteúdo da revista é constituído majoritariamente por artigos e relatos, cujas temáticas serão apresentadas na sequência. Além destes, podemos citar como outros espaços que compõem a revista a “Carta ao Leitor”, em que o coordenador da revista comunica informações sobre a trajetória de constituição da revista e faz uma breve apresentação do conteúdo daquele número publicado; o espaço “Eventos”, onde são divulgadas diferentes atividades relacionadas à área da saúde, educação ou saúde escolar. A revista conta ainda com um espaço para documentos veiculados pela ABRASE, como, por exemplo, o estatuto desta Associação, e seus posicionamentos em relação a temas específicos; a “Carta de Vitória”, documento final de conclusões e recomendações do 6º Congresso Brasileiro de Saúde Escolar, realizado em Vitória-ES em julho de 1988; e a “Mensagem de São Paulo”, documento final de conclusões e recomendações dos Congressos Brasileiros Unificados de Saúde Escolar, realizado em São Paulo-SP em julho de 1989. Outros espaços servem à apresentação do regulamento da revista e do conselho editorial. Por fim, algumas revistas (volume 2, número 3/4 e volume 3, número 1-4) trazem os cadernos dos anais do 9º Congresso Brasileiro de Saúde Escolar.

No segundo volume, a revista traz em dois de seus três números, número 1 e número 3/4, o espaço “Reciclagem/Atualização em Saúde Escolar”.

Este espaço foi elaborado pelo Comitê de Saúde Escolar da Sociedade de Pediatria de São Paulo, onde o Comitê apresenta questões de verdadeiro e falso relacionados à saúde e doença. A versão publicada no primeiro número é destinada restritamente aos pediatras leitores da revista. Já na versão seguinte o Comitê ampliou o público-alvo destas questões para os demais leitores, levando em conta a característica multiprofissional da equipe que atua junto à escola e à população em idade escolar, conforme coloca o próprio Comitê (REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE ESCOLAR, 1993c).

Em relação aos autores dos artigos apresentados na revista, podemos notar que eles advêm de diferentes categorias profissionais, tal como o são os que compõem o corpo editorial da revista, formado por pediatras, enfermeiras, psicólogos, pedagogos, um professor de educação física e uma educadora da saúde pública.

Os autores são em sua maioria, docentes de cursos de graduação da área da saúde (psicólogos, educadores físicos, médicos, odontólogos e nutricionistas), e da área da educação (pedagogia), além de profissionais ligados às Secretarias Municipais de Educação e de Saúde. Alguns dos artigos também têm como autores, juntamente com os docentes, alunos de graduação e pós-graduação.

Na revista número 1 do primeiro volume, notamos que os autores são majoritariamente docentes vinculados à Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo. Já a partir do terceiro volume, verificamos a entrada de autores da área farmacêutica e bioquímica e de profissionais ligados à área ambiental (educadores ambientais, licenciados em biologia e bacharéis em ecologia).

O número de artigos por revista varia de uma edição para outra, bem como o número de páginas de cada artigo. Apesar do limite máximo ser de doze páginas, os artigos apresentados têm em média de quatro a cinco páginas.

Na sequência apresentamos um quadro contendo uma sistematização das categorias e temas de que tratam os 1) artigos, 2) relatos e 3) conferências em todos os números da revista, com o intuito de termos um panorama geral a respeito dos assuntos abordados. Após essa apresentação seguimos trazendo reflexões a respeito da revista.

1) Artigos

Categoria geral	Saúde Escolar
Temas	<p>Saúde escolar</p> <p>Educação, saúde e epistemologia</p> <p>Educação em Saúde e o papel do professor</p> <p>Saúde escolar e educação em saúde</p> <p>Prevenção de acidentes e educação em saúde</p> <p>Saúde da criança no Brasil e educação em saúde</p> <p>Formação de professores e educação em Saúde</p> <p>Saúde escolar, educação em saúde e administração de serviços de Saúde Escolar</p> <p>Saúde, educação e qualidade de vida</p> <p>Saúde do Escolar, atenção à saúde, fracasso escolar e políticas</p>
Nº de artigos	10

Categoria geral	Saúde bucal
Temas	<p>Educação em saúde e saúde bucal</p> <p>Saúde bucal, meios de comunicação e educação em saúde</p> <p>Saúde bucal, cárie dental e programas de atendimento odontológico</p> <p>Educação em saúde bucal, prevenção e doença periodontal</p> <p>Cárie dental e ação preventiva</p> <p>Má oclusão em escolares</p>
Nº de artigos	6

Categoria geral	Educação física
Temas	Educação Física e Saúde Escolar Educação Física escolar e promoção da saúde Educação Física e asma Educação Física e deficiência visual
Nº de artigos	4

Categoria geral	Nutrição
Temas	Nutrição e diagnóstico de anemia Educação nutricional e educação em saúde na escola Vigilância nutricional Merenda escolar e alimentação escolar
Nº de artigos	4

Categoria geral	Deficiência
Temas	Tracoma, deficientes mentais e metodologia em educação Comportamento motor e portadores de deficiência
Nº de artigos	2

Categoria geral	Assistência e serviços de saúde
Temas	Serviços de saúde, Proase, e população de Ribeirão Preto Programa de saúde escolar e assistência primária de saúde em escolas
Nº de artigos	2

Categoria geral	Diversos
Temas	Oftalmologia Sanitária, prevenção e professores Distúrbios auditivos Formação em farmácia-bioquímica, AIDS e saúde escolar, Formação de enfermeiros, manutenção da saúde, ações

	preventivas Campanhas de informação Educação ambiental, escorpiões e prevenção de acidentes
Nº de artigos	6

2) Relatos

Categoria geral	Oftalmologia
Temas	Capacitação e problemas visuais Programas de prevenção da cegueira Distúrbios visuais, escolares e programas
Nº de Relatos	3

Categoria geral	Formação de professores
Temas	Formação de professores e educação em saúde Formação de professores e ensino de saúde Formação do educador e câncer
Nº de Relatos	4

Categoria geral	Creches
Temas	Educação e saúde em creches Programa de saúde em creches
Nº de Relatos	2

Categoria geral	Saúde bucal
Temas	Programas de prevenção da cárie dental Programas de educação em saúde bucal
Nº de Relatos	2

Categoria geral	Doenças sexualmente transmissíveis
Temas	Prevenção da AIDS e estudantes universitários Educação em saúde e doenças sexualmente transmissíveis
Nº de Relatos	2

Categoria geral	Diversos
Temas	Educação de adultos, trabalho e saúde Drogas e educação em saúde Escolares adolescentes Avaliação nutricional, escolares e familiares Orientação postural e escolares Programas de saúde escolar Campanhas de higiene Congressos Brasileiros Unificados de Saúde Escolar
Nº de Relatos	8

3) Conferências

Categoria geral	Educação em saúde na escola
Temas	Educação em saúde na rede de São Paulo (histórico) Educação em saúde na escola
Nº de Conferências	2

Categoria geral	Saúde escolar
Temas	Formação em saúde escolar Saúde escolar Educação em saúde e saúde escolar
Nº de Conferências	3

Categoria geral	Adolescência
------------------------	--------------

Temas	Adolescência, desenvolvimento e meio social Atenção à saúde do adolescente
Nº de Conferências	2

Categoria geral	Diversos
Temas	Educação, saúde e desenvolvimento Alimentação, saúde e educação Educação, nutrição e merenda Soluções econômicas para a pobreza Educação, saúde, ecologia e psicologia História da Saúde Escolar
Nº de Conferências	6

A Revista Brasileira de Saúde Escolar (RBSE) é apresentada como sendo um Órgão Oficial da Associação Brasileira de Saúde Escolar (ABRASE). No primeiro número da revista o então Presidente, Enio Elias Marcello, assina a apresentação da Revista, que diz:

No momento em que a comunidade técnico-científica brasileira ligada à saúde escolar discute acaloradamente temas controversos do campo de sua atividade profissional diária, a ABRASE, num lance arrojado, lança a Revista Brasileira de Saúde Escolar, com a qual pretende colaborar no preenchimento de lacunas existentes nessa área do conhecimento (RBSE, 1990a, p.2).

Ainda, destacando a diversidade, agora pelas peculiaridades regionais de um país de dimensões continentais, o presidente da Abrase associa esta multiplicidade e o inevitável confronto de ideias aos diversos eventos em Saúde Escolar:

Esta confrontação tem sido oportunizada por ocasião dos diferentes encontros de saúde escolar que acontecem pelo Brasil, mas ainda são poucos. Acreditamos que uma maior socialização destes conhecimentos somente poderá ser alcançada por um veículo literário, e este é um dos propósitos desta Revista (RBSE, 1990a, p.2).

Apontando um viés daquilo que se entende por ciência, diz:

[...] a ciência, apoiada em rigorosa metodologia, testando meticulosamente as hipóteses que lhes são empiricamente alcançadas, tentando transformá-las em **verdades matematicamente comprovadas** (RBSE, 1990a, p.2, grifo nosso).

E, finaliza com o anúncio de um futuro ambicioso:

Este movimento, no sentido do empírico para o científico, é fundamental para **o futuro da saúde escolar como especialidade** (RBSE, 1990a, p.2, grifo nosso).

Apesar de afirmar que a ciência se faz com "verdades matematicamente comprovadas", percebemos que esta não foi a única expressão nos inúmeros artigos. Encontramos trabalhos originais de orientação materialista-dialética, ecológica, psicogenética, freireana; relatos com perspectiva quali-quantitativa; exemplos que corroboram o preconizado por William Moffitt Harris, na "Carta ao Leitor" do mesmo volume 1, número 1, em que afirma:

Ela [a Revista] é eclética e de forma alguma terá uma postura tendenciosa, seguindo assim a diretriz traçada pela ABRASE na condução dos eventos por ela organizados em 1988 e 1989 quando foram criados amplos espaços para exposição e debate de idéias, expectativas e experiências (RBSE, 1990a, p.3).

Verificamos que, apesar da contradição posta já nas primeiras páginas do primeiro número da revista, o respeito a esta diversidade se manterá, tendo como expressão máxima a não construção do "Pronunciamento do Rio", espécie de manifesto que seria produzido no 9º congresso Brasileiro de Saúde Escolar, atribuído à "falta de um consenso devido a desencontros ideológicos pessoais e de formação técnico-científica entre grupos participantes da Reunião Plenária final do evento [pois] não foi possível que fosse adotada uma linha eclética ou uniforme de recomendações advinda das discussões havidas ao longo daqueles cinco dias de trabalho no Rio [...]" (RBSE, 1992c, p. 154).

Para melhor contextualizar a existência da RBSE, entendemos ser relevante apresentar a ABRASE. No volume 1, número 3/4 da RBSE encontramos na sessão "Documento", o texto de Jeiel Corrêa Ferreira de Souza (ex-presidente da Abrase) intitulado "História da ABRASE - Associação Brasileira de Saúde Escolar". Neste material, um brevíssimo relato,

destacamos os seguintes trechos:

A idéia de se instituir uma associação que abrigasse todos os que, em várias profissões e em diversos Estados da Federação, se dedicassem à Saúde Escolar, brotou no Rio de Janeiro, durante o II Congresso Brasileiro de Saúde Escolar (8 a 13 de julho de 1973) [...] Até então as atividades pátrias de Saúde Escolar eram lideradas pela ASEG - Associação de Saúde Escolar da Guanabara, depois transformada em ASERJ - Associação de Saúde Escolar do Rio de Janeiro, organizada em 13 de julho de 1968, que levou a efeito o II e o III Congressos Brasileiros de Saúde Escolar [...].

A primitiva ABRASE, apesar de registrada no Diário Oficial da União de 30 de julho de 1973, não teve continuidade e o sonho da Associação Brasileira de Saúde Escolar só se tornou realidade ao ressuscitar 11 anos mais tarde.

Durante as sessões do V Congresso Brasileiro de Saúde Escolar [...] realizado no Rio de Janeiro, [...] de 28 a 31 de outubro de 1984. [...] Registrados os Estatutos no Cartório Geral das Pessoas Jurídicas do Rio de Janeiro em dezembro de 1985 e obtido o CGC do Ministério da Fazenda em junho de 1986, a ABRASE passou a ter existência legal [...].

[...] na gestão do Dr. William Moffitt Harris foi idealizada e montada a Revista Brasileira de Saúde Escolar[...] (SOUZA, 1990, p. 5).

Além de caracterizar o papel articulador sobre a Saúde Escolar, podemos inferir que neste período, a temática possuía número de adeptos suficiente para configurar uma Associação, ou seja, um movimento político e acadêmico significativo que tocará direta ou indiretamente a constituição do PSE atual. Nesse ínterim, há o registro da realização, em 1988, do VI Congresso Brasileiro de Saúde Escolar, na cidade de Vitória-ES, que possibilitou vários debates que culminaram na chamada "Carta de Vitória", a qual visava:

[...] à explicitação das conclusões e propostas elaboradas nos diversos módulos organizados neste Congresso, no sentido de subsidiar reivindicações e novas discussões sobre os temas abordados (RBSE, 1990a, p. 35).

Neste documento, apontamos a proposição de ações que resgatem a Saúde e a Educação como direitos dos cidadãos e deveres do Estado, obviamente que estas palavras são inspiradas na então recém-promulgada Constituição de 1988 (eufemisticamente alcunhada *Constituição Cidadã*). Para que estes direitos e deveres sejam efetivados, a Carta de Vitória conclama

[...] a conscientização dos indivíduos e, para a tanto, os profissionais dos referidos setores, através de suas próprias atuações ou por meio da atuação de entidades representativas, devem desenvolver seu pensamento crítico e da população em geral, no sentido de fortalecer os movimentos populares por melhores condições de vida, saúde e educação” (RBSE, 1990a, p. 35).

Estas ações deveriam acontecer nos espaços escolares e das unidades básicas de saúde. Neste cenário, ainda na Carta de Vitória, a Saúde Escolar é apresentada com a missão de:

[...] desmistificar conceitos historicamente adquiridos a respeito de interferência de problemas de saúde no processo de ensino e aprendizagem, conceitos estes fortemente influenciados por um modelo biomédico da conceituação da Saúde, com implicações inadequadas na valorização e ações de saúde e sua repercussão no processo ensino-aprendizagem (RBSE, 1990a, p.36).

Esta missão nada simples demanda, ao nosso entender, de um sem número de reais transformações nas condições de produção dos encontros em sociedade, uma vez que somente a desmistificação de conceitos não bastará para a recomposição das condições de formação de profissionais ligados às áreas da Saúde e Educação.

Mais adiante temos que, em consonância ao movimento da Reforma Sanitária, a Saúde Escolar proposta pela Carta de Vitória, deve estar inserida no processo de descentralização das políticas:

A descentralização das ações de planejamento e programação, bem como a descentralização do processo de gerenciamento de verbas para os programas de Saúde e Educação em geral e para os programas de Saúde Escolar em particular, são imprescindíveis para maior adequação destes programas às realidades regionais e locais (RBSE, 1990a, p.36).

Passadas algumas décadas, podemos olhar para esse processo histórico e compreender, obrigatoriamente que as propostas reformistas provocam um alento de curta duração. A descentralização ocorreu e produziu efeitos diretamente vinculados às condições macro-estruturais da política e da economia nacional e, porque não, mundial.

E, seguindo, o texto apresenta várias *Recomendações: Quanto à Política e Administração, Quanto à Política de Recursos Humanos, Quanto à*

Merenda Escolar, Quanto à Educação Física Escolar, Quanto à Atenção à Saúde de Profissionais da Saúde e da Educação e, Quanto à Saúde Bucal. E, finalmente, as Recomendações Específicas à Abrase.

Ressaltamos que as diretrizes destas "recomendações" estão alicerçadas em políticas de promoção e prevenção em saúde, em conformidade aos documentos internacionais como "Informe Lalonde" e "Carta de Ottawa".

No ano seguinte, entre 10 e 14 de julho de 1989, aconteceu na Universidade de São Paulo, os Congressos Brasileiros Unificados de Saúde Escolar, compondo o 7º Congresso Brasileiro de Saúde Escolar, o 1º Congresso Paulista de Saúde Escolar, o 2º Congresso de Saúde Escolar da Sociedade Brasileira de Pediatria, o 2º Congresso Brasileiro de Nutrição Escolar e o 2º Congresso Brasileiro de Coordenadores e Supervisores da Merenda (alimentação) Escolar, coordenados pela ABRASE.

Destarte a Mensagem de São Paulo apresenta o endosso, apoio e reiteração de todos os pontos da Carta de Vitória, dando a entender que neste momento político-institucional a ABRASE consegue promover ações que aglutinam a diversidade de posições para a promoção de suas diretrizes.

No corpo desta Mensagem, lançaremos luz a dois tópicos pontualmente: *Assistência Integral à Saúde do Escolar e, Fracasso Escolar*. O primeiro devido à perspectiva explicativa dos princípios concernentes das políticas de Saúde Escolar defendida pela ABRASE e, o segundo, por ser tema de forte aderência ao escopo desta pesquisa, uma vez que a temática do *Fracasso Escolar* é tão ou mais polêmica, no interior das produções em psicologia escolar das últimas quatro décadas.

Com relação à Saúde do Escolar, em resumo a proposta é que:

A assistência à saúde deve ter como porta de entrada do sistema as Unidades Básicas de Saúde que tem de garantir o acesso a níveis de complexidade maior de atenção na dependência das necessidades de saúde do usuário.

A atenção Integral à Saúde do Escolar deve ser de responsabilidade do setor de saúde dentro do sistema de planejamento de saúde local sendo de caráter, regionalizado e integrado com a comunidade, através de ações assistenciais e coletivas procurando utilizar os recursos já existentes na própria comunidade (RBSE, 1990c, p. 87).

Apesar de estarmos apontando referências construídas nos anos 90, a perspectiva presente neste eixo continua em consonância com as premissas daquilo que desembocará nas políticas de saúde do país, denominado Sistema Único de Saúde - SUS.

E, no que toca à questão do Fracasso Escolar, temos que:

Deve-se ter sempre em mente que os problemas de ajustamento do pessoal da escola e dos próprios alunos resultam em problemas de adaptação da criança à escola e fracasso escolar. Não há necessidade de terapêuticas sofisticadas para minimizar os problemas de ajustamento de professores e alunos. Terapêuticas com base em dinâmica de grupo podem e devem ser utilizadas.

O principal aspecto que todo o processo educacional necessita incorporar com base nos conhecimentos do desenvolvimento biológico-motor e o psico-afetivo é o que o indivíduo no presente está sempre se organizando em relação ao futuro de modo a enfrentá-lo mais adaptativamente. Em outras palavras, não há lugar para o imediatismo. Deve-se pensar no futuro do aluno e, principalmente, no que se pode fazer hoje para ajudá-lo a enfrentar novos desafios (RBSE, 1990c, p. 87).

