

A SAÚDE NA ESCOLA: DA MEDICALIZAÇÃO À PERSPECTIVA DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL¹

Maria de Lourdes Spazziani

Resumo: Este trabalho analisa os fundamentos das práticas pedagógicas da saúde na escola por meio do discurso do processo de medicalização da sociedade apresentado por Foucault, a partir da instauração da medicina moderna. A análise dos programas curriculares apresentados na literatura, no decorrer do século XX revelam que os pressupostos medicalizantes ecoam nas inúmeras propostas curriculares, quer seja àquelas relacionadas ao escolanovismo, à teoria da privação cultural, às propostas democráticas da década de 80, ou àquelas recentemente apresentadas nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). O estudo conclui pela necessidade de rever os fundamentos das práticas pedagógicas da saúde a partir dos pressupostos da psicologia histórico-cultural para o desenvolvimento do aprendizado, que mais do que reorganizar os conteúdos do ensino, propõe os saberes escolares como um processo que requer uma elaboração que envolva a transformação dos modos de conceituar do aluno no sentido do conhecimento sistematizado, através das relações interpessoais, das trocas dialógicas sobre objetos ou fenômenos em que o conhecimento sistematizado está intimamente inter-relacionado ao conhecimento do cotidiano.

Palavras-chaves: Medicalização; Práticas pedagógicas; Propostas curriculares; Psicologia histórico-cultural; Conceitos científicos e cotidianos.

Abstract: This work analyzes the practical beddings of the pedagogical ones of the health in the school by means of the speech of the process of medicalização of the society presented for Foucault, from the instauration of the modern medicine. The analysis of the presented curricular programs in literature, in elapsing of century X discloses that the medicalizantes estimated ones echo in the innumerable curricular proposals, wants either to those related to the escolanovismo, to the theory of the cultural privation, to the democratic proposals of the decade of 80, or to those recently presented in Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN). The study it concludes for the necessity to review the practical beddings of the pedagogical ones of the health from the estimated ones of the description-cultural perspective, that more of the one than to reorganize the contents of education, considers to know pertaining to school to them as a process that requires an elaboration that involves the hashing in the modes to appraise of the pupil in the direction of the knowledge systemize, through the interpersonal relations, of the dialógicas swaps on objects or phenomena where the systemize knowledge intimamente is interrelated the knowledge of the daily one.

Key-words: Medicalization; Practical pedagogical; Proposals curricular; Description-cultural psychology; Scientific and daily concepts

¹ Este trabalho faz parte da pesquisa de doutoramento defendida na Faculdade de Educação da UNICAMP com o apoio do CNPq

INTRODUÇÃO

As reflexões desse trabalho estão situadas no final do século XX, num período contraditório em relação as mais variadas questões. O avanço da ciência e da tecnologia, até então não registrado em períodos anteriores, tem possibilitado a robótica, a informática, a inteligência artificial, a clonagem, o código genético, que configuram e alteram nossos modos de compreender e de vivenciar a realidade. Por outro lado, contrastam com o avanço da miséria humana e da guerrilha urbana, a permanência de trabalho escravo, a presença cada vez maior da violência entre os jovens e crianças. Ou seja, no século da invenção da adolescência (Áries, 1986), vemos os exageros por excesso de consumo de que são vítimas crianças e jovens, assim como o exagero pela falta de acesso às mínimas condições de vida por crianças, jovens e adultos pobres e miseráveis que estão excluídos dos benefícios tecnológicos e sociais. Aprofundou-se o simulacro, alguns usufruem de sofisticadas condições materiais e culturais ao lado da impossibilidade de melhoria das condições concretas de vida de grande parte da população humana atual e, provavelmente, de uma parcela considerável no futuro.

Recentemente, no Tribunal Permanente dos Povos (OAB, 1999), o governo brasileiro foi condenado pelo júri constituído na 27ª sessão, que analisou “A violação dos direitos fundamentais da criança e do adolescente no Brasil: o distanciamento entre a lei e a realidade vivida”. Ou seja, os programas e leis destinados às crianças e aos adolescentes considerados bastante avançados apregoam direitos mínimos justos, de acordo com a vida moderna. Mas as práticas presentes no seio da sociedade brasileira revelam, entre outras ques-

tões, a permanência de altos índices de violência, a que se submetem crianças e jovens e uma alta taxa de mortalidade infantil, intuando o país entre os primeiros do mundo nessa categoria. Dentre tantas outras situações emergenciais que cercam a realidade brasileira, a evasão, a repetência e a baixa qualidade do ensino escolar constituem um grave problema, ainda, sem solução.