Com relação a este trecho, devemos traçar alguns apontamentos. Neste período em que o texto é produzido já é possível localizar produções na contramão desta proposta individualizante e culpabilizante. Patto (1984), Moysés e Collares (1985), Lima (1985) entre outros já discorriam sobre a necessidade de se analisar as questões envolvendo o suposto "fracasso escolar" a partir de perspectivas mais amplas, envolvendo as políticas educacionais, os processos de formação, as condições (ou a falta de) para o trabalho de docentes e, de estudo para os discentes. Além disso, a lógica medicalizante faz coro ao projeto higienista ali descrito, uma vez que insistir em "terapêuticas sofisticadas" ou "terapêuticas com base em dinâmicas de grupo" voltam a insistir na necessidade de promover a adequação dos sujeitos ora desajustados. Ou seria a escola ou os serviços incapazes de acolher a diversidade?

Entendemos que apesar da posição dos editores da Revista acerca do ecletismo dos materiais publicados, os textos das Conferências e as mensagens presentes nos volumes denotam que ecletismo não pode ser igualado a neutralidade. Os textos das conferências são resultantes, em sua maioria, de eventos organizados pela própria ABRASE e, as pessoas,

geralmente possuem algum vínculo com a associação. Neste sentido, mesmo que alguns artigos, trabalhos originais ou relatos não acompanhem as pautas da RBSE e da Associação, quem lê a Revista toda tem a dimensão das diferenças conceituais que perpassam o corpo do material como um todo.

Elencamos na sequência alguns trechos que corroboram essa diversidade-divergência e que, também sustentam a nossa análise de que, mesmo atrelada às premissas da Reforma Sanitária, as contradições deste movimento aqui se espelham e resgatam (ou continuam a exercitar) a lógica higienista, como bem nos orienta Maria Lúcia Boarini (2011).

O primeiro trecho consiste em fragmento do artigo de Temporini (1990) apresentado na revista:

Constitui o objeto deste estudo a verificação da conduta de professores da primeira série do primeiro grau referente à detecção e atendimento de distúrbios visuais de escolares. [...] Vários estudos, no entanto, reconhecem que o pessoal de ensino não se encontra preparado para atuar em programas de saúde, necessitando orientação e treinamento em serviço (TEMPORINI, 1990, p.68-69).

Nesse fragmento é significativo perceber que a concepção de educação e educadores é completamente desviada da proposta de emancipação humana. A autora do artigo parece partir da compreensão de que educadores e educação devem, uma vez subordinados aos princípios da Saúde, promover a redenção social. A superação desta perspectiva, em nosso entender, está na proposição de mudanças estruturais nas condições de formação e do entendimento da função da escola e da educação em nossa sociedade. Nesse sentido, Valadão (2004), nos auxilia explicando em sua tese que:

Tratar a escola como extensão do sistema de saúde envolve, entre outras coisas, a incorporação do professor e demais profissionais da educação à equipe de saúde. São amplamente reconhecidos, na prática e em toda a literatura, os enormes desafios que se colocam para a formação e a educação continuada do professor, no contexto do mesmo sistema de ensino que se pretende transformar. De fato, a educação do professor requer grandes investimentos para que ele possa atender os requisitos de nosso tempo para o desempenho da sua função, e certamente, não permite envolver a sua qualificação como profissional de saúde (p.108).

Seguindo, acreditamos que o trecho abaixo carrega em si, a máxima expressão daquilo que suspeitávamos encontrar nos textos da RBSE. Se deslocássemos esse excerto para o Compêndio de Higiene, de J.P. Fontenelle, não haveria nenhum estranhamento.

É inegável que distúrbios de saúde podem interferir no processo ensino-aprendizagem. Sabe-se que crianças de cinco a oito anos de idade encontram-se em fase de baixa resistência e elevada exposição a infecções, podendo se evidenciar, ainda, transtornos visuais, auditivos e outros problemas de origem física, mental ou social. Cumpre salientar que a escola recebe crianças com diferentes desvios da normalidade, os quais, manejados incorretamente, podem levar a consequências indesejáveis para a saúde e para o crescimento e desenvolvimento do indivíduo (TEMPORINI, 1992, p.126).

Cabe tentar compreender que estas produções estão atreladas a um determinado tempo histórico. Porém, este tipo de produção serviu (e ainda serve) de referência para o exercício de preconceitos e exclusões no interior de uma sociedade de classes. A estigmatização pela ciência é arte consagrada em nosso meio e, denunciada de forma detalhada na obra *A produção do fracasso escolar*, de Maria Helena Souza Patto, publicada originalmente em 1990.

O trecho que se segue, consta no artigo de Ocariz e Pereira (1994), e revela uma complexidade no conjunto das ideias ali apresentadas. Não sem razão, aponta para a necessidade de se "criar" hábitos saudáveis na população. Entretanto, vale questionar se esta proposta se aplicaria também às escolas particulares e seu público de "classe média", não usuário dos serviços públicos de saúde. Se a resposta for negativa, localizamos mais uma vez a lógica da necessidade de ações de higiene e controle sobre as populações empobrecidas, usuárias dos serviços públicos de saúde e educação. Cidadãos de segunda categoria?

Existe uma clara relação entre a saúde e o comportamento, pelo que as autoridades sanitárias estão alertando os profissionais em saúde sobre a necessidade de se educar a população no sentido de conhecerem que o estado de saúde depende em grande medida, do estilo de vida que cotidianamente é adotado por ela.

[...]

Estas pesquisas confirmam que os hábitos de vida da população a predispõe para a doença. Na maioria das

vezes as pessoas não consideram que suas ações estejam prejudicando sua saúde, ou não sabem o que podem fazer para promovê-la (OCARIZ; PEREIRA, 1994, p.57 e 59).

Para refletir acerca desse trecho, emprestamos de Vygotski (2013, p.69), a perspectiva educacional para crianças:

[...] La educación no puede ser calificada como el desarrollo artificial del niño. La educación es el dominio artificial de los procesos naturales de desarrollo. La educación no solo influye en unos y otros procesos de desarrollo, sino que reestructura las funciones del comportamiento en toda su amplitud.

Com isto, pretendemos apontar a complexidade de se compreender o desenvolvimento humano, uma vez que é pela aprendizagem que podemos nos apropriar dos códigos sociais historicamente produzidos pela humanidade. Assim, se por algum motivo, um ser humano é privado de conhecer a própria história da humanidade, privado está de conhecer a si próprio, valendo isto para sua família, comunidade etc.

Abaixo, ambos os trechos trazem consigo desafios difíceis de serem superados. O primeiro versa sobre a necessidade de que a educação física assuma uma característica diferenciada para com outras disciplinas. Algo comum nos textos da RBSE são as proposições de que professores da área A ou B sejam treinados para a promoção de saúde no interior das escolas. O fato é que em ambos os trechos existe uma preocupação em garantir o futuro dos educandos a partir de experiências educativas (no presente) que alterarão profundamente os destinos destas crianças e jovens. Por um lado uma perspectiva educacional de orientação bancária, pela qual os aprendizes são concebidos como depositários dos conhecimentos e, por isso, promoverão alterações nas rotas de seus desígnios. Por outro lado, vemos a concepção construtivista que prega o desenvolvimento do indivíduo a partir de suas próprias forças.

[...] a função proposta aos professores de educação física seria a de incorporarem uma nova postura frente a estrutura educacional, procurando adotar em suas aulas, não mais uma visão de exclusividade a prática de atividades esportivas e recreativas, mas, fundamentalmente, alcançarem metas em termos de

promoção da saúde, mediante a seleção, organização e desenvolvimento de experiências que possam propiciar aos educandos, não apenas situações que os tornem crianças e jovens ativos fisicamente, mas, sobretudo, que os conduzam a optarem por um estilo de vida saudável ao longo de toda a vida (GUEDES; GUEDES, 1994, p.68).

A introdução da educação à saúde escolar é de suma relevância para criança-escolar, tornando-as precocemente um indivíduo responsável, independente e participativo quanto prevenção e manutenção do seu próprio bem-estar físico, psicológico e social, conseqüentemente, propiciando um futuro melhor (FERRIANI et. all, 1996, p.52).

Como vemos está presente uma perspectiva individualizante e, de certo modo culpabilizante, pois uma vez ofertada a possibilidade do acesso aos conteúdos fornecidos pela Saúde Escolar, caberá ao indivíduo, então, melhorar suas condições de saúde e até de vida.

Reafirma-se assim a contradição posta no interior da RBSE e seus conteúdos. Apesar de preconizarem em muitos de seus documentos, conferências e editoriais a proposta da emancipação humana pela educação em saúde, podemos localizar a forte presença das orientações hierarquizantes próprias do modelo higienista.

Finda esta explanação conjugada entre o PNSE e a RBSE, passaremos a discorrer sobre o Programa Saúde na Escola, de 2007.

5.4. Programa Saúde na Escola (2007)

Deste conjunto histórico, passamos, agora a apresentar o Programa Saúde na Escola, instituído legalmente em 5 de dezembro de 2007.

Contextualizando o momento histórico em que o PSE é instituído, iniciamos com o cenário político do Brasil e como as políticas sociais estavam sendo encaminhadas no governo Lula, analisadas como sendo continuístas das propostas do governo FHC (FAUSTO, 2013). Apesar de não apresentar o caráter “revolucionário” tão esperado e tão temido ao mesmo tempo, as gestões de Lula promoveram avanços significativos nas políticas sociais, principalmente ampliando a cobertura populacional de programas como o Bolsa Família¹⁸, a ampliação do Fundef para o ensino médio e fundamental, criando assim o Fundeb (Fundo de Manutenção e Desenvolvimento do Ensino Básico e Valorização do Magistério).

É com este pano de fundo que em 2007 o presidente Lula lança o PSE, articulando os Ministérios da Saúde e Educação, conduzidos respectivamente por José Gomes Temporão e Fernando Haddad. A proposta desta política é de promover a ruptura com estratégias historicamente higienistas e medicalizantes, conforme localizamos no material produzido pelo Ministério da Saúde (Brasil, 2009) “Cadernos de Atenção Básica – Saúde na Escola, nº 24”¹⁹.

A partir dos anos 50 até o início dos anos 2000, passando pela redemocratização do Brasil e pela Constituição Federal de 1988, muitas foram as iniciativas e abordagens que pretendiam focalizar o espaço escolar e, em especial, os estudantes, a partir e/ou dentro de uma perspectiva sanitária. Em sua maioria, tais experiências tiveram como centro a transmissão de cuidados de higiene e primeiros socorros, bem como a garantia de assistência médica e/ou odontológica. Assim, centraram-se na apropriação dos corpos dos estudantes,

¹⁸ “[...] o governo Lula ampliou significativamente o número de beneficiados (de aproximadamente 4 milhões para 12 milhões de famílias, entre 2002 e 2009), aumentou o valor dos benefícios e estendeu o apoio a famílias com jovens de quinze a dezessete anos matriculados na escola” (FAUSTO, 2013, p. 534)

¹⁹ Chamaremos este material de “Caderno 24” a fim de facilitar nosso diálogo com os conteúdos do mesmo.

que, sob o paradigma biológico e quaisquer paradigmas, deveriam ser saudáveis. (BRASIL, 2009, p.7)

Como vimos nas políticas de 1971 e de 1984 as perspectivas são aqui reconhecidas como formas de produzir saúde a partir de matrizes conceituais pouco afeitas ao processo emancipador, como pensamos para a educação.

Noutra frente, a abordagem dos estudantes era realizada sob o marco de uma psicologia “medicalizada”, a qual deveria solucionar os “desvios” e/ou “déficits” ligados ao comportamento/disciplina e/ou a capacidade de aprender e/ou atentar. (BRASIL, 2009, p.7)

Esta citação nos toca diretamente, pois como já apontamos e, mais precisamente, nos trabalhos da Psicologia Escolar de viés crítico, fizemos e fazemos o enfrentamento as estas premissas. Vale destacar as ações empreendidas pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade que conta com a Abrapee e o CFP²⁰ como signatários.

No “Caderno 24” verificamos a referência à PNPS (Política Nacional de Promoção da Saúde), de 2006. Assim selecionamos os seguintes trechos, para descrever as orientações que permeiam a proposta:

[A PNPS] representa um marco político/ideológico importante no processo vivo e cotidiano de construção do Sistema Único de Saúde, uma vez que retoma o debate político sobre as condições necessárias para que sujeitos e comunidades sejam mais saudáveis [...] (p.7)

[...] é acompanhada por um conjunto de conceitos e diretrizes que confirmam uma atitude baseada na cooperação e no respeito às singularidades, como o estímulo à intersetorialidade, o compromisso com a integralidade, o fortalecimento da participação social [...] (p.8)

E, mais especificamente, citando a própria PNPS, temos que seu objetivo geral é

[...] promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação,

²⁰ Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional e Conselho Federal de Psicologia, respectivamente.

lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais [...] (BRASIL, 2006).

E mais adiante, no mesmo “Caderno 24”, temos a definição de escola, entendida como

um espaço de relações, um espaço privilegiado para o desenvolvimento crítico e político, contribuindo na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde.

Em outro momento do texto, apresentam a escola com a missão primordial de

desenvolver processos de ensino-aprendizagem, desempenha papel fundamental na formação e atuação das pessoas em todas as arenas da vida social. Juntamente com outros espaços sociais, ela cumpre papel decisivo na formação dos estudantes, na percepção e construção da cidadania e no acesso às políticas públicas. (p. 10)

A concepção de escola e/ou educação parece estar subordinada às proposições de criação de condições de saúde. Assim, pensamos que para além da ideia de entender a escola como um *locus* para as ações da saúde, poderiam desenvolver nos documentos oficiais a(s) perspectiva(s) norteadora(s) do fazer educacional. Como dissemos no capítulo 3, para que uma educação seja emancipadora ou transformadora faz-se imprescindível apresentar a que proposta de sociedade está atrelado este fazer educacional.

Continuando a apresentação das formas de compreender a função da escola no interior do PSE, veremos que a proposta de promoção de saúde trabalhada com os estudantes, professores e funcionários deve levar em conta,

[...] como ponto de partida “o que eles sabem” e “o que eles podem fazer”, desenvolvendo em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida. Nesse processo, as bases são as “forças” de cada um, no desenvolvimento da autonomia e de competências para o exercício pleno da cidadania. (p.11 – grifos nossos)

Entendemos ser pertinente apontar algumas questões sobre esta parte do documento. Ao procurar localizar as potencialidades dos sujeitos, buscando descobrir “o que eles sabem” e “o que podem fazer”, de pronto associamos

esta proposta ao conceito de Zona de Desenvolvimento Proximal, presente na Psicologia Histórico-Cultural de Vigotski (1998). Porém seria um erro grosseiro promover esta ligação levando em conta somente os aspectos aparentes e negar a essência da proposição. Mais do que isso, não ter a clareza da intencionalidade do ato educacional a ser promovido, ou seja, que estejamos trabalhando com a perspectiva de que o aprendizado deverá promover o desenvolvimento. E, ainda, como entram em cena os aspectos culturais em que os sujeitos do aprendizado estão imersos?

A sugestão de que as “bases são as ‘forças’ de cada um”, nos chama a atenção para o viés individualizante do processo proposto. Buscamos em Bock (1999, p. 12) analogia ao trecho destacado, quando a autora trabalha com as histórias do Barão de Münchhausen e descreve uma de suas aventuras:

Uma outra vez quis saltar um brejo mas, quando me encontrava a meio caminho, percebi que era maior do que imaginara antes. Puxei as rédeas no meio de meu salto, e retornei à margem que acabara de deixar, para tomar mais impulso. Outra vez me saí mal e afundei no brejo até o pescoço. Eu certamente teria perecido se, *pela força de meu próprio braço, não tivesse puxado pelo meu próprio cabelo preso em rabicho, a mim e a meu cavalo que segurava fortemente entre os joelhos.* (grifos da autora)²¹

E segue a autora analisando que “a idéia de um homem autônomo, capaz de ‘puxar a si próprio pelos cabelos’ sintetiza a visão de homem liberal [...]” (p.12). Assim nos parece que a Educação em geral e, a Escola, especificamente como espaço privilegiado assumem função secundária, quando ao nosso ver deveria assumir a linha de frente deste processo. É certo que estamos analisando um documento produzido pelo Ministério da Saúde e, isto, por si já nos diz alguma coisa sobre o viés dado para a formulação dos textos. Neste “Caderno 24” encontramos, em seguida a apresentação, a explanação sobre a articulação do PSE com as Políticas Públicas, Ministério da Saúde, a Estratégia Saúde da Família.

²¹ Raspe, s/d, p.40)

Esse programa busca aprofundar os grandes objetivos da criação do Sistema Único de Saúde (SUS), no período de 2008-2011, a partir das diretrizes estratégicas organizadas em um conjunto de ações que contemplam 73 medidas e 165 metas, que objetivam avançar na constituição de um sistema de saúde universal, equânime e integral, consolidando ações de promoção da saúde e da intersetorialidade. Nesse sentido, o primeiro eixo de ações estratégicas do Mais Saúde aponta para a efetivação de ações intersetoriais que possuam alta complementaridade e sinergia focadas, especialmente, nos municípios e, neles, nas escolas e nos ambientes de trabalho.

Nesse eixo, explicita-se a Medida 1.5, que visa implementar o Programa Saúde na Escola – PSE, em articulação com o Ministério da Educação, e que pretende alcançar pelo menos 26 milhões de alunos de escolas públicas, de 2008 a 2011.

Como vemos, a articulação com a Educação ocorre a partir de projetos maiores da Saúde, o que nos aponta para que haja uma melhor configuração dos processos educacionais presentes no bojo da proposta. Sossai (1992) nos mostra como esta situação não é nova, pois em seu artigo destaca que a gestão das políticas de saúde escolar transita entre a Educação e a Saúde, dependendo do enfoque a ser dado. Um exemplo que o autor nos aponta versa sobre a transferência da administração da Educação para a Saúde:

A transferência da estrutura administrativa de Saúde Escolar da Secretaria da Educação para a da Saúde, ocorrida no Rio de Janeiro e em São Paulo, é uma indicação clara da postura que vem sendo adotada por aqueles que detêm o poder de decisão nessas áreas, no sentido de atribuir ao órgão de saúde a responsabilidade na condução da política de Saúde Escolar (p. 65)

A política do PSE, toma como premissa, em seu artigo 1º, a instituição

no âmbito dos Ministérios da Educação e da Saúde, o Programa Saúde na Escola - PSE, com finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde.

Além desta definição da política, encontramos no artigo 3º que

O PSE constitui estratégia para a integração e a articulação permanente entre as políticas e ações de educação e de saúde, com a participação da comunidade escolar, envolvendo as equipes de saúde da família e da educação básica.

O encontro entre saberes, pela proposta de intersectorialidade, é compatível com as necessidades de políticas sociais para toda a população. Por isso, compreendemos ser relevante apontar para esta questão, uma vez que não é exclusividade deste PSE a implementação de uma estratégia que define ou indica como a educação e educadores devem agir. Vimos isso nos textos das RBSE, quando os especialistas apontam para a necessidade de que docentes façam reciclagens ou capacitações nas temáticas mais pontuais, seja nas questões da visão, audição, nutrição entre outras.