Esse movimento dos tempos atuais reflete e refrata, passo a passo, as áreas da saúde e da educação. Naquela, destaca-se a Medicina, que contribuiu para normatizar as relações entre os homens nesses últimos dois séculos.

No dizer de Moysés (1980), a medicina atravessa todo o espaço social ocupando-o plenamente. A presença dos médicos na sociedade, é considerada fundamental, a partir de então, em qualquer meio ou grupo social, formando uma rede e exercendo uma vigilância constante sobre os modos e costumes do homem comum.

Essa atuação da medicina no interior da sociedade é denominado de “medicalização”. É um fenômeno produzido na construção do saber médico moderno, que substitui a origem do saber sobre a doença das mãos de Deus para a consciência médica. Foucault (1994) descreve assim o surgimento da medicalização:

“Os anos interiores e imediatamente posteriores à Revolução viram nascer dois grande mitos, cujos temas e polaridades são opostos: mito de uma profissão médica nacionalizada, organizada à maneira do clero e investida, ao nível da saúde e do corpo, de poderes semelhantes aos que este exercia sobre as almas; mito de um desaparecimento total da doença em uma sociedade sem

distúrbios e sem paixões, restituída à sua saúde de origem. A contradição manifesta dos dois temas não deve iludir: tanto uma quanto a outra destas figuras oníricas expressam como que em preto e branco o mesmo projeto da experiência médica. Os dois sonhos são isomorfos: um, narando de maneira positiva a medicalização rigorosa, militante e dogmática da sociedade, por uma conversão quase religiosa e a implantação de um clero da terapêutica; o outro, relatando esta mesma medicalização, mas de modo triunfante e negativo, isto é, a volatilização da doença em um meio corrigido, organizado e incessantemente vigiado, em que, finalmente, a própria medicina desapareceria com seu objeto e sua razão de ser” (p.35).

Desse modo, o saber médico, conforme Foucault, consiste em entrelaçar o visível e o enunciável e tem como pressuposto o poder. “O poder implica o saber enquanto bifurcação, diferenciação sem a qual ele não passaria a acto” (Deleuze, s.d, p.64). Então, o poder da medicina para normatizar a vida social advém da construção desse saber médico moderno, que apresenta soluções da clínica médica para problemas que tem como principal causa as condições sociais e econômicas de vida.

A medicalização tem sido estudada por diversos pesquisadores pelas influências que se observam nas diversas áreas do saber da vida moderna. Nesse trabalho, o discurso da medicalização ganha expressão, na medida em que a natureza do conhecimento dos temas de saúde e o processo pedagógico escolar absorve como princípio básico uma sociedade medicalizada. Uma das conseqüências do pensamento medicalizante é a presença de um discurso hegemônico, es-

pecialmente, em questões relacionadas à saúde:

“...desde os hábitos alimentares e de higiene, até habitação e vestuário, lazer e trabalho, a medicina lança seu olhar e sem dizer, definindo, avaliando, julgando, com o consentimento da sociedade, que lhe delega a tarefa de vigiar a vida. Toda a vida, de todos os homens “ (Silva, 1999, p.76).

A TRAJETÓRIA DA SAÚDE NA ESCOLA

A discussão da saúde na escola remonta à própria institucionalização da escola pública e democrática, que no Brasil data do início do século. As evidências que configuram a estreita relação entre educação e saúde podem ser buscadas nos discursos dos intelectuais brasileiros, que defendiam o aumento quantitativo e qualitativo das instituições de ensino em todo o país. No início do século, esse movimento propagava a “...crença de que a melhoria das condições sociais dependia da alteração das técnicas pedagógicas” (Ghiraldelli, 1985, p.5).

Paralelamente, havia a constatação de um contingente da população que vivia nos ‘bolsões’ de pobreza e miséria nos centros urbanos, como Rio de Janeiro e São Paulo. Para esses indivíduos, a escola, quando acessível, não promovia os resultados esperados. No entanto, uma boa parte desses indivíduos pobres era necessário ao mercado de trabalho industrializado, perfil que se esboçava, para o Brasil, no projeto político e econômico. Esse contexto propicia o discurso sobre a reconstrução individual, promovida pela escola, que pode levar à reconstrução da sociedade.