No próximo tópico do Caderno 24, temos a temática: “A escola como *locus* de cuidado em saúde”. A referência central está na abordagem da “cultura escolar” como uma dinâmica vigorosa, tornando a escola um espaço de referência para os estudantes. Assim, a “cultura escolar configura e é instituinte de práticas socioculturais (inclusive comportamentos) mais amplos que ultrapassam as fronteiras da escola em si mesma” (p. 15).

A irradiação das ações de saúde escolar, para além dos limites do espaço físico se materializam por meio de “utilização de técnicas e métodos participativos que ultrapassem a delimitação física da escola e envolvam pais, professores e comunidades” (p.16). Estas ações, primordialmente ficam sob a responsabilidade das ESF (Equipes de Saúde da Família) que

devem se constituir como importantes agentes desencadeadores das iniciativas de promoção da saúde escolar em todas as localidades e espaços, principalmente nas localidades onde essa questão ainda é incipiente. Além disso, as ESF podem e devem atuar ativamente nos processos de educação permanente e continuada em saúde de professores, funcionários, pais e estudantes. (p.16)

O encontro entre profissionais da saúde e da educação pode transcender as ações do programa em si, uma vez que educadores podem ter atendidas suas demandas em saúde e, por outro lado, as equipes de Saúde da Família podem se beneficiar da instrumentalização via “ferramentas pedagógicas e educacionais que podem ser incorporadas à sua abordagem de educação e comunicação em saúde” (p.16)

Sobre este encontro, Valadão (2004) aponta para o reconhecimento da necessidade destes diálogos entre áreas e saberes, mas também nos traz algumas ressalvas, como por exemplo o desafio do diálogo comum.

[...] o diálogo entre os setores saúde e educação – e interno a esses setores, em função de sua fragmentação em programas e áreas – seja para a formulação, implantação, acompanhamento ou avaliação conjunta de políticas e programas de ação em vigor, ainda se apresenta como um desafio para a construção integrada de políticas e projetos de promoção da saúde no cenário da escola.

[...] A fertilidade na produção de expressões e discursos indicativos de conexão de conhecimentos, setores e políticas valem-se de conceitos pouco experimentados e raramente incorporados à prática cotidiana. (p.68)

Na direção da proposição de alternativas a autora aponta para “o desafio de [se] romper uma certa imobilidade justificada nesse pré-condicionamento mútuo para avançar, dos desempenhos idealizados, em direção a modalidades novas e concretas de ação social” (p. 70). E segue a autora afirmando que

A intersetorialidade possível e necessária para a concretização da promoção da saúde na escola implica a escolha de uma agenda comum, cujos componentes precisam ser claramente reconhecidos na identidade da instituição educativa, pois a valorização da identidade de cada um dos parceiros determina a sua potencial contribuição e a sua importância na parceria. [...] Um percurso alternativo precisa ser trilhado para que o sinergismo entre saúde e educação não se faça sentir na forma de mútuo reforço para a manutenção ou recorrência de modelos antigos, apoiados, inclusive, na fragmentação da saúde em doenças que marcou a estruturação do sistema de saúde e entrou, por seu intermédio, em uma escola cujo projeto hegemônico foi pautado por dimensões acadêmicas e cognitivas da aprendizagem. (pp. 70-71)

Assim temos que somada a necessidade de uma perspectiva educacional crítica e emancipadora a lógica da integração das políticas deve ser reavaliada radicalmente, ou seja, desde sua raiz. A fim de evitar as práticas acusatórias em relação às dificuldades na realização das tarefas ou mesmo para que as ações sejam eficientes e alcancem os objetivos programados, há que se romper com a perspectiva instituída e, como diz Lima (1985) “as falhas da saúde escolar são analisadas como infrações cometidas pelos agentes de

sua prática à normatividade de seu discurso, o que equivale a erigir o discurso à condição de verdade, negando a possibilidade de se questionar sua validade frente às condições concretas que se impõem a sua existência como prática real” (p. 25).

Com essa exposição de Lima (1985), temos a possibilidade de pensar criticamente, inclusive, se há a necessidade deste tipo de política e, mais que isso, se esta é a melhor forma de implementar estas ações.

Por enquanto, temos essa política, neste formato. Então, continuemos a discorrer sobre suas características.

Nas “Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais”, de 2007, localizamos alguns dados que nos apresentam a dimensão que o PSE possui e como ele se funda nos municípios.

a rede pública de ensino é responsável pelo atendimento, na educação básica, por 26% da população brasileira. (p.1)

A Estratégia Saúde da Família conta com 27.324 equipes em todo país em 5.125 municípios. As equipes trabalham de modo interdisciplinar em um território adscrito, desenvolvendo ações que vão desde a prevenção de doenças e assistência à saúde às ações de promoção da saúde, quando se mobiliza e potencializa os recursos da comunidade para resolver os problemas vivenciados pela mesma. (p.2)

Sentimos falta nesses dados da representação numérica das escolas participantes e da quantidade de pessoas ligadas a educação envolvidas na proposta.

Quando definimos o recorte temporal entre 1971 e 2013, para a discussão sobre as condições das políticas de Saúde Escolar no Brasil, levamos em conta a informação de que, em 2013, o PSE havia alçado um novo voo, qual seja, a ampliação da política, acompanhando assim as premissas norteadoras do SUS e da universalização de acesso à educação.

Este fato demonstra o quão ambiciosa é a iniciativa e, além disto, nos parece que a intenção é transformar o PSE em política de Estado, por sua amplitude de configuração.

Conforme o documento interministerial *Manual Instrutivo – Programa Saúde na Escola 2013*, encontramos, no item *Quem pode participar?* a informação:

A partir de 2013, todos os Municípios do País estão aptos a participar do Programa Saúde na Escola. Podem participar todas as equipes de Atenção Básica e as ações foram expandidas para as creches e pré-escolas, assim todos os níveis de ensino passam a fazer parte do Programa. (Brasil, 2013, p.4)

No manual também consta a informação de que foram definidas escolas prioritárias que devem estar no conjunto de instituições a receberem cobertura de ações do PSE.

significa que 50% do total de estabelecimentos de ensino eleitos para participar do PSE devem ter uma das características abaixo:

Compõem o grupo de ESCOLAS PRIORITÁRIAS:

- a. Todas as creches públicas e conveniadas do Município*;
- b. Todas as escolas do campo;
- c. Escolas participantes do Programa Saúde na Escola 2012;
- d. Escolas participantes do Programa Mais Educação em 2012;
- e. Escolas participantes do Sistema Nacional de Atendimento Socioeducativo (SINASE)
- f. Escolas que tenham dentre os educandos matriculados, pelo menos 50% deles pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.

* Será preciso escolher pelo menos uma creche. (p.12)

Neste *Manual*, também localizamos as estratégias de cálculo de “incentivo financeiro” para os municípios aderentes ao Programa.

O cálculo do recurso financeiro se dará pelo número de educandos pactuados no Termo de Compromisso, conforme as faixas abaixo:

- I – até 599 (quinhentos e noventa e nove) educandos estabelece-se valor de R\$ 3.000,00 (três mil reais).
- II – a partir de 600 (seiscentos) educandos, a cada acréscimo entre 1 (um) e 199 (cento e noventa e nove) educandos, soma-se R\$ 1.000,00 (mil reais)

É importante lembrar que há um teto para o recurso financeiro do município.

Compete ao Ministério da Saúde o repasse do incentivo financeiro do Programa Saúde na Escola, o qual se dará por meio de transferência na modalidade fundo a fundo. Os recursos financeiros do Programa Saúde na Escola serão repassados em até três parcelas aos municípios [...] (p.16)

Caberá ao Ministério da Educação fornecer material para implementação das ações do PSE, em quantidade previamente fixada com o Ministério da Saúde, observadas as disponibilidades orçamentárias. (p.16)

Realizada esta caminhada em “solo” brasileiro, passaremos para a apresentação e discussão das políticas de Saúde Escolar em Portugal.

5.5. Portugal – Programa Nacional de Saúde Escolar-2006

O contato com a realidade portuguesa das políticas de saúde escolar, como já dito, deveu-se ao fato primeiro de que localizamos no texto do Ministério da Saúde (Brasil, 2009) inúmeras referências ao PNSE (Programa Nacional de Saúde Escolar) de Portugal. Com base nisso e, na viva possibilidade de poder realizar parte da pesquisa na modalidade sanduíche de estágio doutoral, a partir das bolsas ofertadas pela CAPES, fizemos o contato com a FPCE-UP (Faculdade de Psicologia da Universidade do Porto) e, realizamos, sob a supervisão da Dra. Rosa Nunes, nossas coletas de dados e, as vivências acadêmicas.

Além de tomarmos contato com o material da política de saúde escolar implementada em 2006, realizamos o conjunto de quatro entrevistas (conversas) semiestruturadas, sendo: uma com pessoas ligadas às políticas de saúde escolar no interior da Educação; uma com pessoa vinculada às políticas da saúde; duas com coordenadoras de programas de saúde em escolas públicas, localizadas em cidades do distrito do Porto. Importante relatar que alcançamos estas entrevistas, graças a rede de pessoas parceiras que compõem o CEIME.

Neste percurso, ficamos sabendo que a política do PNSE-2006 estava sendo substituída por uma reformulação a ser aprovada e implementada ainda em 2015. Nos sentimos, então, obrigados a pelo menos trazer alguns apontamentos sobre esta transição, pois a reorientação do programa é bastante impactante, no sentido de apontar para um giro estrutural na abordagem das questões da Saúde Escolar.

Outra informação que julgamos relevante, mas que nos chegou bem ao cabo de nossa passagem pelo Porto, é que existem programas regionais de Saúde Escolar e, na escola em que estávamos realizando a última entrevista havia o PRESSE²², que lá já funcionava há alguns anos.

Iniciemos, então pelo PNSE-PT, de 2006, o qual ainda estava em vigência no período da realização do estágio doutoral.

²² Programa voltado para trabalhos sobre saúde sexual e afeto.

No documento do Ministério da Saúde encontramos um breve relato histórico da centenária existência da Saúde Escolar.

Em Portugal, a Saúde Escolar ao longo da sua história, iniciada em 1901 e mantida durante todo o século XX, tem estado sujeita a diversas reformas, numa tentativa de a adequar às necessidades da escola e às preocupações de saúde emergentes. Até 1971, o Ministério da Educação organizou a intervenção médica na escola através dos Centros de Medicina Pedagógica, vocacionados para actividades médicas e psicopedagógicas, limitando-a, porém, aos concelhos de Lisboa, Porto e Coimbra.

Entre 1971 e 2001, os Ministérios da Educação e da Saúde dividiram responsabilidades no exercício da Saúde Escolar, intervindo na escola com os mesmos objectivos, mas utilizando metodologias distintas. Em 1993, os Centros de Medicina Pedagógica foram extintos, tendo os seus profissionais sido integrados, em 2002, nos quadros das Administrações Regionais de Saúde. (Portugal, 2006, p.3)

Percebemos aqui, um dado sobre as aproximações de épocas marcadas por marcos em que os movimentos de Saúde Escolar, tanto no Brasil como em Portugal, se transformam. Coincidência ou não, o ano de 1971 é significativo, assim como o início dos anos 2000. Como já apresentado, em 1971 temos a nova LDB que institui a entrada de Programas de Saúde como um dado curricular e, em Portugal a mudança de formato, passando para uma política de articulação entre Ministérios.

A este respeito uma das entrevistadas vinculadas à gestão da SE na Educação, que chamaremos de Paula, nos conta alguns outros detalhes sobre a Saúde Escolar portuguesa a partir de sua trajetória pessoal e profissional.

[...] dei aulas muito pouco tempo, já há muitos anos e, eu vim [...] há 32 anos e não mais de cá saí... e vim para um serviço que existia, na altura, [...] que depois foi extinto em 93, que era o Instituto da Ação Social Escolar. Esse Instituto, era o Instituto que [...] promovia todos os outros apoios aos alunos; para os alunos irem à escola, [...] e entre estes apoios estava a alimentação, medicina pedagógica, estavam as residências para os alunos, estavam os transportes escolares, estava o material escolar, estava o seguro... [...] Toda a minha vida [...] sempre trabalhei com este público, com as crianças... Esse instituto foi fundado em 1971 e terminou em 93.

A: E em paralelo a isso correu a Saúde Escolar, também?

Sempre! Aliás, a saúde escolar, nessa altura [era] a Medicina Pedagógica [e] não chamava Saúde Escolar, chamava-se Medicina Pedagógica. Pertencia a este Instituto tinha-se três centros no país e tinha as equipas de saúde que faziam os rastreios aos alunos na escola. A vacinação, o rastreio oftalmológico, o rastreio de saúde oral etc. eram feitos na escola. Depois, quando terminou em 93, passou a parte de saúde, para o Ministério da Saúde, e nós ficamos só com a parte [...] dos outros apoios... ficou no Ministério da Educação, mas trabalhamos sempre em conjunto com a saúde... A essa altura já existiam os outros Programas por causa das drogas etc... que trabalhavam também com a Medicina Pedagógica, porque [...] era um conjunto de médicos escolares... havia a figura do médico escolar! Depois, com as mudanças no país, [...] a parte de saúde propriamente, passou a ser vista pelo Centro de Saúde, pelo Médico de Saúde... saúde infanto-juvenil... e nós começamos a fazer mais a promoção e a prevenção na escola, em articulação sempre com a saúde. Porque no fundo, esta articulação nunca deixou de se fazer. Apesar de o Instituto ter terminado, as coisas terem ido para as escolas e para as Direções Regionais, nós nunca deixamos de trabalhar na área de ação social na escola. [...] trabalhei sempre, de alguma forma, com alunos e com crianças... de exclusão, [...] do trabalho infantil, da violência com as crianças, da violência doméstica, [...] crianças imigrantes... tudo quanto eram públicos franjas ... eu trabalhei sempre junto com este tipo de projetos e de ações... depois, [...] convidaram para vir para a Educação para Saúde em 2004, para a equipa da Educação para a Saúde e, cá vim, e cá estou... e, realmente, isto... ou se gosta ou não se gosta (risos) ... e, se acreditamos naquilo que estamos a fazer, temos que [...] fazer qualquer coisa pelas crianças e pelos meninos... para que sejam melhores cidadãos... e mais felizes... (Paula)

Esta fala nos apresenta dados significativos do enraizamento das políticas de Saúde Escolar portuguesa e, nos faz pensar que, assim como lá, cá tivemos mudanças que, talvez, orientadas pelos organismos internacionais, definiram as políticas para além dos territórios dos países. Se em Portugal houve a Medicina Escolar, por aqui tivemos também, assim como os programas de Higiene Escolar.

Ainda sobre o trecho da entrevista, destacamos as políticas de apoio e assistência aos estudantes, como “a alimentação, medicina pedagógica, as

residências para os alunos, os transportes escolares, estava o material escolar, estava o seguro”, formas de preocupação com a manutenção destas pessoas nas escolas. Nos parece que já se ia fazendo uma política intersetorial entre Educação, Saúde e Assistência Social mesmo sem assim estar configurada por um plano prévio.

A política portuguesa de Saúde Escolar está pautada por um Plano Nacional de Saúde. Vale ressaltar que para a construção deste Plano, são utilizadas as referências oriundas das “evidências científicas” como se vê em seguida:

No Sistema de Saúde, foi aprovado o *Plano Nacional de Saúde (2004-2010)* (PNS), em que são definidas prioridades de saúde baseadas na evidência científica, com o objectivo de obter ganhos em saúde a médio e longo prazo. (Portugal, 2006, p.3)

A estratégia de implementação do Plano passa por uma abordagem dos determinantes da saúde, através de programas nacionais, desenvolvidos nos ambientes onde as pessoas vivem, trabalham e estudam, em colaboração com os múltiplos sectores que contribuem para a saúde. (Portugal, 2006, p.4)

Assim, temos que há uma preocupação em se levantar os aspectos de temas outrora pesquisados e seus respectivos resultados para definir como desenvolver ações que levem em conta os determinantes sociais. Estes últimos como uma tendência a suplantar visões menos ampliadas sobre as situações que configuram o binômio saúde-doença, por exemplo.

A meta 13 do documento *Health for all* prevê que, em 2015, 50% das crianças que frequentem o Jardim-de-infância e 95% das que frequentem a Escola integrem estabelecimentos de educação e ensino promotores da saúde. Mais, define *Escola Promotora da Saúde* (EPS) como aquela que *inclui a educação para a saúde no currículo e possui actividades de saúde escolar*.

Todas as escolas deverão ser promotoras da saúde. No entanto, uma escola que pretenda integrar a *Rede de Escolas Promotoras da Saúde* deverá distinguir-se pela inovação, cultura de desenvolvimento individual e organizacional, bem como pela implementação efectiva dos princípios e das práticas da promoção da saúde, devendo, para isso, criar mecanismos de avaliação do processo. (p. 4)

Aqui fazemos uma pausa para trazermos a fala de uma outra entrevistada, esta ligada à área da Saúde Escolar, porém vinculada com as políticas de Saúde, que chamaremos de Sarita.

[...] começamos a implementação da Rede Portuguesa de Escolas Promotoras da Saúde, que enquanto projeto piloto fizemos algumas reuniões em Portugal da Rede Europeia e que começamos a implementar depois a alargar. Até que aí nos anos 2000, houve um ministro que decretou que todas as escolas, um Ministro da Educação decretou que todas as escolas eram promotoras da saúde. Obviamente, que não eram. Obviamente, que não se é escola promotora da saúde por decreto. É um processo, é um conjunto de critérios que se cumprem ou não se cumprem. É um conjunto de princípios que estão implementados ou não estão implementados os princípios das escolas promotoras da saúde. E obviamente, que isto foi o fim. Foi o fim desta rede como tal. (Sarita)

Este destaque aponta para o fato de que a “boa vontade” em se fazer uma política pública não passa somente pela implementação das leis, mas sim, como já descrevemos anteriormente, pela articulação entre diferentes setores da complexa rede de relações da sociedade. Com este processo, encontramos as possibilidades de estruturação das políticas e sua ampliação sustentada, como aparenta ser o caso de Portugal.

Sobre as ações presentes na política de Saúde Escolar portuguesa, trazemos a contribuição de um artigo que nos ajuda a contextualizar, também, este processo.

Os indicadores de saúde, associados a estudos e levantamentos diagnósticos, revelam que inúmeras doenças, da mais diversa índole, e as consequentes taxas de mortalidade e morbidade a nível mundial, estão diretamente relacionados com os comportamentos e estilos de vida. A consciencialização destes factos fez despertar a comunidade internacional, aos diferentes níveis do poder e da sociedade, para a necessidade de implementação de medidas que pudessem reverter esta tendência. A OMS (Organização Mundial de Saúde), enquanto entidade responsável pela saúde a nível mundial, implementou, em 1977, a meta “Saúde para Todos no ano 2000”, que foi o denominador comum de várias Conferências Internacionais organizadas e que pretendiam, com base no diagnóstico da situação, incrementar as dinâmicas e operacionalizar as respostas adequadas às necessidades avaliadas, adaptando-as aos

diferentes contextos políticos, sociais e culturais. (Rocha *et al*, 2011, pp.90-91)

Voltamos às falas de Sarita que também nos conta sobre algumas transformações ocorridas nos anos 1970.

[...] na década de 70, com a reforma Gonçalves Ferreira, que de facto veio dar, era um homem importantíssimo que fez uma reforma muito importante na área da saúde pública e é nessa altura que o Ministério da Saúde e o Ministério da Educação; o Ministério da Saúde assume a saúde escolar e o Ministério da Educação assume a medicina escolar. Saúde escolar – medicina escolar. Portanto durante muitos anos decorrem em paralelo duas formas de intervenção: uma que vem do passado que é a medicina escolar e que estava sediada no Ministério da Educação e a saúde escolar na década de 70 com a reforma Gonçalves Ferreira, que começa a germinar no Ministério da Saúde em paralelo. Como a medicina escolar, que depois se chamou medicina pedagógica estava concentrada nas três grandes cidades, Lisboa-Porto-Coimbra, eles continuaram a trabalhar nesta perspectiva médica, mesmo médica, era portanto constituída por médicos, psicólogos e profissionais de saúde que olhavam na perspectiva médica. Fazerem exames de saúde, rastreios de tudo e faziam intervenção puramente, muito médica. Muito medicalizada.

[...]

Esta reforma do ponto de vista conceptual, que foi desenhada nos anos 70, com a revolução de 1974, ajudou muito à implementação da mudança. Portanto foi na altura em que os médicos eram obrigados, entre aspas, a fazer o serviço médico à periferia e este era uma, a saúde escolar intervindo na escola, intervindo em grupos populacionais que estavam ali à mão e que sabiam, e que precisavam de tudo foi uma alavanca muito importante para a implementação da saúde escolar após a revolução, após o 25 abril de 1974. Ajudou muito à implementação e à mudança desta intervenção mais dirigida para a saúde pública. Obviamente, que nós nessa altura, o que é que nós dispúnhamos? Dispúnhamos das armas habituais, dispúnhamos de um programa de saúde infantil que estava a nascer, e portanto o que é que nós íamos fazer? O mesmo que faziam os colegas. Só que os colegas trabalhavam nas cidades e nós trabalhávamos na periferia. Na periferia, na província, no resto do país. Mas basicamente fazíamos a mesma coisa. Fazíamos o controlo do estado vacinal, fazíamos os exames de saúde e fazíamos os rastreios fora das cidades, naturalmente. Entretanto, há uma carta, temos a carta de Ottawa (1986) e aí de facto houve uma mudança. Houve uma mudança e de facto nós incluímos

nas nossas práticas, as questões da educação para a saúde.

Valeria um trabalho específico somente para aprofundar as questões apresentadas neste excerto da fala da entrevistada. Das práticas medicalizadas e medicalizantes, passando pela Revolução dos Cravos, chegando aos documentos norteadores de outras formas de se fazer a Saúde Escolar. É valioso o empenho em se reconhecer e, ainda mais, promover a passagem (ou a tentativa) de um modelo de atenção e práticas que é excludente por origem para as ações inclusivas e que reconheçam os aspectos mais amplos e complexos da geração dos problemas dos indivíduos, seja na área da saúde, educação, assistência social, trabalho, lazer etc.

Faz-nos todo o sentido que o 25 de abril tenha contribuído para as transformações positivas na direção da promoção das garantias de direitos ao povo português. É interessante constatar que até hoje o 25 de abril é referenciado como o ponto de inflexão no que toca as políticas mais progressistas e libertárias de Portugal pós Salazar. E de pensar que por convicção, professores, médicos, e tantos outros agentes de cuidados e transformações se lançaram às periferias do país, levando um quinhão de esperança na democracia que renascia. Enquanto por aqui, assistimos com a indignação moderna e tecnológica, boquiabertos, a fúria preconceituosa e ignóbil lançada sobre os companheiros médicos cubanos ou a parca distribuição de renda realizada por programas sociais de compensação.

Vale dizer que Portugal, viveu nestes últimos tempos a dureza das políticas econômicas de cunho neoliberal que atacaram direitos outrora conquistados a duras penas.

E, por fim, mas não nos finalmentes, o documento que, tal qual tantos outros, tenta promover um mundo melhor. Os pactos de papel que valem muito pouco na ordem do dia da lógica capitalista. Mas apesar dos pesares, vemos que estes programas e projetos de implementação de novas formas de pensar os cuidados estão sendo realizados. Lembrando que o fim dos anos 80, do século XX, são marcados pela onda conservadora e neoliberal propostas pela senhora Thatcher, na Inglaterra e o senhor Reagan, nos EUA, impactando sobremaneira as políticas de bem-estar social mundo ocidental afora.

Retomando o PNSE-2006, encontramos um trecho que aponta o anseio por construir uma escola que assuma uma função de panacéia:

A Escola, ao constituir-se como um espaço seguro e saudável, está a facilitar a adoção de comportamentos mais saudáveis, encontrando-se por isso numa posição ideal para promover e manter a saúde da comunidade educativa e da comunidade envolvente. (Portugal, 2006, p.5)

Ora, não é de hoje que se discute que a escola não é um algo fora da sociedade, não pode ser vista jamais sob o prisma do idealismo e, mais ainda, pensar em sua função como redentora das agruras do mundo que existe logo ali, para além dos muros e portões. É um deslize imaginar que a escola possa se configurar em espaço seguro numa sociedade que vivencia cotidianamente as desigualdades em todos os níveis de relações possíveis, dos machismos aos não acessos à saúde oral.

Neste sentido, emprestamos a fala de Sergio Meresman, em que

Cada vez mais, as escolas mostram-se como um espaço potencialmente eficaz para a integração de diversos programas e serviços. Não é raro que uma escola assuma, junto com as responsabilidades propriamente educativas, as de implementar programas de saúde, alimentação, meio ambiente e outras iniciativas. Alguns professores reclamam: “Pensam que as escolas são como uma árvore de Natal onde pendurar adornos! Chega o Ministério de Saúde e *pendura* um programa contra a dengue, chega a OMS e *pendura* um programa antitabagista, chega o governo local e *pendura* um refeitório escolar”. (BRASIL, 2008, p.39)

Ou ainda, a fala de uma das coordenadoras de SE, a Beatriz, em que diz de uma preocupação sobre o possível desinteresse de seus colegas em trabalhar com os programas de Saúde em suas escolas, por conta da burocracia:

Eu não sei muito bem por onde é que a educação vai. Eu acho que estão a tirar um bocadinho a beleza à nossa profissão. No sentido, que querem tudo escrito, tudo planeado, tudo registrado, enchem-nos de papéis e às tantas nós ficamos tão cheios de papéis, que estamos mais preocupados em preencher papéis do que estamos preocupados com outras coisas. (Beatriz)

Levando em conta o desabafo, deixamos claro que entendemos perfeitamente a necessidade de se registrar todos os feitos, desde o

planejamento até os resultados alcançados, mas o que assistimos é o terror burocrático soterrando professores, coordenadores e diretores de escolas, praticamente inviabilizando a dedicação para formação continuada ou mesmo aperfeiçoamento no preparo de aulas e atividades.

Assim, o PNSE-2006 ou quaisquer outros programas que são inseridos nas escolas trazem em seu bojo um sem número de intensões e preocupações. A política de 2006 define como público-alvo de suas ações:

O PNSE destina-se a toda a comunidade educativa dos Jardins-de-infância, das Escolas do Ensino Básico e do Ensino Secundário e instituições com intervenção na população escolar.

Por comunidade educativa entende-se: educadores de infância, professores, auxiliares de acção educativa, alunos, pais e encarregados de educação e outros profissionais.

O Programa Nacional de Saúde Escolar desenvolve-se nos estabelecimentos de educação e ensino do Ministério da Educação, nas Instituições Particulares de Solidariedade Social, bem como noutros estabelecimentos cuja população seja considerada mais vulnerável ou de risco acrescido e, sempre que os recursos humanos o permitam, nos estabelecimentos de ensino cooperativo e/ou particular. (Portugal, 2006, p.7)

Com esta abrangência proposta, realmente há de se perguntar, se a eficiência do Programa é comprovada, mesmo num país de dimensões modestas (em relação ao Brasil) como Portugal. Chama-nos a atenção a informação de que o PNSE desenvolve-se nas “Instituições Particulares de Solidariedade Social” e “nos estabelecimentos de ensino cooperativo e/ou particular”. Ou seja, se houver recursos, ao invés de ampliar a rede e/ou aumentar a qualificação das ações nas já existentes, o Estado financia a iniciativa privada. O Estado capitalista sendo Estado capitalista!! Vale recordar o filme-documentário “Quanto vale? Ou é por quilo?”, de Sergio Bianchi, em que se retrata um país com profundas diferenças sociais onde instituições filantrópicas lucram sobre a miséria de um povo centenariamente explorado, excluído e violentado.

Quanto as finalidades, o PNSE-2006 apresenta as seguintes características:

O trabalho de saúde escolar desenvolve-se prioritariamente na escola, em equipa, com respeito pela relação pedagógica privilegiada dos docentes e pelo envolvimento das famílias e da restante comunidade educativa, e visa contribuir para a promoção e protecção da saúde, o bem-estar e o sucesso educativo das crianças e dos jovens escolarizados. O Programa Nacional de Saúde Escolar tem como finalidades: Promover e proteger a saúde e prevenir a doença na comunidade educativa; Apoiar a inclusão escolar de crianças com Necessidades de Saúde e Educativas Especiais; Promover um ambiente escolar seguro e saudável; Reforçar os factores de protecção relacionados com os estilos de vida saudáveis; Contribuir para o desenvolvimento dos princípios das escolas promotoras da saúde. (p.7)

O Programa Nacional de Saúde Escolar, na senda das finalidades que se propõe atingir, desenha uma estratégia de intervenção global, organizada numa *Agenda da Saúde Escolar* que contempla:

1. *A Saúde individual e colectiva;*
2. *A Inclusão escolar;*
3. *O Ambiente escolar;*
4. *Os Estilos de vida.*

Só uma intervenção integrada nestas quatro áreas prioritárias nos permite afirmar que o programa de saúde escolar está a ser desenvolvido na escola, e só este modelo é quantificado para efeito de avaliação. (Portugal, 2006, p.9)

Como diz Ricardo Araújo, por meio do título de um dos programas que coordena na televisão portuguesa: “isso é tudo muito bonito, mas...” e, nesta pausa do “mas...” é que devemos nos ater.

Estas finalidades estão, como já dito, em consonância aos documentos internacionais de Saúde Escolar e Escolas Promotoras de Saúde e, além disto, a partir das “evidências científicas” pelas quais se norteiam intentam resolver as questões presentes no espectro dos determinantes sociais. Com ótima fundamentação, precisamos pensar como isto se efetiva cotidianamente. Para tanto, emprestamos as falas de nossos entrevistados:

É evidente que se dissermos: “a Saúde consegue responder a tudo?” Não responde!! Sabemos, também, das nossas limitações... no nosso país ao nível dos profissionais... por isso há áreas em que claramente há um défice na Saúde... há défices a nível de psicólogos, há défices a nível de nutricionistas... centros de saúdes nenhum tem técnicos de atividade física, podem ter ou

não fisioterapeutas... que não é exatamente a mesma coisa, pronto!... Há uma série de áreas em que a Saúde está claramente em déficit, isso é um outro problema... Isso é o que muitas vezes dizemos: “será que, por exemplo, é eticamente correto, na escola, identificar alguns meninos por alguma coisa e depois não haver capacidade de resposta?” ... é um problema que, entre nós, discutimos.... Por exemplo, o caso da obesidade. Todas as escolas tem, atualmente, uma plataforma que foi desenvolvida pelo Desporto Escolar, que é o *Fitnessgram* ou o *FIT-escola*, que é uma bateria de testes que por um lado faz a avaliação da capacidade cardio-respiratória dos miúdos, mas também faz o índice de massa corporal etc, portanto detecta obesidade... e estou farto de alertar aos colegas; será que é eticamente correto dizer ao menino, identificar o menino como obeso e depois não ter capacidade de resposta? A escola não é um local de tratamento, ponto final. A escola é o local de promoção da saúde. Se for detectado e se não houver a capacidade de resposta, eu, pessoalmente tenho muitas dúvidas se isso é eticamente correto. Porque estamos para todo efeito a rotular alguém sem depois podermos responder. (Eduardo)

Apesar das iniciativas de superação da lógica medicalizante, o programa cai novamente em contradição e, seus agentes, de certo modo nos apontam as falhas conjunturais que levam à possível não efetivação das transformações ora propostas.

Ou ainda, algumas contradições no interior da própria concepção das políticas propostas:

quando trabalhamos a nível da educação alimentar... e eu não tenho a mais pequena dúvida de que eu não vou mudar os comportamentos alimentares dos meninos porque eles já vem de há muito tempo... e com todos os erros alimentares... os estudos apontam que as crianças chegam às escolas obesas [...], mas é normal que mantenham porque a escola não é local de tratamento. O meu sonho, digamos, e acho que o da equipe, é trabalhar com esses meninos... pra quando esses meninos forem os pais e tiverem seus filhos já terem comportamento alimentar com seus filhos, diferente. Por isso, diz da alimentação e de todo o resto. Se nós conseguirmos desenvolver as competências psicossociais dos miúdos de modo a minimizar o risco, e eles próprios terem uma perspectiva de saúde e bem estar diferente e consigam transmitir isso às futuras gerações, penso que conseguimos reverter um bocado alguns dos indicadores que nós temos hoje em dia. (Eduardo)

Veremos, em seguida, que as questões de apoio financeiro são tão claramente usurpadoras da condição de dignidade profissional e, tão bem incorporadas que nem causam tanto estranhamento.

e muitas vezes eu digo... que se formos dar algum apoio, não muitas, algum apoio financeiro a alguma escola, se não a todas porque não conseguimos, mas para algumas escolas e o trabalho que as escolas tem vindo a fazer, e muitas vezes eu digo, que elas procuram-nos é para nós difícil de justificar perante a Tutela que é preciso apoiar, porque assim, elas fazem uns trabalhos fabulosos... e, por isso, como é que... pra nós é uma dificuldade dizer: olha, temos que apoiar financeiramente, com horas etc... mas eles, por outro lado podem dizer: olha, mas eles já fazem tudo tão bem sem nada, porque que a gente devia... (risos)... e é verdade... por isso, a educação para a saúde está claramente integrada na escola e, as escolas tem vindo a fazer um trabalho muito muito muito bom... é evidente que possa sempre fazer melhor, mas isso... Temos sempre a perspectiva que, por muito que se faça, há sempre alguém que há de criticar o trabalho e que pode se fazer sempre melhor. É evidente que pode se fazer sempre melhor. (Eduardo)

Ainda bem que se pode se fazer sempre melhor [...] senão ainda continuavamos nos anos 70... (Paula)

Das falas dos entrevistados para o PNSE, temos um dado que deve ser evidenciado:

Os estudos de avaliação do custo-efectividade das intervenções preventivas têm demonstrado que 1€ gasto na promoção da saúde, hoje, representa um ganho de 14€ em serviços de saúde, amanhã. (Portugal, 2006, p.6)

Enfim, parece-nos que todo o investimento, mesmo que pequeno, gera resultados financeiros altamente satisfatórios. Sem deixar de lado a relevância dos aspectos financeiros que são muito importantes, é impossível deixar de destacar a perspectiva dada pelo documento oficial em relação ao financiamento: “1€ gasto” “representa um ganho de 14€”. Isto só reafirma a lógica apresentada pelos entrevistados da educação, por onde é melhor não dar mais financiamento uma vez que estão trabalhando tão bem assim. Como se diz no dito popular do chão de fábrica, “se apertar essa laranja mais um pouquinho, quem sabe ainda sai mais um caldo, para depois jogar o bagaço fora” ou a imagem de Chaplin circulando entre as engrenagens da máquina, do clássico “Tempos Modernos”.

A descrição da relação custo-benefício apresentada pelo documento não explica como foi feito este cálculo, mas podemos por outro lado, “ouvir” uma pessoa envolvida no processo:

[A] avaliação que eu faço deste programa de 2006 é, por exemplo, nós temos números estrondosos, cobertura, cobertura, cobertura, cobertura, cobertura...

Processo, processo, processo, processo, mas depois em termos de ganhos em saúde, mudanças de comportamento, se me perguntar: “então ok estão a consumir mais fruta?”. Não sei. “Estão a fazer mais atividade física?”. Não sei. Mas sei que trabalhei com muitos alunos a promoção da atividade física. Percebe? Era muito o programa, avaliação do programa era muito da cobertura, é muito da ação das atividades feitas. Era tudo contabilizado, contabilizado. Ações sobre alimentação 500 mil crianças abrangidas. Ações sobre educação sexual 200 mil crianças abrangidas. E esta avaliação, isto diz-me o quê? Diz-me que trabalhamos muito, consumimos muitas horas, mas em termos de impacto, que era aquilo que você me estava a perguntar eu não tenho dados para lhe dar. (Sarita)

E, assim, seguiu o programa até 2015. Acompanhando a transformação realizada na política portuguesa de Saúde Escolar, passamos, também a apresentá-la de forma sucinta, para contextualizar as orientações fundantes do novo cenário.

5.5.1. Portugal - PNSE-2015 – algumas aproximações

A base de enquadramento do novo Programa é similar ao de 2006, sendo pautado pelas “evidências científicas” e articulando o Ministério da Saúde (com o PNSE-2015) e o Ministério da Educação (com o PAPES²³).

Uma informação relevante, apesar da aparente contradição por nós já exposta, é encontrada na seguinte declaração:

De facto, o estado de saúde da população portuguesa melhorou muito e de forma sustentada, mas os determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida têm, ainda, um peso significativo nas doenças não transmissíveis. Por isso, precisamos de melhorar o nível de saúde, através de estratégias de promoção da saúde mais eficazes, e de valorizar os setores fora da Saúde. (Portugal, 2015, p.10)

A busca pela maior eficácia, ao ver desta nova proposta, passa pela ênfase nas “competências emocionais” ou, como aparece no documento *SEL – Social and Emotional Learning*, que toma por base as obras de H.Gardner e as “Inteligências Múltiplas” e, D.Goleman com a “Inteligência Emocional”.

Este dado é confirmado pela fala de um dos nossos primeiros contatos para entrevista. Neste ponto a pessoa nos relata das necessidades da transição de modelo e sua esperança na nova proposta.