O discurso organizado nos movimentos iluministas revolucionários europeus do

século XVIII encontra nas ações da Medicina uma sustentação metodológica e científica eficientes e suficientes para colocar em marcha o projeto burguês de uma sociedade capitalista industrializada.

É a utilização da Medicina que, através da emergência do pensamento e do método clínico, se coloca como meio de ligação para que os avanços metodológicos das Ciências Naturais sejam propostos para as Ciências Humanas. Nesse sentido, a prática médica, proposta pela clínica, torna-se fundamental para que a compreensão, até então alcançada, da natureza biológica e física se desdobrasse e se incorporasse às áreas das humanidades, ainda, naquele momento, bastante tímidas. Como relata Foucault (1994:p.40),

“as ciências do homem incorporam e no prolongamento o modelo das prestigiadas ciências da vida (natureza), e a estrutura que estas propunham tinha como marca a oposição entre sadio e o mórbido”.

A utilização do modo de conhecimento das Ciências Naturais pelas Ciências Humanas, nada mais é, no dizer de CANGUILHEM (1995) do que animação das sociedades humanas e a consideração do homem sem o seu componente humano, que é social, construído culturalmente.

Foucault(1994), Canguilhem (1995), Novaes (1979), Donnangelo e Pereira(1979), destacam que essa ocupação da Medicina proposta no projeto revolucionário moderno faz parte do projeto político e ideológico necessário para o êxito da sociedade capitalista. A ideologia é entendida numa sociedade dividida em classes como um processo lógico, elaborado pelos grupos dominantes para ocultar a realidade das classes

dominadas, cuja função é dar uma explicação racional (científica) às diferenças presentes na sociedade (Chauí, 1980). Nesse sentido, a Medicina investida nos conhecimentos e métodos científicos valorizados, propõe-se politicamente a lutar contra a doença, as epidemias e, do mesmo modo, reestruturar a sociedade, eximi-la de todos os maus hábitos higiênicos físicos e morais.

“Modificando a função social do médico, garantindo sua competência, atribuindo-se a tarefa de limitar as epidemias, controlar o contágio, preservar regiões inteiras, a burguesia lhe atribui um território e um modo de exercícios novos” (Polack, 1971:p.13).

A Medicina passa a organizar e a definir os papéis que deveriam desempenhar os indivíduos das diferentes camadas sociais, colaborando, assim, para a estruturação do capitalismo e a manutenção da hegemonia política e econômica da burguesia.

“A medicina deve abrir-se para o espaço social e assumir, ao final a tarefa de suprimir a doença. Mas deve fazê-lo no interior de um projeto que implica também a reestruturação da sociedade, com a depuração de todos os seus males – princípio continuamente retomado na explicação dos ideais que orientam a revolução”. (Donnangelo e Pereira, 1979, p.19).

Como consequência, medicaliza-se a sociedade, isto é, os problemas sociais passam a ser um problema médico.

Uma das características desse discurso é o estabelecimento de um conhecimento em que predomina uma *“relação de sentido único, de um saber para o que não sabe, ou de um saber científico para um*

saber desqualificado” (Rivorêdo, 1996, p.3).

No campo da educação, os programas endereçados aos problemas de saúde do escolar são muitos e, quase sempre, relacionam distúrbios na saúde do aluno com as dificuldades apresentadas no processo de aprendizagem. Dessa forma, entrelaçam-se saúde e educação, de tal modo que aquela conhecida relação “para se ter educação é preciso ter saúde e para se ter saúde é preciso educação” encontra-se, de certo modo, presente no interior das práticas escolares. Os programas curriculares dirigidos às práticas do ensino da Saúde, organizados nesses moldes, têm-se evidenciado insuficientes, no sentido de propiciar às crianças, principalmente àquelas das classes mais pobres, mudanças de atitude frente às dificuldades das condições de vida.

Esses programas de saúde, construídos desde a criação da Puericultura, no final do século passado, absorvem o discurso da medicalização e têm como premissa a ignorância e a falta de informação das crianças e de seus familiares sobre conceitos e práticas de saúde saudáveis e, portanto, suas propostas têm se orientado no sentido de oferecer esses conhecimentos e as mudanças de atitudes necessários para transformar o quadro da saúde e da aprendizagem das crianças com dificuldades. Como consequência dessa visão, suas ações têm como único sentido o saber científico - como o conhecimento verdadeiro e saudável - para aqueles que nada sabem, portanto, nada têm a dizer, devem ouvir e reproduzir para aprender. O discurso pedagógico que se impõe, é o autoritário, que no dizer de Orlandi (1996) é o modo de (re)produzir conhecimento que favorece a voz dos que são considerados os detentores do saber contra a daqueles que “nada sabem” e nada têm a dizer.