[...] este ano, [estamos] a fazer isso... a envolver os miúdos na realização do desenho, na dinamização dos projetos... e, a partir deste ano, a grande diferença que há, dos últimos anos para este ano, é que nos últimos anos [o programa] estava um bocadinho esquartejado... havia na Educação Para a Saúde uma divisão em quatro áreas prioritárias que são: a Educação Alimentar e Atividade Física, Saúde Mental e Prevenção da Violência, Educação Sexual e, Comportamentos Aditivos. Isso estava, digamos, compartimentado nessas áreas. Neste ano, o que estamos a tentar, é fazer um trabalho diferente. Estamos a trabalhar nesse sentido. Nós queremos que a Saúde Mental seja o eixo, o tronco da árvore. Eles [DGS] dão um exemplo que traduz muito bem: o tronco da árvore é a saúde mental e, depois, os ramos são os determinantes da saúde. Estamos nesse momento a tentar trabalhar com todas as escolas nos

²³ Programa de Apoio à Promoção e Educação para a Saúde.

âmbitos da saúde mental, quer dizer, nas competências socioemocionais... individuais... e, com base nisso, todas as outras áreas são trabalhadas montante, ou seja, não ser tanto de respostas às necessidades, mas começarmos a trabalhar a montante, com os mais pequeninos etc, de modo a minimizar ao máximo todos os riscos ligados aos desvios de comportamento, deles ou de alguém de perto. Ou da família. (Eduardo)

Corroborar esta fala, a citação abaixo:

O desenvolvimento de competências socioemocionais ajuda os alunos a tornarem-se mais resilientes, permite-lhes reconhecer as suas próprias emoções e a maneira mais adequada de lidar com elas e gerir de forma mais responsável a tomada de decisões, sejam relacionadas com a sua saúde ou com a sua vida. (Portugal, 2015, p.10)

O viés individualista ganha proporções maiores neste Programa, mesmo que afirmem que a nova perspectiva de Saúde Escolar

sem receio de perder a sua identidade, deve estar preparada para os grandes desafios da contemporaneidade, que exigem uma visão alargada de uma realidade social e económica complexa e mutante, a par de continuar a ajudar as gerações de jovens a atingir a plenitude do seu potencial de saúde. (p. 10. Grifos nossos)

Nos perguntamos, então, quais os grandes desafios da contemporaneidade? Enfrentar as agruras da “sociedade do conhecimento/ da informação” ou as mazelas de uma Europa esfacelada em sua premissa de solidariedade em relação aos refugiados? Ou ainda, a iminência de uma nova grande crise nas instituições financeiras e seus nefastos desdobramentos sobre as populações periféricas? Enfim, isto não fica claro, nem quando propõem “uma visão alargada de uma realidade social e económica complexa e mutante”. Pois como pode ser uma visão alargada a partir de premissas individualistas? ou quando não se traz mais a baila a discussão sobre os imperativos económicos das crises do capital sobre a vida cotidiana porque isto é dado como “superado”²⁴?

E, o que dizer sobre “plenitude do seu potencial de saúde”? Vejamos se não é uma concepção idealista e abstrata da saúde, que se estabelece ao

²⁴Comentário realizado por docente em uma das aulas do programa de pós da FPCE-UP.

propor algo contraditório, pois se é pleno não deve ser potencial, mas real e, sabemos que a real condição de plenitude da saúde está no campo dos projetos e das ideias.

Ficaríamos mais tranquilos caso a proposta da Saúde Escolar levasse em consideração o sistema político e econômico em que está inserida e, também apontasse para a necessidade de ações micro e macroestruturais acerca do consumo exagerado nos países de capitalismo central, sobre a real diminuição das emissões de CO₂ e a necessidade de mudarmos a lógica de nosso funcionamento social, ético, político, econômico etc. Mesmo que os determinantes sociais da saúde incorporem estas condições, a Saúde Escolar não tem como “dar conta” destas coisas todas como uma política, mesmo que intersetorial.

Sem que sejamos pessimistas, levamos em conta que tais programas cumprem uma função, ainda que limitada, no quadro em que se inserem. Esta é a lógica do jogo. Só nos negamos a leitura ingênua e baseada nas aparências.

Continuando na sucinta apresentação do PNSE-2015, temos a premissa maior, apontada no documento e nas falas dos entrevistados que é o foco na “Saúde Mental e Competências Socioemocionais”.

No item que trata deste tema, localizamos:

São o tronco comum da promoção de um estilo de vida saudável e da prevenção de comportamentos de risco, ocupando, no processo de capacitação, um lugar de relevo para a obtenção de mais ganhos em saúde.

A **saúde mental** resulta da qualidade da interação entre a criança ou jovem, a família, a escola e o meio sociocultural em que se encontram inseridas/os. Pela relevância que assume, importa promover relações positivas com a escola em todas as fases do ciclo de vida escolar. Perturbações emocionais e comportamentais, detetadas na escola, devem ser articuladas com o Programa Nacional de Saúde Mental (PNSM). (p.24)

Retoma-se a perspectiva botânica do “tronco” da árvore e, aqui, vemos que a preocupação com a Saúde Mental se faz pertinente, principalmente se tomarmos como base a lógica da Promoção e Prevenção em saúde.

Assim, temos que

A Saúde Escolar, ao promover as competências socioemocionais dos alunos, contribui para o desenvolvimento de autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável. (p.25)

Oxalá este referencial proporcione as mudanças individuais que apontam desejar alcançar.

Neste ponto, entendemos ser necessário dizer que a análise deste novo Programa daria um novo estudo, principalmente, se fizermos um levantamento de ações como “Anos Incríveis” que propõe, a partir de um modelo norte-americano de ensino, identificar e corrigir “crianças malcomportadas”, conforme matéria divulgada no “jornal i”:

As cobaias vão ser as crianças de 60 jardins-de-infância nos bairros carenciados da região de Coimbra. São elas que, juntamente com as famílias e os educadores, vão testar um novo modelo de ensino criado nos Estados Unidos com o objectivo de encurtar as desigualdades sociais e ainda descobrir soluções para atacar pela raiz os problemas de comportamento que começam a surgir logo no pré-escolar. Se tudo correr bem, as outras crianças vão seguir o exemplo das primeiras. (<http://ionline.sapo.pt/391608>)

Como dissemos, vale um outro trabalho somente para esta combinação de programas e políticas que tomam por base referenciais da psicologia que centram nos indivíduos as responsabilidades dos “supostos” problemas.

Compreendendo que a complexidade de uma política como a da promoção da saúde nas escolas, de amplitude internacional, não será alcançada nesta tarefa que nos propusemos, passamos, então para as considerações finais de nosso trabalho.

6 – Considerações Finais

Destacamos que um dos ineditismos do nosso trabalho está na articulação realizada entre as políticas de Saúde Escolar brasileira e portuguesa. Longe de esgotarmos as possibilidades de análise e uso dos materiais coletados e pesquisados, esta caminhada continua no nosso fazer profissional e nas pesquisas que daqui se desdobrarão. Nossas problematizações iniciais acabaram por comprovar que as políticas de Saúde Escolar estão enredadas por um circuito internacional de desenvolvimento de políticas; que os aspectos econômicos tem sido definidores da consecução destas estratégias internacionais; que apesar das novas roupagens os programas de saúde escolar mantém em seus conteúdos e formas princípios ligados ao higienismo, correndo o risco de se tornarem políticas de polícia médica, em um mundo cada vez menos afeito a diversidade e à solidariedade.

Retomando a trilha seguida, nossa pesquisa teve como intenção abordar as aproximações entre saúde e educação no correr histórico compreendido pelo período de 1971 a 2013. Tivemos como motivação inicial a instituição do Programa Saúde na Escola, em 2007, como proposta de reavivamento das políticas de saúde escolar, relegadas a um segundo plano nos anos 1980 e 1990, no Brasil (MOYSÉS; COLLARES, 1992).

Ao lidarmos com as questões da Saúde e da Educação, chamamos a atenção para o fato de que a área da Psicologia Escolar brasileira vem adotando uma perspectiva crítica, estudando as complexas e múltiplas relações sociais que estão presentes no fazer educacional, diferenciando-se das práticas psicométricas e medicalizantes que a consagraram na primeira metade do século XX. Dentre os fatores que tocam diretamente nosso campo de ação, destacamos o campo das políticas públicas, que a partir de 1988, com a promulgação da Constituição Federal, assumiram um caráter decisivo na sociedade brasileira.

A democratização do país e a instituição de políticas sociais de caráter compensatório, principalmente, nos períodos das gestões FHC e Lula somada ao movimento internacional de criação de políticas de promoção da saúde configuram os marcos principais para a efetivação da nova política de saúde

escolar. Nesse sentido, as perguntas que recaem sobre o programa nos impeliram ao resgate histórico, pois seria esta política de saúde escolar uma ruptura com o modelo higienista que esteve presente desde fins do século XIX? Quais as contradições presentes na nova proposta e o que se proporia de novo neste PSE? Para respondermos estas e outras questões que foram surgindo no correr da pesquisa nos apoiamos no referencial crítico da Psicologia Histórico-Cultural.

Compreender os aspectos históricos que antecedem o PSE-2007 e os movimentos de aproximação e distanciamento entre saúde e educação se fazem coerentes com o pressuposto teórico que seguimos. Compreender a história abre a possibilidade de intervenção e mudança da realidade. Por isso fizemos o resgate das origens da Saúde Escolar na Polícia Médica europeia, pois seu modelo atualizado se expande por todo o ocidente.

O mesmo exercício foi realizado com a temática do Higienismo em que apontamos a evolução das relações com a educação escolar, também transitando dos países centrais para os periféricos. Mais do que este movimento, foi possível sintetizar algumas atualizações sobre a possibilidade do higienismo ainda prevalecer no interior das políticas contemporâneas.

Desdobrando de forma a tentar promover a superação das mesmas encontramos as políticas de promoção da saúde, que seguiram também a trilha aberta há algumas décadas, passando de diretrizes europeias e norte-americanas para os países das franjas. E aqui foi lançado o maior de todos os desafios, pois será a partir da instituição destas políticas em saúde, dos anos 1970 em diante, que a nova proposta de Saúde Escolar se estabelece.

Pensar historicamente a Saúde Escolar no Brasil é partir da complexidade do atual PSE e vislumbrar a essência de sua construção em outros tempos. Assim, é possível identificar que os resquícios higienistas ainda se encontram no modelo atual, bem como a perspectiva internacionalista que Buss (2008) apontou. Constatamos esta característica no documento (Caderno 24) do Ministério da Saúde (Brasil, 2009) quando cita as políticas portuguesas, nos documentos que referendam a Escola Promotora de Saúde, os documentos como Informe Lalonde, Carta de Ottawa entre outras apresentadas aqui. Além disso tudo, a verificação pelas conversas e entrevistas em território português.

Os avanços do PSE estão ligados aos processos de articulação intersetorial das políticas de Saúde e Educação. Esta perspectiva promove a ampliação dos compromissos com as populações usuárias dos serviços propostos, bem como lança um desafio constante sobre a práxis de cada área e, delas em conjunto. A compreensão de que os problemas sociais que afetam milhões de brasileiros, multideterminados pela cultura e sociedade, nos remete ao dever de serem enfrentados por saberes e práticas críticas articuladas e que não neguem as premissas históricas engendradas ideologicamente no interior das políticas.

Isso posto, o suporte dado pelo enfoque teórico aqui utilizado, nos remete ao desafio de se promover uma educação emancipadora e transformadora no interior de um modelo social excludente e classista. A luta contínua para a constituição de uma forma educacional que permita aos estudantes e demais agentes do processo educacional, alcançar o desenvolvimento humano. Este desenvolvimento humano se dá pelo processo de aprendizado e assimilação das produções materiais e não materiais mais expressivas da cultura humana e, não ocorre de forma linear, mas sim por meio de movimentos contraditórios de avanços e retrocessos. Movimentos de consciência e alienação próprios de uma sociedade de classes. Assim, também ocorre na formulação das políticas públicas e políticas sociais.

A própria noção conceitual de políticas públicas precisa acompanhar as transformações que o mundo preconiza. Mais do que isso, emprestando a concepção vigotskiana de que o bom aprendizado é aquele que se antecipa ao desenvolvimento, podemos propor que as políticas públicas avancem e promovam os saltos qualitativos necessários/possíveis para que ocorra a derrocada das condições geradoras de exclusão.

É inegável o enorme desafio em se promover a transformação social no interior das complexas lógicas do capitalismo. Assim como o trabalho de Saviani e a Pedagogia Histórico-Crítica nos inspiram para a promoção de uma educação realmente crítica e emancipadora, temos a Psicologia Histórico-Cultural como chão teórico-prático de nossas reflexões. As ações, as práticas não podem estar clivadas da propositura teórica.

Na área da saúde se a premissa também for realizar ações que visem a constituição de linhas de enfrentamento aos processos excludentes e, mais

que isso, alienantes, terá certamente amplo apoio e aderência de outras áreas e campos. A necessidade em se fazer a autocrítica interna às políticas de promoção da saúde é eminente, pois como afirma Valadão (2004) “suas principais limitações talvez estejam associadas à permanência [de uma] visão totalizante que, nesse sentido, mantém viva sua herança positivista” (p. 112). Ao compreender que o diálogo com outros campos deve ocorrer, de fato, a partir da horizontalidade de propostas e ações no cenário/território que engloba a instituição parceira, neste caso, as escolas.

Esta preocupação tem ligação direta com a perspectiva internacionalizante das políticas. Sem novidade, as transferências dos princípios sem adequações reais às peculiaridades da América Latina é assumir o risco do fracasso ou de sérias dificuldades para a realização das propostas. Nesse sentido, vale resgatar a preocupação com as vulnerabilidades e iniquidades que estas políticas propõem superar ou diminuir. Nossas realidades sociais, políticas, econômicas e culturais diferem radicalmente de contextos como a Europa e Estados Unidos da América. Qualquer tentativa de comparação entre estes cenários é uma tentativa arriscada de produzir leituras positivistas, ou seja, negar as trajetórias históricas e as conjunturas construídas por cada povo e cada nação.

Ao vivenciarmos o período do doutorado sanduíche em Portugal e dialogarmos com as pessoas envolvidas nas formulações e aplicações das políticas de Saúde Escolar, percebemos como as diferenças e semelhanças alcançam matizes muito particulares. É sempre bom lembrar que o Brasil saiu do chamado “mapa da fome” no ano de 2014, segundo relatório global da Organização das Nações Unidas para a Alimentação e a Agricultura (FAO). “A FAO considerou dois períodos distintos para analisar a subalimentação no mundo: de 2002 a 2013 e de 1990 a 2014. Segundo os dados analisados, entre 2002 e 2013, caiu em 82% a população de brasileiros em situação de subalimentação. A organização aponta também que, entre 1990 e 2014, o percentual de queda foi de 84,7%”²⁵.

Sendo assim, como podemos compreender conceitualmente que a vulnerabilidade dos países periféricos é a mesma que a dos países centrais do

²⁵ <http://mds.gov.br/area-de-imprensa/noticias/2014/setembro/brasil-sai-do-mapa-da-fome-das-nacoes-unidas-segundo-fao>

capitalismo? E, como compreender que as políticas sociais daqui produzem os mesmos efeitos lá? Nossas interrogações levam a refletir sobre a geração de políticas públicas, ou seja, como se criam e, principalmente, como são mantidas e aprimoradas tais políticas num cenário de recrudescimento social e econômico. A perda de direitos e garantias sociais promovem o aprofundamento de crises na organização social e, não serão políticas pontuais e de caráter imediatista que auxiliarão na construção das soluções.

Podemos usar como exemplos a própria política brasileira de Saúde Escolar dos anos 1970, guiadas pelo duro cenário das ditaduras militares. No bojo das proposições tínhamos concepções de saúde, educação, assistência social, de forma bastante peculiar. A saúde era assistencialista e não universalizada, a educação era excludente, apesar de iniciativas para aumentar o número de matriculados e, a assistência social era assistencialista, cuidada pelas “políticas das primeiras damas” (as esposas de dirigentes do executivo). Como era de se esperar, a Saúde Escolar deste período privilegiou os conteúdos curriculares e a implantação de serviços médicos de saúde nos espaços escolares.

No final dos anos 1980, o conjunto de ações nestas três áreas citadas se ampliam e aprofundam. Após a promulgação da Constituição, o Brasil inicia um período marcado por políticas garantistas de direitos. Acreditamos que um dos maiores avanços conceituais foi a definição de que as crianças e adolescentes passam a ser sujeitos de direitos. Outro avanço significativo foi o movimento de efetivação do Sistema Único de Saúde. Este período passa a caracterizar uma política de Saúde Escolar ambígua, no nosso entender, pois amplia a proposta presente na LDB/1971, mas restringe essa ampliação para a atenção em saúde oftalmológica e auditiva. Vimos que o PNSE sobrevive até a transformação das políticas de saúde nos anos 2000.

Resultado de movimentos em busca da redução de custos e de melhor efetividade nas ações em Saúde, entre 1974 até os anos 2000 ocorrem diversos Congressos e Conferências das quais surgem os documentos norteadores para as Políticas de Promoção da Saúde, das Escolas Promotoras de Saúde, das Cidades Saudáveis etc. No Brasil a Promoção da Saúde tem suas discussões formalizadas pelo Ministério da Saúde em 1998, culminando em 2006 na primeira versão da proposta desta Política, revista em 2014. Este

plano de fundo somado ao processo histórico das políticas que integram Saúde e Educação alcançam entre 2006 e 2007 a formulação do Programa Saúde na Escola que substitui o PNSE de 1984. A nova proposta terá sua ampliação de cobertura de municípios em 2013, aumentando significativamente o número de comunidades escolares atendidas.

Entendemos que em outro contexto sócio-político o PSE pode vir a ser uma política que de fato atue na promoção da saúde, porém para que isto ocorra, algumas alterações e contextualizações devem ser feitas na orientação desta política. A integração com a escola precisa ser representada de forma a constituir um encontro horizontalizado e, não de cima para baixo ou de fora para dentro. Com isso queremos dizer, também, que há a necessidade de uma reformulação da perspectiva que norteia a práxis educacional. Como tentamos deixar claro, a orientação da Pedagogia Histórico-Crítica pode ser relevante para que professores dialoguem com propriedade e definam claramente os limites e as potencialidades do encontro intersetorial. Porém, apesar de compreender que podem ocorrer contribuições desta proposta intersetorial, pensamos que em uma sociedade onde as desigualdades estejam superadas, não havemos de ter este tipo de política compensatória. Não por acaso iniciamos o texto desta tese com a epígrafe que resgata a letra da música de Mercedes Sosa *Hay un niño en la calle*. Defendemos, realmente, que de nada vale se há uma criança nas ruas! Esta contradição deve nos arremessar cotidiana e incansavelmente para que alcancemos a superação das condições sociais, políticas e econômicas atuais e que se arrastam por séculos.