Este ‘fazer pedagógico’ nas questões do ensino da saúde na escola tem sido objeto de minha preocupação há algum tempo. As incessantes buscas para compreender esse fenômeno saúde no processo educativo indicam que a natureza dos conhecimentos que circunscreve a temática da Saúde influencia o processo de aprendizado como um todo e, mais especificamente, os modos de tratar essas questões (Spazziani, 1990).

A natureza do conhecimento das questões de Saúde (como Higiene, Nutrição, Crescimento e Desenvolvimento, Primeiros Socorros, Doenças Infecto-contagiosas, Parasitárias e Respiratórias), ao absorverem as idéias da medicalização, trazem a influência direta das concepções de saúde e da doença como fenômeno fisio-patológico. A doença surge da vida, nutre-se dela, deixando de ter uma origem externa ao corpo saudável (Foucault, 1994).

Essas questões de saúde têm sido constituídas na interface de várias disciplinas, como a Fisiologia, a Patologia, a Bioquímica, a Genética e a Pediatria, que são disciplinas organizadas pelas Ciências da Saúde ou Biológicas, que impõem o olhar normatizador da Medicina, definindo seus conteúdos e o modo de focalizar tais questões na escola. Os conteúdos priorizam os aspectos fundamentalmente biológicos das questões da saúde, deixando de considerar a contribuição de outras disciplinas, desenvolvidas pelas Ciências Humanas ou Sociais (Sociologia, Antropologia, História, Ética, Linguística, entre outras). Assim, o processo pedagógico centraliza-se na utilização do método científico e na transmissão quantitativa de conhecimentos, que são insuficientes para responder às demandas da realidade social.

A especificidade científica dos programas de Saúde, a proposição de uma abordagem científica fundamentada na quantidade de informações, a falta de formação especializada nessa temática, entre outros fatores, têm propiciado uma situação bastante problemática no desenvolvimento das práticas pedagógicas da Saúde na escola.

O estudo de Nicácio (1983) sobre as representações dos professores sobre a saúde evidenciou que o conhecimento apresentado é baseado no senso comum e não está relacionado ao contexto social mais amplo. Ele é circunstancialmente relacionado ou a fatores metafísicos ou a fatores individuais. Esse estudo também destaca que o professor não está comprometido com os programas curriculares em Saúde e ainda menos com os aspectos políticos das práticas sanitárias dos alunos ou da escola. Sua principal fonte de conhecimento são os noticiários, em geral, televisivos, dificilmente integrados aos programas de ensino.

Bagnato (1987) afirma que a contribuição dos programas de saúde são reduzidos em relação ao que propõe o programa curricular, predominando o método científico, informações fragmentadas sobre doenças, aulas expositivas com objetivos direcionados pelo professor, informações descontextualizadas e ações pedagógicas que não influenciam hábitos e atitudes.

Silveira (1994), em sua análise sobre as concepções de saúde e de ensino da saúde no período de 1931 a 1993 no estado de São Paulo, concluiu que há uma discrepância significativa entre o que é proposto nos documentos legais e currículos oficiais com a prática exercida pelo docente.

Bruzzo (1989), em seu estudo histórico sobre o discurso e prática dos médicos do serviço sanitário paulista, destaca que o discurso sobre a higiene, que influenciará posteriormente os programas do ensino da saúde no interior da escola, se origina de um caráter moral e estético e apregoa bons modos e costumes para o controle das crianças e das classes pobres no meio urbano, dele nunca se dissociando. A autora aponta a atuação dos médicos e o conhecimento da medicina como fundamentais para compor esse discurso, pois ao combater as epidemias, os médicos conseguiram a aceitação da população urbana quanto às recomendações higiênicas e o reconhecimento das idéias científicas para fortalecer o Estado e impor sua tutela aos cidadãos.