Das vivências em Portugal é possível considerar que por ser um país próximo dos centros decisórios das políticas ocidentais (apesar de ser considerado periférico na europa), as influências e transformações ocorrem muito mais rapidamente. Exemplo disso está no fato de que Portugal foi um dos países em que ocorreu o projeto piloto da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde: Sarita nos contou que *“nessa altura começamos a implementação da Rede Portuguesa de Escolas Promotoras da Saúde, que enquanto projeto piloto fizemos algumas reuniões em Portugal da Rede Europeia e que começamos a implementar depois a alargar. Até que aí nos anos 2000, houve um ministro que decretou que todas as escolas, um Ministro da Educação, decretou que todas as escolas eram promotoras da saúde.*

Obviamente, que não eram. Obviamente, que não se é escola promotora da saúde por decreto”. A mesma Sarita nos conta que “[A] rede europeia das escolas, agora chama-se SHE - School For Health In Europe. Ok? A Rede de Escolas Promotoras da Saúde estava sediada na Organização Mundial de Saúde, entretanto a Holanda, que é um centro colaborador da Organização Mundial de Saúde, tinha ‘budget’, tinha financiamento, tinha um Instituto de Saúde Pública e conseguiu trazer para a Holanda [...] este processo das escolas promotoras de saúde. Pela mudança o conceito é o mesmo, [...] é continuidade das escolas só que mudou de nome chama-se SHE - School For Health In Europe”.

E, ainda a partir da conversa com Sarita, temos sua declaração de que se a Educação conseguir contribuir para a formação do sujeito, a saúde escolar não seria necessária, pois nas palavras dela *“Nós somos, no fundo, bengalas. A saúde é bengala. Porque é assim, ali é o professor que é o mentor, que é o gestor, [que está com] as crianças com quem lida ao longo destes 11 anos de escolaridade, 12 anos, não é?”*

Sabemos que nem “o professor” e nem a educação devem ser alçados à condição de redentores da sociedade. Compreendemos que, mesmo estando no plano da utopia, a possibilidade de construirmos uma educação que alcance a condição de auxiliar na promoção da formação de sujeitos críticos, que assumam conscientemente a condução de suas vidas é um desafio que deve ser alimentado dia após dia em nossas lutas e militâncias para a efetivação de um mundo menos desigual, excludente e marginalizante.

Em Portugal, como dissemos, a política de Saúde Escolar passou por revisão e agora tem seu foco nas ações de saúde mental. Ao terminar a redação da tese e ter uma visão global do trabalho, surge um conjunto de questões que gostaríamos de compartilhar. Se as políticas de Promoção da Saúde e de Saúde Escolar caminharam quase que *pari passu* em Portugal e no Brasil, quando será que teremos uma revisão profunda da nossa política, uma vez que Portugal já a realizou? Se houver uma revisão no Brasil, ela será feita ouvindo e atendendo todos os setores envolvidos ou teremos mais uma vez políticas de gabinete sendo implementadas? Se existe a brecha para a revisão do nosso PSE, valeria aproveitar essa oportunidade para realizarmos um amplo e aprofundado debate.

Apontamos, então, que as contribuições deste trabalho se direcionam para: a) há a necessidade de continuar a investigar os complexos processos históricos sobre como as políticas públicas e políticas sociais são criadas coordenadas e efetivadas no nosso cotidiano. Além disso, como as políticas de cunho internacional nos afetam em relação as nossas próprias políticas, como vimos no caso do PSE e da Promoção da Saúde; b) a Psicologia e a Psicologia Escolar de orientação crítica continuem contribuindo para a construção de formas de enfrentamento às condições excludentes e medicalizantes no interior das políticas de educação escolar, prioritariamente, e dialogando intersetorialmente com os diferentes campos envolvidos na proposição de políticas públicas e sociais; c) nossa educação avance na direção de poder promover o mais alto grau do desenvolvimento humano para os estudantes e docentes complexos-concretos e não idealizados e, dialogue com demais setores como a saúde e a assistência social a fim de contribuir para a efetivação de uma sociedade mais justa e igualitária, enquanto não realizamos o sonho de um novo conceito de sociedade socialista; d) possamos dialogar e espriar a práxis que sustenta o referencial crítico em educação e saúde para que haja o verdadeiro desvelamento das condições contraditórias presentes no capitalismo e, com isso efetivar as transformações necessárias para a construção de consciências críticas; e) a garantia de direitos seja ampliada e que as vulnerabilidades e iniquidades sejam reduzidas o máximo viável.

7 - Referências

ABBAGNANO, N. **História da filosofia**. v.9. Lisboa: Editorial Presença, 2000, p.77-96.

ACANDA, J. L. **Sociedade civil e hegemonia**. Tradução de Lisa Stuart. Rio de Janeiro: Ed. da UFRJ, 2006.

_____. **Traducir a Gramsci**. La Habana: Editorial de Ciencias Sociales, 2007.

ALIAGA, L.; AMORIM, H.; MARCELINO, P. (Orgs.) **Marxismo**: teoria, história e política. São Paulo: Alameda, 2011.

ALMEIDA FILHO, N. **O que é saúde?** Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2011.

ALMEIDA FILHO, N.; ANDRADE, R.F.S. Holopatogênese: esboço de uma teoria geral da saúde - doença como base para a promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção de saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p.97-116.

ANDRÉ, M.E.D.A. Texto, contexto e significados: algumas questões na análise de dados qualitativos. **Cadernos de Pesquisa**. n.45, p.66-71, 1983.

_____. Etnografia da prática escolar. 2.ed. Campinas: Papirus, 1995.

ANTONIO, M.A.R.G.M.; MENDES, R.T. Saúde escolar e saúde do escolar. In: BOCCALETTO, E.M.A.; MENDES R.T., VILARTA R. (Orgs.). **Estratégias de promoção da saúde do escolar**: atividade física e alimentação saudável. 1.ed.Campinas: IPES Editorial, 2010, p. 7-14.

ANTUNES, M.A.M. Psicologia e educação no Brasil: um olhar histórico-crítico. In: MEIRA, M.E.M.; ANTUNES, M.A.M. (Orgs.) **Psicologia escolar**: teorias críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.139-168.

ANTUNES, M.A.M. A psicologia no Brasil no século XX: desenvolvimento científico e profissional. In: MASSIMI, M.; GUEDES, M.C. (Orgs.) **História da Psicologia no Brasil**: novos estudos. São Paulo: EDUC; Cortez, 2004. p.109-152

_____. **A psicologia no Brasil**: leitura histórica sobre sua constituição. 5.ed. São Paulo; Educ, 2007.

_____. Psicologia Escolar e Educacional: história, compromissos e perspectivas. **Psicol. Esc. Educ.** Campinas, v. 12, n. 2, 2008

_____. Políticas públicas em educação e saúde: das práticas higienistas à saúde escolar como prática social inclusiva. In: LIMA, E.M.M. et. al. (Orgs.) **Políticas públicas de educação-saúde**: reflexões, diálogos e práticas. 2.ed. Campinas: Editora Alínea, 2013.

AROUCA, A.S.S. **O dilema preventivista**: contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. Tese (Doutorado). Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.

ASBAHR, F.S.F.; SOUZA, M.P.R. Buscando compreender as políticas públicas em educação: contribuições da psicologia escolar e da psicologia histórico-cultural. In: MEIRA, M.E.M.; FACCI, M.G.D. (Orgs.) **Psicologia histórico-cultural**: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p.185-220.

AVELINO, G.; BROWN, D.S.; HUNTER, W.A. Democratização e gastos sociais na América Latina, 1980-1999. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p.207-243.

AYRES, J.R.C.M. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção de saúde**: conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p.117-146.

AZEVEDO, M.L.N. (Org.) **Políticas públicas e educação**: debates contemporâneos. Maringá: Eduem, 2008.

BARATA, R.B. **Como e por que as desigualdades sociais fazem mal à saúde**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009.

BARBOSA, D.R.; SOUZA, M.P.R. Psicologia Educacional ou Escolar? Eis a questão. **Psicologia Escolar e Educacional**. v.16, n.1, 2012, p.163-173.

BARRETO, J.B. **Compêndio de higiene**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1951.

BARROCO, S.M.S. **A educação especial do novo homem soviético e a Psicologia de L.S. Vigotski**: implicações e contribuições para a Psicologia e Educação atuais. Tese (doutorado). Faculdade de Ciências e Letras de Araraquara, Universidade Estadual Paulista, Araraquara, 2007.

BEATÓN, G.A. **Evaluación y diagnóstico em la educación y el desarrollo desde el enfoque histórico-cultural**. São Paulo: Laura Marisa C. Calejon, 2011.

_____. **Inteligência e educação**. São Paulo: Terceira Margem, 2006.

_____. La Psicología Educacional y el Sistema de Educación en Cuba. **Revista Semestral da Associação Brasileira de Psicologia Escolar e Educacional (ABRAPEE)**. São Paulo, v.13, n.1, p.155-164, jan/jun, 2009.

BECKER, H.S. Sobre metodologia. In: _____. **Métodos de pesquisa em ciências sociais**. São Paulo: Hucitec, 1999.

BERTOLDO, E.; MOREIRA, L.A.L.; JIMENEZ, S. (Orgs.) **Trabalho, educação e formação humana**: frente à necessidade histórica da revolução. São Paulo: Instituto Lukács, 2012.

BIANCHI, A. **Arqueomarxismo**: comentários sobre o pensamento socialista. São Paulo: Alameda, 2013.

BOARINI, M.L. (Org.) **Higiene mental**: ideias que atravessaram o século XX. Maringá: Eduem, 2012.

_____. (Org.) **Raça, higiene social e nação forte**: mitos de uma época. Maringá: Eduem, 2011.

_____. A higiene mental e o saber instituído. **Mnemosine**. v.3, n.1, p.3-17, 2007.

BOARINI, M.L.; YAMAMOTO, O.H. Higienismo e eugenia: discursos que não envelhecem. **Psicologia Revista**. v.13, n.1, p.59-72, 2004.

BOCCALETTO, E.M.A.; MENDES, R.T.; VILARTA, R. (Orgs.) **Estratégias de promoção da saúde do escolar**: atividade física e alimentação saudável. Campinas: IPES, 2010.

BOCK, A.M.B. **Aventuras do Barão de Münchhausen na psicologia**. São Paulo: Educ, 1999.

BOCK, A.M.B. et al. Sílvia Lane e o Projeto do “Compromisso Social da Psicologia”. **Psicologia & Sociedade**. n.19, p.46-56, 2007.

BOGDAN, R.; BICKLEN, S. **Investigação qualitativa em educação**. Portugal: Porto Editora, 1994.

BORGES, R.F. A intersectorialidade através do tempo. In BOARINI, M.L. (Org.) **Higiene mental**: ideias que atravessaram o século XX. Maringá: Eduem, 2012, p.227-251.

BOTTOMORE, T. **Dicionário do pensamento marxista**. Rio de Janeiro: Zahar, 1997.

BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, 1988.

BRASIL. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Políticas públicas para a Educação Básica – II**. Os programas do Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Brasília: FNDE, 2007.

_____. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. **Relatório de atividades 2001**. Brasília: FNDE, 2001.

BRASIL. Ministério da Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília: Ministério da Educação, 1996.

_____. Ministério da Saúde. **As cartas da promoção da saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.

_____. Ministério da Saúde. **A educação que produz saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.

_____. Ministério da Saúde. **Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a elaboração dos Projetos Locais**. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007**. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Brasília, 2007a. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 31 out. 2013.

_____. Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília: Ministério da Saúde, 2007b.

_____. Ministério da Educação. Saúde e educação. **Salto para o futuro**. Boletim 12. Brasília: Ministério da Educação, ago. 2008a.

_____. Ministério da Saúde. Programa Saúde na Escola. **Revista brasileira saúde da família**. n.20, Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

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

_____. Ministério da Saúde. **Passo a passo Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

_____. Ministério da Saúde. **PNAB - Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde. **Material de apoio para as ações do PSE**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola 2013: manual instrutivo**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

_____. **Portaria Interministerial N.1413, de 10 de julho de 2013**. Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações. Brasília, 2013c. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/saudelegis/gm/2013/pri1413_10_07_2013.html>. Acesso em: 31 out. 2013.

BUSS, P.M. Uma introdução ao conceito de promoção da saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p.15-38.

CAMPOS, C.E.A. As origens da rede de serviços de atenção básica no Brasil: o Sistema Distrital de Administração Sanitária. **História, Ciências, Saúde**. Rio de Janeiro, v.14, n.3, p.877-906, jul.-set. 2007.

CAMPOS, H.C. (Org.) **Formação em psicologia escolar: realidades e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2007.

CAMPOS, H.R. et al. Violência na escola: o psicólogo escolar na fronteira da política educacional. In: MARTÍNEZ, A.M. (Org.) **Psicologia escolar e**

compromisso social: novos discursos, novas práticas. 2.ed. Campinas: Editora Alínea, 2007. p.31-46.

CAPELLA, A.C.N. Perspectivas teóricas sobre o processo de formulação de políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p.87-122.

CAPONI, S. A saúde como abertura ao risco. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção de saúde:** conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p.55-78.

CARVALHO, D.B.; SANTANA, J.M. a escola promotora de saúde: o estado da arte e o mental na saúde. In: VI Encontro de Pesquisa em Educação da UFPI, 2010, Teresina. **Anais...** Teresina: UFPI, 2010. Disponível em: <http://www.ufpi.br/subsiteFiles/ppged/arquivos/files/VI.encontro.2010/GT.10/GT_10_02_2010.pdf>. Acesso em: 25 fev. 2014.

CARVALHO, S.R.; MARTINS, L.M. A sociedade capitalista e a inclusão/exclusão. In: FACCI, M.G.D.; MEIRA, M.E.M.; TULESKI, S.C. **A exclusão dos incluídos:** uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos. Maringá: Eduem, 2011. p.17-35.

CASTEL, R. Da indignância à exclusão, a desfiliação: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, A. **Saúde e Loucura**, v.4. São Paulo: Hucitec, 1993. p.21-48.

CASTIEL, L.D. Dédalo e os Dédalos: identidade cultural, subjetividade e os riscos à saúde. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção de saúde:** conceitos, reflexões, tendência. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p.79-96.

CHAVES, V.L.J. Educação pública, gratuita e de qualidade na perspectiva do trabalho. Em BERTOLDO, E.; MOREIRA, L.A.L.; JIMENEZ, S. (Orgs.) **Trabalho, Educação e Formação Humana frente à necessidade histórica da revolução**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012, p.201-221.

CHECCHIA, A.K.A. **Adolescência e escolarização:** numa perspectiva em Psicologia Escolar. Campinas: Alínea, 2010.

CHECCHIA, A.K.A.; SOUZA, M.P.R. Queixa escolar e atuação profissional; apontamentos para a formação de psicólogos. In: MEIRA, M.E.M.; ANTUNES, M.A.M. (Orgs.) **Psicologia escolar:** teorias críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.106-136.

COLLARES, C.A.L. Programa de merenda escolar. In: **Cadernos CEDES**. n.15, São Paulo: Cortez, 1985. p.48-54.

COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A. Educação ou saúde? Educação x saúde? Educação e saúde! In: **Cadernos CEDES**. n.15, São Paulo: Cortez, 1985. p.7-16.

_____. O renascimento da saúde escolar legitimando a ampliação do mercado de trabalho na escola. In: **Cadernos CEDES**. n.28. Campinas: Papyrus, 1992. p.23-30.

_____. **Preconceitos no cotidiano escolar**. Ensino e Medicalização. São Paulo: Cortez-FE/FCM UNICAMP, 1996.

COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (Orgs.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013.

CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **Psicólogo brasileiro: construção de novos espaços**. Campinas: Alínea, 2005.

_____. **Referências técnicas para a atuação de psicólogas(os) na educação básica**. Brasília: CFP, 2013.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE QUEIXA ESCOLAR (Orgs). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011.

CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO. **Orientação sobre as atribuições do psicólogo no contexto escolar e educacional**. Conselho Regional de Psicologia SP: 2010. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/portal/midia/fiquedeolho_ver.aspx?id=72>. Acesso em: 26 set 2010.

COSTA, J.F. **Ordem médica e norma familiar**. 3. ed. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1989.

COSTA, N.R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. In: **Cadernos CEDES**. n.4, Campinas: Cortez, 1981, p.5-27.

COUTINHO, C.N. (Org.) **O leitor e Gramsci**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2011.

CRUCES, A.V.V.; MALUF, M.R. Psicólogos recém-formados: oportunidades de trabalho e atuação na área educacional. In: CAMPOS, H.C. (Org.) **Formação em psicologia escolar: realidades e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2007. p.163-210.

CZERESNIA, D. O conceito de saúde e a diferença entre prevenção e promoção. In: CZERESNIA, D. (Org.) **Promoção de saúde: conceitos, reflexões, tendência**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2013, p.39-54.

DENZIN, NK, LINCOLN, Y.G. A disciplina e a prática da pesquisa qualitativa. In: _____ **Planejamento da pesquisa qualitativa: teorias e abordagens**. Porto Alegre: Artmed, 2006.

DRAIBE, S.M. Estado de bem-estar, desenvolvimento econômico e cidadania: algumas lições da literatura contemporânea. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

DUARTE, N. **Educação escolar, teoria do cotidiano e a escola de Vigotski**. 2.ed. Campinas: Autores Associados, 1999.

_____. A anatomia do homem é a chave da anatomia do macaco: A dialética em Vigotski e em Marx e a questão do saber objetivo na educação escolar. **Educação & Sociedade**, n. 71, Jul., 2000.

_____. **A individualidade para si**. 3ª. Ed. Campinas: Autores Associados, 2013.

DUARTE, N. et al. A Pedagogia Histórico-Crítica e o Marxismo: equívocos de (mais) uma crítica à obra de Dermeval Saviani. **Revista HISTEDBR**. Número especial, p.38-57, 2011.

EIDT, N.M.; CAMBAÚVA, L.G. Capitalismo, pós-modernidade, neoliberalismo e a subjetividade fragmentada. In: FACCI, M.G.D.; MEIRA, M.E.M.; TULESKI, S.C. **A exclusão dos incluídos: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos**. Maringá: Eduem, 2011. p.36-60.

ENGELS, F. **Anti-Dühring**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

_____. **A Origem da Família, da Propriedade Privada e do Estado**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 9 ed., 1984.

_____. **Carta para Joseph Bloch**. Arquivo Marxista na Internet: 2009. Disponível em: <<http://www.marxists.org/portugues/marx/1890/09/22.htm>>. Acesso em: 26 abr. 2014.

ENNES, L.L. **Trabalho e serviço social: o trabalho do assistente social na Previdência Social brasileira no contexto da contra-reforma do Estado**. Dissertação (Mestrado em Serviço Social). Universidade Federal de Juiz de Fora, Juiz de Fora, 2012.

FACCI, M.G.D. Professora, é verdade que ler e escrever é uma coisa fácil?: reflexões em torno do processo ensino-aprendizagem na perspectiva Vigotskiana. In: MEIRA, M.E.M.; FACCI, M.G.D. (Orgs.) **Psicologia histórico-cultural: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p.135-155.

FACCI, M.G.D.; MEIRA, M.E.M.; TULESKI, S.C. **A exclusão dos incluídos: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos**. Maringá: Eduem, 2011.