A esses problemas relacionados aos programas de saúde na escola aliam-se evidências observadas durante a prática docente exercida no Ensino Fundamental e Médio e aquelas levantadas em pesquisa sobre essa temática (Spazziani, 1990), as quais permitem destacar as seguintes características:

- a) o professor, ao focar questões sobre saúde, apresenta uma série de dificuldades e inseguranças para lidar com essa temática, tanto em nível dos conteúdos como nos modos de trazer a discussão para a aula, acreditando que essa temática precisa de formação específica ou da presença de especialistas (psicólogos, médicos, sexólogos, nutricionistas, etc);
- b) o professor dificilmente invoca os conhecimentos e as práticas da criança construídos no contexto social mais amplo, ou seja, o trabalho pedagógico sobre saúde se realiza numa total 'escuridão', não há olhares para a

criança concreta, para a sua realidade cultural, para a positividade do seus saberes, para as suas vivências complexas;

- c) o conhecimento produzido deve corresponder à reprodução fiel do conhecimento sistematizado apresentado na aula, através da fala do professor e do texto do livro didático utilizado; são conhecimentos tidos como verdades absolutas e, portanto, não cabendo nenhuma discussão prévia nem posterior.

A situação da prática pedagógica sobre saúde encontrada nas escolas do Ensino Fundamental, nas últimas décadas, tem revelado a sua inoperância frente às perspectivas, algumas até promissoras, de programas ou projetos que veicularam nesse período. Destaco os programas “Saúde como expressão de vida” do MEC/PREMEN; “Saúde como compreensão de vida”, também, do MEC/PREMEN, ambos da década de 80; e “Atividades de Programas de Saúde para o 1º grau” da SEE/SP/CENP, 1985.

Atualmente, na nova lei da educação de N.º 9394, promulgada em 30/12/96 (contrariamente a lei que a antecedeu, a 5692/71, que destinou um artigo para incluir os Programas de Saúde no currículo escolar) não há qualquer menção sobre a questão da saúde na escola (Saviani, 1997). Esse tema perde, então, a força de lei e passa a integrar os Temas Transversais propostos nos Parâmetros Curriculares Nacionais - PCN.

Os PCN, em que pesem as críticas que lhes são dirigidas tais como em Geraldi (s.d.), Moreira (1996) e Kramer (1997) “constituem um referencial de qualidade para a educação no ensino fundamental em

todo o País”, conforme documento elaborado pela Secretaria de Educação Fundamental do MEC (BRASIL/SEF, 1997a, p.13). Esse documento contém proposições para as áreas ou disciplinas convencionais como Língua Portuguesa, Matemática, Ciências, História, Geografia, Arte e Educação Física; além dos denominados Temas Transversais, que incluem: Ética, Meio Ambiente, Pluralidade Cultural, Orientação Sexual e Saúde.

A proposição curricular da saúde nos Temas Transversais realoca sua discussão numa tendência de se constituir uma área temática, cujo principal objetivo é adequar o processo ensino-aprendizagem das disciplinas convencionais ao contexto cotidiano do aluno.

Essa proposição está fundamentada na crítica que tem sido dirigida às disciplinas escolares, que ao serem substanciadas quase com exclusividade no conhecimento científico ao longo dos últimos séculos, não acompanham as transformações vivenciadas na vida moderna, deixando, inclusive, de conferir sentido à aprendizagem (Busquets et.al, 1993).

Os temas transversalmente colocados no currículo escolar, segundo Busquets et al (ob.cit.), evitam a inconveniência de aumentar a carga curricular e, por outro lado, facilitam a necessária transformação das disciplinas convencionais em relação às expectativas atuais e a sua adequação às possibilidades de compreensão dos alunos. Ainda, para esses autores (ob.cit), os temas transversais devem ser situados no centro das preocupações sociais e educacionais, por onde é possível transitar os conteúdos das disciplinas formais. Eles darão sentido à aprendizagem das matérias escolares, que aparecem como instrumentos culturais de grande significação para

aproximar o conhecimento científico da vida cotidiana.

Essa nova proposição curricular, apresentada nos PCN, já foi divulgada nas escolas públicas do Ensino Fundamental, sendo que estes últimos foram distribuídos às escolas do 1º Ciclo do Ensino Fundamental, no início de 1998, sendo recomendado que os planejamentos curriculares se adequassem às sugestões contidas nos PCN.

Desse modo, a dimensão curricular dos programas de saúde na escola não é mais contemplado no texto da nova lei da educação. Essa questão, juntamente com outros temas considerados sociais, passam a veicular da transversalidade apresentada nos PCN e enquadra-se em outros pressupostos políticos, administrativos e pedagógicos que devem orientar as ações na escola pública brasileira.