FACCI, M.G.D.; SILVA, S.M.C.; RIBEIRO, M.J.L. Medicalização na escola e fracasso escolar: novamente a culpa é do aluno? Em FACCI, M.G.D.; MEIRA, M.E.M.; TULESKI, S.C. (Orgs.) **A Exclusão dos Incluídos: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos**. Maringá: Eduem, 2012, p.157-186.

FAUSTO, B. **História do Brasil**. 14.ed. São Paulo: Editora da Universidade de São Paulo, 2013.

FERRIANI, M.G.C. et al. Histórico da Saúde Escolar: visão global dos serviços de saúde escolar no país. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.1, n.3/4, p.43-50, 1990.

_____. Orientação postural aos escolares em escolas da rede pública do ensino de 1º e 1º graus, no município de Ribeirão Preto / SP. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.4, n.1/2, p. 51-54, 1996.

FIGUEIREDO, T.A.M.; MACHADO, V.L.T.; ABREU, M.M.S. A saúde na escola; um breve resgate histórico. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.2, p.397-402, 2010.

FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

FONTENELLE, J.P. **Compêndio de higiene**. Rio de Janeiro: Editora Guanabara, 1940.

FREITAS, M.F.Q. Inserção na comunidade e análise de necessidades: reflexões sobre a prática do psicólogo. **Psicol. Reflex. Crit.** Porto Alegre, v.11, n.1, 1998. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-79721998000100011&lng=pt&nrm=iso>. Acesso em: 12 abr. 2012.

GALDINI, V.; AGUIAR, W. M. J. A. Intervenção junto a professores da rede pública: potencializando a produção de novos sentidos. In MEIRA, M.E.M.; ANTUNES, M.A.M. (orgs.) **Psicologia escolar: práticas críticas**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003.

GARCIA, R.L. No cotidiano da escola: pistas para o novo. In: **Cadernos CEDES**. n.28. Campinas: Papyrus, 1992. p.49-62.

GHIRALDELLI JUNIOR, P. (Org.) **Infância, educação e neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1996.

_____. Pedagogia e infância em tempo neoliberais. In: ____ (Org.) **Infância, educação e neoliberalismo**. São Paulo: Cortez, 1996. p.11-41.

GIACOMOZZI, A.I. et al. Levantamento sobre uso de álcool e outras drogas e vulnerabilidades relacionadas de estudantes de escolas públicas participantes do programa saúde do escolar/saúde e prevenção nas escolas no município de Florianópolis. **Saúde Soc.** São Paulo, v.21, n.3, p.612-622, 2012.

GÓIS JUNIOR, E. Movimento higienista na história da via privada no Brasil: do homogêneo ao heterogêneo. **Rev. Cient.** v.1, p.47-52, s/d.

GÓIS JUNIOR, E.; LOVISOLO, H.R. Descontinuidades e continuidades do movimento higienista no Brasil do século XX. **Rev. Bras. Cienc. Esporte**, Campinas, v. 25, n. 1, p. 41-54, set. 2003.

GOMES, L.C. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro.**

Dissertação (Mestrado em Ciências na Área da Saúde Pública). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, 2012.

GOMES, V.C. O ajuste das políticas educacionais às determinações do capital em crise: considerações iniciais sobre os rumos na América Latina. Em BERTOLDO, E.; MOREIRA, L.A.L.; JIMENEZ, S. (Orgs.) **Trabalho, Educação e Formação Humana frente à necessidade histórica da revolução**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012, p;187-198.

GONÇALVES FILHO, J.M. Problemas de método em psicologia social: algumas notas sobre a humilhação política e o pesquisador participante. In: BOCK, A.M.B. (org.). **Psicologia e compromisso social**. São Paulo: Cortez, 2003.

GONZÁLEZ REY, F. **Pesquisa qualitativa e subjetividade: os processos de construção da informação**. São Paulo: Pioneira Thomson Learning, 2005.

GOOLDMANN, L. **Dialética e cultura**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1989.

GOUVÊA, L.A.V.N. Educação para a saúde na legislação educacional no Brasil. In: Seminário Nacional Estado e Políticas Sociais no Brasil, 2003, Cascavel. **Anais...** Cascavel, 2003, UNIOESTE. Disponível em: < <http://cac.php.unioeste.br/projetos/gpps/midia/seminario1/trabalhos/Saude/eixo1/73LedaVNabucodeGouvea.pdf>> Acesso em: 18 mar. 2014.

GRAMSCI, A. **Maquiavel, a política e o Estado moderno**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 1968.

_____. **Concepção dialética da história**. 3.ed. Rio de Janeiro: Civilização Brasileiro, 1978.

GUEDES, D.P.; GUEDES, J.E.R.P. Implementação de programas de educação física escolar direcionados à promoção de saúde. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.3, n.1-4, p. 67-75, 1994.

GUYAU, M. **Educação e hereditariedade**. Lisboa: Francisco Luiz Gonçalves, 1910.

GUZZO, R. Psicologia, educação e políticas públicas. Em CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas – Subjetividade, cidadania e políticas públicas**. Brasília: CFP, 2011, p.143-149.

HARADA, J. et al. A universidade e a iniciativa escolas promotoras de saúde: relato de experiência em Embu, SP. In: 2º Congresso Brasileiro de Extensão Universitária, 2004, Belo Horizonte. **Anais...** Belo Horizonte: 2004, UFMG. Disponível em: <<https://www.ufmg.br/congrent/Saude/Saude9.pdf>>. Acesso em: 11 mar. 2014.

HOBBSAWN, E. **Sobre história**. São Paulo: Companhia das Letras, 2013.

HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007.

HÖFLING, E. de M. Estado e Políticas (Públicas) Sociais. In: **Caderno Cedes**, ano XXI, n. 55, novembro/2001.

IASI, M. L. **Processo de consciência**. São Paulo: CPV, 1999.

_____. **As metamorfoses da consciência de classe: o PT entre a negação e o consentimento**. 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2012.

INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA. **Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar**. Rio de Janeiro: IBGE, 2009.

JUNQUEIRA, L.A.P. Novas formas de gestão na saúde: descentralização e intersectorialidade. **Saúde e sociedade**. v.6, n.2, p.31-46, 1997.

KOSIK, K. **Dialética do concreto**. 4.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1976.

KOWARICK, L. Viver em risco: sobre a vulnerabilidade no Brasil urbano. **Novos Estudos**. São Paulo, n.63, p.9-30, 2002.

LACERDA, C.S.; BOSTON, C. Reflexões e práticas para uma educação escolar integral: sobre o projeto político-pedagógico de Guarulhos. In: LIMA, E.M.M. et. al. (Orgs.) **Políticas públicas de educação-saúde: reflexões, diálogos e práticas**. 2.ed. Campinas: Editora Alínea, 2013. p.61-70.

LAURELL, A.C. A saúde-doença como processo social. In: NUNES, E. (Org.) **Medicina social: aspectos históricos e teóricos**. São Paulo: Global, 1982.

LESSA, S. **Capital e estado de bem-estar: o caráter de classe das políticas públicas**. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

LIMA, E.M.M. et. al. (Orgs.) **Políticas públicas de educação-saúde: reflexões, diálogos e práticas**. 2.ed. Campinas: Editora Alínea, 2013.

LIMA, G.Z. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.

_____. Saúde escolar – perspectivas de desenvolvimento. In: **Cadernos CEDES**. n.15, São Paulo: Cortez, 1985. p.55-61.

LIMA, G.Z.; TURINI, B. Exame médico periódico para Educação Física: vale a pena? In: **Cadernos CEDES**. n.15, São Paulo: Cortez, 1985. p.62-70.

LIMA, N.T. O Brasil e a Organização Pan-Americana da Saúde: uma história em três dimensões. In: FINKELMAN, J. (Org.) **Caminhos da saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2002.

LOBO, E. A pesquisa e a metodologia da educação para a saúde. In: **Cadernos CEDES**. n.4, Campinas: Cortez, 1981, p.54-61.

LOMÔNACO, A.S.F. Concepções de saúde e cotidiano escolar: o viés do saber e da prática. In: 27ª Reunião Anual da ANPEd, 2004, Caxambu. **Anais...** Caxambu: 2004. Disponível em: < <http://27reuniao.anped.org.br/gt06/t063.pdf> > Acesso em 21 mar. 2014.

LÖWY, M. **A teoria da revolução no jovem Marx**. São Paulo: Boitempo, 2012.

- _____. **Método dialético e teoria política.** Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- MACHADO, A.M. Crianças de Classe Especial: efeitos do encontro entre saúde e educação. 4.ed. São Paulo: Casa do Psicólogo, 1994.
- _____. Os psicólogos trabalhando com a escola: intervenção a serviço de quê? In: MEIRA, M.E.M.; ANTUNES, M.A.M. (Orgs.) **Psicologia escolar: práticas críticas.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.63-85.
- MACHADO, A.M.; SOUZA, M.P.R. (Orgs.) **Psicologia Escolar: em busca de novos rumos.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.
- MANACORDA, M.A. **História de educação: da antiguidade aos nossos dias.** 13.ed. São Paulo: Cortez, 2010.
- _____. **O princípio educativo em Gramsci: americanismo e conformismo.** Campinas: Alínea, 2012.
- MARRACH, S.A. Neoliberalismo e educação. In: GHIRALDELLI JUNIOR, P. (Org.) **Infância, educação e neoliberalismo.** São Paulo: Cortez, 1996. p.42-56.
- MARTINS, L.M. **O desenvolvimento do psiquismo e a educação escolar: contribuições à luz da psicologia histórico cultural e da pedagogia histórico-crítica.** Tese (Livre-Docência - Departamento de Psicologia) Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Bauru, 2011.
- _____. O ensino e o desenvolvimento da criança de zero a três anos. Em ARCE, A.; MARTINS, L.M. (Orgs.) **Ensinando aos pequenos de zero a três anos.** Campinas, Alínea, 2012, p.93-121.
- MARTÍN-BARÓ, I. **Psicología de la liberación.** Madrid: Trotta, 1998.
- MARTÍNEZ, A.M. (Org.) **Psicologia escolar e compromisso social: novos discursos, novas práticas.** 2.ed. Campinas: Editora Alínea, 2007.
- _____. O psicólogo escolar e os processos de implantação de políticas públicas. In: CAMPOS, H.C. (Org.) **Formação em psicologia escolar: realidades e perspectivas.** Campinas: Alínea, 2007. p.109-133.
- MARTINS, J.S. **A sociabilidade do homem simples: cotidiano e história na modernidade anônima.** 3.ed. São Paulo: Contexto, 2012.
- MARTINS, L.M. As aparências enganam: divergências entre o materialismo histórico dialético e as abordagens qualitativas de pesquisa. In: I Encontro Brasileiro de Educação e Marxismo, 2005, Bauru. **Anais...** Bauru: 2005, UNESP. Disponível em: <<http://www2.fc.unesp.br/neppem/siteantigo/anais.pdf>>. Acesso em: 26 mar. 2014.
- MARX, K. **Crítica da filosofia do direito de Hegel.** São Paulo: Boitempo, 2005.
- _____. **Sobre o suicídio.** São Paulo: Boitempo, 2006.

_____. **O 18 de Brumário de Luís Bonaparte.** São Paulo: Martin Claret, 2007.

_____. **Contribuição à crítica da economia política.** 2.ed. São Paulo: Expressão Popular, 2008.

_____. **Manuscritos econômicos-filosóficos.** São Paulo: Boitempo, 2010.

_____. **O Capital:** crítica da economia política. Livro I. São Paulo: Boitempo, 2013.

MARX, K.; ENGELS, F. **A ideologia alemã.** São Paulo: Boitempo, 2007.

_____. **A sagrada família.** São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. Elementos Fundantes de uma Concepção Materialista da História. In: PAULO NETTO, J. (Org.) **O leitor de Marx.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012. p.133-160.

_____. **Manifesto do Partido Comunista.** Porto Alegre: L&PM, 2011.

MASSIMI, M.; GUEDES, M.C. (Orgs.) **História da Psicologia no Brasil:** novos estudos. São Paulo: EDUC; Cortez, 2004.

MEDICI, R. Gramsci e o estado: para uma releitura do problema. **Rev. Sociol. Polít.,** Curitiba, n.29, p.31-43, nov. 2007.

MEIRA, M.E.M. Incluir para continuar excluindo: a produção da exclusão na educação brasileira à luz da psicologia histórico-cultural. In: FACCI, M.G.D.; MEIRA, M.E.M.; TULESKI, S.C. **A exclusão dos incluídos:** uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos. Maringá: Eduem, 2011. p.92-132.

_____. Construindo uma concepção crítica de psicologia escolar: contribuições da pedagogia histórico-crítica e da psicologia sócio-histórica. In: MEIRA, M.E.M.; ANTUNES, M.A.M. (Orgs.) **Psicologia escolar:** teorias críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.13-77.

_____. Psicologia histórico-cultural: fundamentos, pressupostos e articulações com a psicologia da educação. In: MEIRA, M.E.M.; FACCI, M.G.D. (Orgs.) **Psicologia histórico-cultural:** contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p.27-62.

MEIRA, M.E.M.; ANTUNES, M.A.M. (Orgs.) **Psicologia escolar:** práticas críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003a.

_____. (Orgs.) **Psicologia escolar:** teorias críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003b.

MEIRA, M.E.M.; FACCI, M.G.D. (Orgs.) **Psicologia histórico-cultural:** contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007.

MELO, J.A.C. Educação sanitária: uma visão crítica. In: **Cadernos CEDES**. n.4, Campinas: Cortez, 1981, p.28-43.

MENICUCCI, T. A implementação da Reforma Sanitária: a formação de uma política. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2012. p.303-325.

MERHY, E. Saúde e movimento popular: o relato de uma experiência. In: **Cadernos CEDES**. n.4, Campinas: Cortez, 1981, p.44-53.

MÉSZÁROS, I. **Estrutura social e formas de consciência**: a determinação social do método. São Paulo: Boitempo, 2009.

_____. **Estrutura social e formas de consciência II**: a dialética da estrutura e da história. São Paulo: Boitempo, 2011.

_____. **O século XXI**: socialismo ou barbárie? São Paulo: Boitempo, 2012.

MOHR, A.; SCHALL, V.T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cad. Saúde Públ.**, Rio de Janeiro, v.8, n.2, p.199-203, abr/jun, 1992.

MONTEIRO, P.H.N.; BIZZO, N. A saúde no currículo dos anos iniciais do Ensino Fundamental: análise dos documentos de referência. In: VIII Encontro Nacional de Pesquisa, 2011, Campinas. **Anais...** Campinas: 2008, UNICAMP. Disponível em: < <http://www.nutes.ufrj.br/abrapec/viiienpec/resumos/R0313-1.pdf>>. Acesso em 18 mar. 2014.

MORAIS, M.L.S.; CCARVALHO, E.E.; MINTO, E.E.W. Caracterização da região e princípios básicos. In: SOUZA, B.P.; MORAIS, M.L.S. (Orgs.) **Saúde e educação: muito prazer!**: novos rumos no atendimento a queixa escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000, p.33-50.

MOREIRA, L.A.L.; MACENO, T.E. Educação, reprodução social e crise estrutural do capital. Em BERTOLDO, E.; MOREIRA, L.A.L.; JIMENEZ, S. (Orgs.) **Trabalho, Educação e Formação Humana frente à necessidade histórica da revolução**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012, p.174-186.

MOURA, J.B.V.S. et al. Perspectiva da epistemologia histórica e a escola promotora de saúde. **História, Ciências, Saúde**. Manguinhos, v.14, n.2, p.489-501, abr.-jun. 2007.

MOYSÉS, M.A.A. **A institucionalização invisível**: crianças que não aprendem-na-escola. Campinas: Mercado das Letras, 2001.

_____. Carências nutricionais. In: **Cadernos CEDES**. n.15, São Paulo: Cortez, 1985. p.44-47.

MOYSÉS, M.A.A.; COLLARES, C.A.L. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. In: **Cadernos CEDES**. n.28. Campinas: Papyrus, 1992. p.31-48.

MOYSÉS, S.M.A. Por entre a invisibilidade dos muros das dificuldades de leitura e escrita. In: **Cadernos CEDES**. n.28. Campinas: Papyrus, 1992. p.63-68.

NOVACK, G. **Introdução à lógica marxista**. São Paulo: Editora Instituto José Luis e Rosa Sundermann, 2005.

NOVAES, H.M.D.; ZUCCOLOTTO, S.M.C. A saúde do escolar. In: **Cadernos CEDES**. n.15, São Paulo: Cortez, 1985. p.17-29.

NUNES, R.S. Medicalização da educação e racismo da inteligência. In: COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (Orgs.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013. p.259-270.

OCARIZ, D.R.; PEREIRA, I.M.T.B. Conhecimentos e práticas dos alunos do 4º ano da Faculdade Adventista de Enfermagem, sobre manutenção da saúde. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.3, n.1-4, p.57-66, 1994.

OLIVEIRA, D.A.; GUEDES, H.H.S. Quando a educação alia-se à saúde: o desenvolvimento da estratégia de educação em saúde nas ações do núcleo de atendimento especializado à criança escolar – neace/leste. **Libertas**, Juiz de Fora, v.8, n.1, p. 110-138, jan/jun , 2008.

OLIVEIRA, F.; SOUZA, M.P.R. O que os projetos de lei sobre Dislexia e Transtorno de Déficit de Atenção e Hiperatividade: contribuições da psicologia escolar. In: COLLARES, C.A.L.; MOYSÉS, M.A.A.; RIBEIRO, M.C.F. (Orgs.) **Novas capturas, antigos diagnósticos na era dos transtornos**. Campinas: Mercado de Letras, 2013. p.203-219.

OLIVEIRA, M.C.M.; GODOY, M.N. Saberes e práticas educativas de saúde infantil nas iniciativas públicas e privadas no século XX. In: VIII JORNADA DO HISTEDBR, 2008, São Carlos. **Anais...** São Carlos: 2008, UFSCAR. Disponível em: http://www.histedbr.fae.unicamp.br/acer_histedbr/jornada/jornada8/trabalhos.html. Acesso em: 28 fev. 2014.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Relatório mundial de saúde 2008: atenção primária agora mais que nunca**. Genebra, Suíça: Organização Mundial de Saúde, 2008.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE. **Escolas promotoras de saúde** - fortalecimento da iniciativa regional: estratégias e linhas de ação 2003-2012. Washington, D.C: OPAS, 2006.

ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD; INSTITUTO DE NUTRICIÓN DE CENTRO AMÉRICA Y PANAMÁ. **Escuelas promotoras de la salud: la experiencia centroamericana**. Washington, D.C.: OPS, 2002.

PAIM, J.S. **Reforma Sanitária brasileira: contribuições para a compreensão crítica**. Salvador: EDUFBA; Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2008.

PATTO, M.H.S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: T.A. Queiroz, 1996.

_____. Estado, ciência e política na Primeira República: a desqualificação dos pobres. **Estudos Avançados**. v.13, n.35, p.167-198, 1999.