Entretanto, Krawczyk (1999), ao analisar a gestão escolar, afirma que a diversidade nas propostas educacionais, em andamento, de 11 municípios brasileiros, nos

“alerta para a necessidade de uma política de gestão escolar voltada para a consolidação de um sistema educativo articulado entre as proposições da política educativa e sua concretização na atividade escolar. Só assim será possível aproximar as intenções democratizantes enunciadas das práticas político-educativas”.
(p.145)

Ou seja, para uma escola atender aos ideais de uma sociedade democrática, com princípios de igualdade e de possibilidade e liberdade de expressão, deve apresentar outros métodos de trabalho que reflitam na melhoria da qualidade do ensino e da aprendizagem para superar as evidências do insucesso no apro-

veitamento escolar devido aos modos de escolha e tratamento dos conteúdos do ensino. No entanto, essa ação pedagógica deve estar integrada ao sistema educativo dos Estados e Municípios aproximando as ações políticas e administrativas das pedagógicas.

Consciente da necessidade dessa ação integrada no campo da educação, para que mudanças importantes aconteçam no sentido de consolidar práticas educativas realmente democráticas, que contemplem uma melhoria nos mais diferentes aspectos (quantitativos e qualitativos) do processo ensino-aprendizagem das escolas públicas brasileiras, é que retomo a discussão sobre as práticas pedagógicas em saúde.

A temática de saúde, apesar de sua trajetória bastante problemática e, de certo modo, até inexpressiva no contexto do Ensino Fundamental e Médio, tem sido destacada ao lado de outras temáticas sociais no novo cenário da reforma educacional vigente.

CONSEQÜÊNCIAS DA MEDICALIZAÇÃO NO PROCESSO PEDAGÓGICO

A saúde na escola ou a saúde escolar tem sido historicamente construída sob um discurso que explicita “*garantir condições de saúde adequadas para a aprendizagem, reduzindo as taxas de evasão e repetência*”(Collares E Moysés, 1992, p.24). Ou seja, desde a criação dos serviços de saúde na escola, no início deste século, a sua marca tem sido combater o chamado fracasso escolar.

A forma como os programas de saúde desenvolveram-se, tanto na escola como nas secretarias de saúde e de educação, consubstanciaram-se na chamada Medicalização, que tem como conseqüência, segundo Collares E Moysés (1994), a “*medicalização da educação*”, ou seja, o

deslocamento dos problemas do processo ensino-aprendizagem do âmbito da educação para o da saúde. As autoras destacam que a medicalização da aprendizagem, que envolve a atuação dos diferentes profissionais da área da saúde como médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, entre outros, rotula crianças e desvaloriza a ação do professor, pois

“... os professores, que deveriam ser também os responsáveis por analisar problemas educacionais, assumem uma postura acrítica e permeável a tudo, transformando-se em mediadores, apenas triando e encaminhando as crianças para os especialistas da saúde. Essa prática acalma as angústias dos professores, não só por transferir responsabilidades, mas principalmente porque desloca o eixo de preocupações do coletivo para o particular”.(p.30)

As diversas práticas que envolvem os programas de saúde na escola, como a prestação de serviços de saúde aos escolares, a prática pedagógica da saúde nas aulas, bem como os aspectos do ambiente físico e emocional da escola e a relação escola-comunidade, não têm contribuído para o objetivo apresentado nesses programas, que em geral se propõem garantir que a maioria das crianças obtenha êxito na escola. De certa forma, essas práticas têm repercutido no sentido de justificar e perpetuar ações pedagógicas comprometidas com o projeto da escola tradicional, endereçada para a elite da sociedade, e inalteradas ao longo deste século.

O estudo de Collares e Moysés (1992) revela justamente que os modos dominantes de incorporação das questões de saúde no processo pedagógico da escola, relacionados à visão da medicalização, favoreceram a ampliação do mercado de trabalho para a atuação dos

profissionais e especialistas da área da saúde (como médicos, psicólogos, fonoaudiólogos, enfermeiros, nutricionistas) e fortaleceram a criação da área da psicopedagogia na esfera da educação. Assim, a criação desse espaço de atuação, na instituição de ensino, para esses novos serviços profissionais vem, justamente, tornar mais nebulosa as reflexões e as práticas pedagógicas realizadas pelos professores e outros profissionais da educação sobre o processo educacional.

O processo de ensino e de aprendizagem, as interações professor-aluno no espaço das aulas, os saberes disciplinares, as metodologias e estratégias de ensino são relegadas a segundo plano. Uma série de outras questões, como a pobreza, a carência cultural, as doenças das crianças são colocadas no centro dessa discussão e têm orientado teoricamente a permanência de certas práticas escolares.

Não é recente a evocação de inúmeras tentativas de inovação educacional como salvadoras, como as famosas estruturas arquitetônicas dos prédios escolares, as reformulações curriculares, a introdução de novos componentes no ensino ou propostas pedagógicas baseadas nas teorias psicológicas mais modernas sobre o ensino e a aprendizagem. Enfim, uma série de modificações que têm objetivado resolver o problema do insucesso escolar está presente na história da educação brasileira.

No entanto, temos assistido a essa série de inovações, muitas vezes apostado em algumas delas, mas os resultados dessas implementações em quase nada alterou o quadro educacional já estabelecido. Continuam a evasão, a repetência e a baixa qualidade do ensino.

O que justifica essa situação? Por quê tudo que se investe em educação, não só em dinheiro, mas em recursos pedagógicos e humanos, nada modifica a substância do quadro já apontado? São inúmeras as justificativas dos profissionais, das instituições, dos políticos, mas a culpa, na maioria das vezes, é atribuída à própria vítima, ou seja, ao aluno.

Os problemas de saúde do aluno, normalmente apontados como as principais causas do fracasso na escola, como a desnutrição e as disfunções cerebrais mínimas (dislexia, dislalia, hiperatividade), constituem na verdade um falso discurso científico para encobrir uma determinada pretensão ideológica, ou seja, a biologização de aspectos eminentemente sociais, com isso isentando a estrutura social, política e econômica de suas responsabilidades, bem como as instituições, seus dirigentes e executores. Assim, vários estudos e teses desenvolvidos, inclusive, nas academias e que se dizem baseados no método científico, parecem compromissados em justificar a atuação dos profissionais da saúde na escola para resolverem problemas de comportamento e aprendizagem dos alunos.

As críticas apresentadas por Collares e Moysés (1992) a trabalhos que relacionam “nutrição, desenvolvimento cerebral e aprendizagem” como em Esposito (1975) destacam irregularidades na utilização dos procedimentos metodológicos que comprometem a pretensão científica de suas análises e resultados. Desse modo, tais trabalhos, elaborados por profissionais principalmente da área da psicologia ou da psicopedagogia, constituem o discurso hegemônico sobre o fracasso escolar: é o aluno que fracassa porque possui determinados problemas causados pela desnutrição ou por outras doenças que se presume pro-

vocarem certas disfunções em seu sistema nervoso central.

No entanto, exames como o eletroencefalograma, a que são submetidas muitas das crianças que apresentam dificuldades no processo escolar, além de não acusarem alterações no funcionamento do cérebro, não conseguem confirmar prejuízos que justifiquem o discurso sobre o fracasso escolar. Os profissionais da educação têm assumido esse falso discurso de conteúdo médico e - apesar de serem os detentores do processo de ensino, conhecerem suas minúcias e, até, em diversas ocasiões terem experimentado sucesso nas práticas desenvolvidas - rendem-se ao seu efeito devastador, colaborando para aprofundar os danos à tarefa pedagógica da escola e, conseqüentemente, às capacidades cognitivas e afetivas das crianças.

O interessante na reflexão sobre a medicalização no espaço escolar é que as questões que envolvem seu enfoque, como a desnutrição, as disfunções neurológicas, as dificuldades de aprendizagem, a dislexia, a hiperatividade, têm-se reconstruído através dos contradiscursos, das críticas que lhe são dirigidas e ressurgem com mais força, com mais adeptos, ampliando interesses em outros espaços institucionais. Novas evidências pseudo-científicas são criadas a fim de sustentar as práticas medicalizantes no contexto escolar, ampliando a atuação dos profissionais da saúde; novos medicamentos são introduzidos pela indústria farmacêutica; novas publicações na área são lançadas pelo mercado editorial; produção de artigos e teses que reforçam tais preconceitos; e finalmente, notícias sobre a categoria surgem na imprensa escrita e falada.