_____. **Exercícios de indignação**: escritos de educação e psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

_____. Para escrever uma história da psicologia: contribuição a partir de uma experiência. In: Seminário de Historiografia da Psicologia, 2000, São Paulo. **Anais...** São Paulo: 2000, USP, p.81-96.

_____. **Psicologia e ideologia**: uma introdução crítica à psicologia escolar. São Paulo: T.A. Queiroz, 1984.

_____. O conceito de cotidianidade em Agnes Heller e a pesquisa em educação. **Perspectivas**. São Paulo, n16, p.119-141, 1993.

PAULO NETTO, J. **Introdução ao estudo do método de Marx**. São Paulo: Expressão Popular, 2011.

_____. (Org.) **O leitor de Marx**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2012.

PEIXOTO, A. **Higiene**. 5.ed. v.1. s/l, s/d.

PENTEADO, R.Z.; CHUN, R.Y.S.; SILVA, R.C. Do Higienismo às ações promotoras de saúde: a trajetória em saúde vocal. **Distúrbios da Comunicação**. São Paulo, n.17, v.1, p.9-17, abr. 2005.

PILON, A.F. Educação, saúde e vivência. In: REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE ESCOLAR. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.1, n.1, p.27-34, 1990a.

PIMENTEL, A. O método da análise documental: seu uso numa pesquisa historiográfica. **Cadernos de Pesquisa**, n.114, p.179-195, nov., 2001.

PINSKY, C.B. (Org.) **Fontes históricas**. 3.ed. São Paulo: Contexto, 2011.

PINTO, A.V. **Ciência e existência**: problemas filosóficos da pesquisa científica. 3.ed. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1985.

PORTELLI, H. **Gramsci e o bloco histórico**. Tradução de Angelina Peralva. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 2002.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Programa nacional de saúde escolar**. Lisboa: Ministério da Saúde, 2006.

POSSIDÔNIO, S.K.; FACCI, M.G.D. A Influência da Classe Especial na Constituição da Subjetividade dos Alunos: uma análise a partir da Psicologia Histórico Cultural. Em FACCI, M.G.D.; MEIRA, M.E.M.; TULESKI, S.C. (Orgs.) **A Exclusão dos Incluídos**: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos. Maringá: Eduem, 2012, p.249-275.

PROGRAMA DE INTERVENÇÃO SAÚDE ESCOLAR. **Projecto de intervenção de saúde escolar na Escola Secundária José Cardoso Pires**. s/l, 2009.

RAMOS, B.M.O.; LOCH, J.A. (Coord.) **Manual de saúde escolar II**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 1994.

RAMOS, S.B.; PEREIRA, I.M.T.B. A saúde do escolar no novo modelo de atenção à saúde: uma visão educativa. In: REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE ESCOLAR. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.1, n.2, p.9-11, 1990b.

RED IBEROAMERICANA DE PROMOCIÓN DE SALUD ESCOLAR. **Promoción de salud escolar en Iberoamérica: experiências**. Sevilla: RIPSE, 2012.

REVISTA BRASILEIRA DE SAÚDE ESCOLAR. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.1, n.1, 1990a.

_____. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.1, n.2, 1990b.

_____. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.1, n.3/4, 1990c.

_____. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.2, n.1, 1992a.

_____. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.2, n.2, 1992b.

_____. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.2, n.3/4, 1992c.

_____. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.3, n.1-4, 1994.

_____. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.4, n.1/2, 1996a.

_____. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.4, n.3/4, 1996b.

RIGON, A.J.; ASBAHR, F. da S.F.; MORETTI, V.D. Sobre o processo de humanização. In: MOURA, M.O. **A atividade pedagógica na teoria Histórico-Cultural**. Brasília: Liber Livro, 2010.

ROCHA, H.H.; GONDRA, J.G. A escola e a produção de sujeitos higienizados. **Perspectiva**. Florianópolis, v.20, n.2, p.493-512, jul./dez. 2002.

ROCHA, H.H.P. Educação escolar e higienização da infância. **Cad. Cedes**, Campinas, v.23, n.59, p.39-56, abr. 2003.

ROCHA, M.L. Educação em tempos de tédio: um desafio à micropolítica. In: TANAMACHI, E.R.T.; PROENÇA, M.; ROCHA, L.R. (Orgs.) **Psicologia e educação: desafios teórico-práticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p.185-207.

ROCKWELL, E. **La experiência etnográfica: historia y cultura en los procesos educativos**. Buenos Aires: Paidós, 2009.

ROSEN, G. **Da política médica à medicina social: ensaios da história sobre a assistência médica**. Rio de Janeiro: Edições Graal, 1979.

_____. **Uma história da saúde pública**. São Paulo: Hucitec, 1994.

ROUANET, S.P. O olhar iluminista. In: NOVAES, A. et al. **O olhar**. São Paulo: Companhia das Letras, 1988.

SALLES, A. **Educação e saúde:** higiene escolar. Rio de Janeiro: Livraria Freitas Bastos, 1970.

SAMPAIO, S.M.R. A educação e a educação do psicólogo: ideias e práticas de pesquisa-ação-formação. In: CAMPOS, H.C. (Org.) **Formação em psicologia escolar:** realidades e perspectivas. Campinas: Alínea, 2007. p.89-106.

SANTIAGO, L.M. et al. Implantação do Programa Saúde na Escola em Fortaleza-CE: atuação de equipe da Estratégia Saúde da Família. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.65, n.6, p.1026-1029, nov/dez, 2012.

SANTINI, M.A.; FROTA-PESSOA, O. **Puericultura:** saúde do pré-escolar. São Paulo: Manole, 1985.

SANTOS K.F., BÓGUS, C.M. A percepção de educadores sobre a escola promotora de saúde: um estudo de caso. **Ver. Bras. Crescimento Desenvol. Hum.** v.17, n.3, p.123-133, 2007.

SANTOS, F.A. Por uma concepção materialista de política educacional: contribuições de Antonio Gramsci. **Práxis Educativa**, Ponta Grossa, v. 9, n. 2, p.443-460, jul./dez. 2014.

SAVIANI, D. **Pedagogia histórico crítica:** primeiras aproximações. São Paulo: Autores Associados, 1994.

_____. A política educacional no Brasil. In: STEPHANOU, M.; BASTOS, M.H.C. (Orgs.) **Histórias e memórias da educação no Brasil, vol. III:** século XX. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2011a. p.29-38.

_____. **Escola e democracia.** 37.ed. Campinas: Autores Associados, 2005.

_____. **Políticas e educação no Brasil:** o papel do Congresso Nacional na legislação do ensino. 6.ed. Campinas: Autores Associados, 2006.

_____. **História das ideias pedagógicas no Brasil.** 3.ed. São Paulo: Autores Associados, 2011b.

_____. Debate sobre as relações entre educação, formação humana e ontologia a partir do método dialético. **Perspectiva**, v. 31, n. 1, p.185-209, 2013.

SCHLESENER, A.H. **A escola de Leonardo:** política e educação nos escritos de Gramsci. Brasília: Líber Livro, 2009.

SCHMIDT, M.L.S.; ZANDONÁ, L.B.; MACHADO, A.M. Políticas públicas de saúde para o enfrentamento das dificuldades escolares: história e memória da saúde escolar na cidade de São Paulo. In: 21º Simpósio Internacional de Iniciação Científica da USP, 2013, São Paulo. **Anais...** São Paulo: 2013, USP. Disponível em: <<https://uspdigital.usp.br/siicusp/cdOnlineTrabalhoVisualizarResumo?numeroInscricaoTrabalho=2721&numeroEdicao=21>>. Acesso em: 18 mar. 2014.

SCHULTZ, D.P.; SCHULTZ, S.E. **História da psicologia moderna.** 10.ed. São Paulo: Cultrix, 1981.

SILVA, C.S. **O fracasso da(o) escola(r)**: questão de ótica; rompendo o ciclo fechado de educação e saúde com a anamnese. Dissertação (Mestrado). Faculdade de Medicina, Universidade Federal Fluminense. Niterói, 1991.

SILVA, L.L.C. A Saúde Escolar em Campo Grande/MS: seu discurso, suas promessas. Tese (Doutorado). Faculdade de Educação. Universidade Estadual de Campinas. Campinas, 1999.

SILVA, R.D. **Mais do que educar...** ações promotoras de saúde e ambientes educacionais saudáveis na percepção Do professor da escola pública. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2009.

SILVA, R.I.M.; BARROCO, S.M.S. Psicologia, ideologia e políticas públicas para educação: reflexões necessárias. Em: ZIBETTI, M.L.T.; SOUZA, M.P.R.; BARROCO, S.M.S. **Psicologia, políticas educacionais e escolarização**. Florianópolis: Pandion, 2015, p.21-42.

SILVA JÚNIOR, C.A. **A escola pública como local de trabalho**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 1990.

SOARES, V.A.B.S. **Análise do binômio saúde – adoecimento de professores e alunos**. Dissertação (Mestrado em Educação Escolar). Universidade Estadual Paulista Júlio de Mesquita Filho, Araraquara, 2015.

SOCIEDADE BRASILEIRA DE PEDIATRIA. **Cadernos de Escolas Promotoras de Saúde – I**. Rio de Janeiro: Sociedade Brasileira de Pediatria, 2005.

SOCIEDADE DE PEDIATRIA DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO. **Manual de saúde escolar da SOPERJ 2009**. Rio de Janeiro: SOPERJ, 2009.

SOCIEDADE PORTUGUESA PARA O ESTUDO DA SAÚDE ESCOLAR. **Candidatura aos prêmios Hospital do Futuro**. s/d, s/l. Disponível em: <<https://www.yumpu.com/pt/document/view/12933227/sociedade-portuguesa-para-o-estudo-da-saude-escolar-groupvision/3>>. Acesso em: 17 jul. 2013.

SOUZA, B.P.; MORAIS, M.L.S. (Orgs.) **Saúde e educação: muito prazer!**: novos rumos no atendimento a queixa escolar. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

SOUZA, C. Estado da arte da pesquisa em políticas públicas. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p.65-86.

SOUZA, J.C.F. História da ABRASE - Associação Brasileira de Saúde Escolar. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.1, n.3/4, 1990.

SOUZA, M.L.; BOARINI, M.L. A deficiência mental na concepção da liga brasileira de higiene mental. **Ver. Bras. Ed. Esp.** v.14, n.2, p.273-292, mai-ago, 2008.

SOUZA, M.P.R. A Psicologia no imaginário da escola. Em ALVES, M.L. (Coord.) **Cultura e saúde na escola**. São Paulo: Fundação para o Desenvolvimento da Educação, 1994, p.35-39.

_____. A queixa escolar na formação e psicólogos: desafios e perspectivas. In: TANAMACHI, E.R.T.; PROENÇA, M.; ROCHA, L.R. (Orgs.) **Psicologia e educação: desafios teórico-práticos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000. p.105-141.

_____. Reflexões a respeito da atuação do psicólogo no campo da psicologia escolar/educacional em uma perspectiva crítica. In: CAMPOS, H.C. (Org.) **Formação em psicologia escolar: realidades e perspectivas**. Campinas: Alínea, 2007. p.149-162.

_____. **A atuação do psicólogo na rede pública de educação: concepções, práticas e desafios**. Tese (Livre-docência - Departamento de Psicologia da Aprendizagem do Desenvolvimento e da Personalidade). Instituto de Psicologia da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

_____. Retornando à patologia para justificar a não aprendizagem escolar: a medicalização e o diagnóstico de transtornos de aprendizagem em tempos de neoliberalismo. In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE QUEIXA ESCOLAR (Orgs.) **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011a. p.57-67.

SOUZA, M.P.R. Psicologia, educação e políticas públicas. Em CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA. **V Seminário Nacional Psicologia e Políticas Públicas – Subjetividade, cidadania e políticas públicas**. Brasília: CFP, 2011b, p.135-138.

SOUZA, M.P.R.; CUNHA, B.B.B. Projeto de lei e políticas públicas: o que a psicologia tem a propor para a educação? In: CONSELHO REGIONAL DE PSICOLOGIA DE SÃO PAULO; GRUPO INTERINSTITUCIONAL DE QUEIXA ESCOLAR (Orgs.) **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011. p.215- 227.

SOUZA, M.P.R.; ROCHA, M.L. Políticas educacionais: legislação, formação profissional e participação democrática. In: FACCI, M.G.D.; MEIRA, M.E.M.; TULESKI, S.C. **A exclusão dos incluídos: uma crítica da psicologia da educação à patologização e medicalização dos processos educativos**. Maringá: Eduem, 2011. p.345-370.

SPINK, P.K. Pesquisa de campo em psicologia social: uma perspectiva pós-construcionista. **Psic. Soc.** v.15, n.2, p.18-42, 2003.

STEPHANOU, M. Discursos médicos e a educação sanitária na escola brasileira. In: STEPHANOU, M.; BASTOS, M.H.C. (Orgs.) **Histórias e memórias da educação no Brasil, vol. III: século XX**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2011. p.142-164.

STEPHANOU, M.; BASTOS, M.H.C. (Orgs.) **Histórias e memórias da educação no Brasil, vol. III: século XX**. 4.ed. Petrópolis: Vozes, 2011.

SUCUPIRA, A.C.S.L. Hiperatividade: doença ou rótulo? In: **Cadernos CEDES**. n.15, São Paulo: Cortez, 1985. p.30-43.

SUZUKI, M.A. **A medicalização dos problemas de comportamento e da aprendizagem**: uma prática social de controle. Dissertação de Mestrado, Universidade Estadual de Maringá, Maringá-PR, 2012.

TANAMACHI, E.R. A psicologia no contexto do materialismo histórico-dialético: elementos para compreender a psicologia histórico-cultural. In: MEIRA, M.E.M.; FACCI, M.G.D. (Orgs.) **Psicologia histórico-cultural**: contribuições para o encontro entre a subjetividade e a educação. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2007. p.63-92.

TANAMACHI, E.R.; MEIRA, M.E.M. A atuação do psicólogo como expressão do pensamento crítico em psicologia e educação. In: MEIRA, M.E.M.; ANTUNES, M.A.M. (Orgs.) **Psicologia escolar**: práticas críticas. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2003. p.11-62.

TANAMACHI, E.R.; PROENÇA, M.; ROCHA, L.R. (Orgs.) **Psicologia e educação**: desafios teórico-práticos. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2000.

TEMPLE, G.C. A escrita na perspectiva histórico-cultural. Em SOUZA M.P.R. (Org.) **Ouvindo crianças na escola**: abordagens e desafios metodológicos para a psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010, p.229-256.

TEMPORINI, E.R. Prevenção de problemas visuais de escolares: conduta de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**. Campinas: ABRASE, v.1, n.3/4, p.68-71, 1990.

_____. Saúde do Escolar: conduta e opinião de professores do sistema de ensino do Estado de São Paulo, Brasil. **Revista Brasileira de Saúde Escolar**. Campinas: Associação Brasileira de Saúde Escolar. v.2, n.3/4, p.126-136, 1992.

TOMANIK, E.D.; CANIATO, A.M.P.; FACCI, M.G.D. (Orgs.) **A constituição do sujeito e a historicidade**. Campinas: Alínea, 2009.

TONET, I. Educação e revolução. In: BERTOLDO, E.; MOREIRA, L.A.L.; JIMENEZ, S. (Orgs.) **Trabalho, educação e formação humana**: frente à necessidade histórica da revolução. São Paulo: Instituto Lukács, 2012b. p.51-64.

_____. **Educação contra o capital**. São Paulo: Instituto Lukács, 2012a.

_____. **Método Científico**: uma abordagem ontológica. São Paulo: Instituto Lukács, 2013.

_____. Atividades educativas emancipadoras. **Rev. Práxis Educativa**.v. 9, n. 1, 2014.

TRIBUNAL DE CONTAS DA UNIÃO. **Monitoramento do Programa Nacional de Saúde do Escolar**. Brasília: TCU, 2006.

_____. **Relatório do primeiro monitoramento**: Programa Nacional de Saúde do Escolar – PNSE. Brasília: TCU, 2003.

_____. **Relatório do segundo monitoramento**: Programa Nacional de Saúde do Escolar – PNSE. Brasília: TCU, 2005.

TULESKI, S.C. **Vygotski**: a construção de uma psicologia marxista. 2.ed. Maringá: Eduem, 2008.

UNESCO. **Declaração mundial sobre educação para todos e plano de ação para satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem**. Jomtien: UNESCO, 2009. Disponível em: <<http://unesdoc.unesco.org/images/0008/000862/086291por.pdf>>. Acesso em: 13 fev. 2014.

_____. **Educação, um tesouro a descobrir**: Relatório para a UNESCO da Comissão Internacional sobre Educação para o século XXI. Brasília: UNESCO, 1998. Disponível em: <http://www.pucsp.br/ecopolitica/documentos/cultura_da_paz/docs/Dellors_alli_Relatorio_Unesco_Educacao_tesouro_descobrir_2008.pdf>. Acesso: 14 jan. 2014.

VALADÃO, M.M. **Saúde na escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde). Faculdade de Saúde Pública da Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VAZQUEZ, D.A. Desigualdades interestaduais no financiamento da educação: o caso do Fundef. In: HOCHMAN, G.; ARRETCHE, M.; MARQUES, E. (Orgs.) **Políticas públicas no Brasil**. Rio de Janeiro: Editora FIOCRUZ, 2007. p.245-274.

VIGOTSKI, L.S. **A formação social da mente**. 6.ed. São Paulo: Martins Fontes, 1998.

VILARTA, R. (Org.) **Saúde Coletiva e atividade física**: conceitos e aplicações dirigidos à graduação em educação física. Campinas: IPES Editorial, 2007.

VILELA, M.A.A.S. **Semear educação e colher saúde**: 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar (São Paulo – 1941). Tese (Doutorado em Educação). Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

VILELA, M.A.A.S.; BONTEMPO JUNIOR, B. Os discursos sobre saúde e saúde escolar na política estadonovista. In: V Congresso Brasileiro de História da Educação, 2008, Aracaju. **Anais...** Aracaju: 2008, UFS. Disponível em: <<http://www.sbhe.org.br/novo/congressos/cbhe5/pdf/943.pdf>>. Acesso em: 18 fev. 2014.

VYGOTSKY, L.S. **Obras escogidas, tomo I**. Madri: Visor e MEC, 1991.

WANDERBROOCK JUNIOR, D. **A educação sob medida**: os testes psicológicos e o higienismo no Brasil. Maringá: Eduem, 2009.

WIHELM, V.B.; NOGUEIRA, F.M.G. As reformas neoliberais e suas influências na política de educação especial do Brasil e da Venezuela: explicitando resultados e mudanças a partir dos governos de Lula e Chávez. **HISTEDBR**. 47, 251-266, 2012.

ZUCOLOTO, P.C.S.V. O médico higienista na escola: as origens históricas da medicalização do fracasso escolar. **Ver. Bras. Crescimento Desenvolv. Hum.** v.17, n.1, p.136-145, 2007.