Nesse sentido, o que se busca encontrar na escola, em especial, nos alunos que

apresentam comportamento cognitivo ou emocional diferente do padrão esperado, é justamente a doença que se supõe estar localizada em algum lugar do corpo biológico, para a qual, só o conhecimento e a atuação especializada do médico, do psicólogo, do fonoaudiólogo é que terá possibilidade de reverter, se for o caso, o insucesso do aluno.

Os profissionais da saúde e da educação na instituição educacional apresentam uma prática bastante comprometida com o discurso da medicalização, em especial quando se propõem a resolver dificuldades de comportamento ou de aprendizagem das crianças. Em muitas escolas, ou melhor dizendo, na maioria das escolas públicas, não há a presença de profissionais da área da saúde, de modo que o fracasso dos alunos é legitimado pela ausência de especialistas e, portanto, ausência, igualmente, de qualquer atitude que proponha a superação dos problemas apresentados pelos alunos.

A PRÁTICA PEDAGÓGICA DA SAÚDE NA ESCOLA

A valorização do discurso médico na construção da sociedade moderna, dá-se pela necessidade de sua absorção no interior das práticas instituídas, a fim de normatizar as ações das classes populares que cresciam nos centros urbanos. Esse discurso se aplicava perfeitamente à escola pública, já no final do século passado, uma vez que a pouca quantidade e a baixa qualidade das escolas que atendiam as crianças das famílias pobres era justificada pela falta de interesse desses novos grupamentos sociais que viviam sem regras e sem condições de corresponder ao que a sociedade esperava deles.

Propôs-se um projeto pedagógico dirigido para toda a sociedade, e a Puericultura, como um dos pilares da Medicina nesse projeto, teve como principal função “*atribuir à educação a indução de mudanças no modo de pensar e agir dos indivíduos para superar as condições impostas pela classe social que ocupam*” (Novaes, 1979, p.26). Ainda, segundo essa autora (ob.cit), esse projeto pedagógico proporciona o aumento da demanda pelo ensino elementar, bem como do número de escolas e a reestruturação da família moderna, em especial, com o estabelecimento de novas atribuições para a mulher, como mãe e esposa.

No interior da escola, esse projeto pedagógico iniciado pela Puericultura no final do século passado, na sociedade brasileira, ganha expressão, no início do século XX, somente quando as necessidades geradas pelo desenvolvimento industrial justificam a medicina positiva e progressista, que de acordo com Novaes (1979) é a medicina proposta no projeto revolucionário burguês, que institui a medicina classificatória. São criadas práticas pedagógicas em saúde, através da Puericultura, que visava preparar as adolescentes para ocupar os papéis sociais necessários para a constituição da nova família. O foco de sua ação na escola eram as meninas, embora sua preocupação, no projeto pedagógico global, também “*objetivava medidas que modificassem os hábitos e costumes da população operária, para que o apego à ordem pública fizesse parte do projeto de vida da família*” (Spazziani, 1990, p.14).

O movimento da Escola Nova, apresentado no Manifesto dos Pioneiros da Educação, na década de 1920, absorve as preocupações explicitadas no projeto pedagógico e apresenta-se como contraposta ao modelo tradicional de atuação das escolas. Os educadores pro-

põem, nesse documento, a escola como viabilizadora do processo de transformação e adaptação progressiva do indivíduo ao meio e aos padrões de comportamento necessários ao desenvolvimento do país. Ou seja, à escola se destinou a responsabilidade de promover a melhoria das condições de vida da população pobre, através da introdução de métodos de ensino que retratassem, o quanto possível, a vida, para a integração dos indivíduos às novas exigências sociais.

É a proposta de uma escola que prioriza, no processo ensino-aprendizagem as técnicas pedagógicas, os recursos e instrumentos materiais, as salas-ambientes, o ensino individualizado, os trabalhos em grupo, o professor como orientador das atividades educativas; enfim, uma série de modificações que se contrapõem à concepção e às práticas da escola tradicional. Práticas essas que priorizam a transmissão do conhecimento para os filhos de uma elite dominante, a fim de manter a cultura intelectual e artística da humanidade.

O escolanovismo, como foi chamado esse movimento, conclama no seu discurso a emergência de uma escola pública e democrática que atenda, através de nova proposta educativa, crianças de todas as camadas sociais. Este de fato consegue, por um lado, desmobilizar a forma tradicional de realizar a educação, mas, por outro, não consegue implantar a tão propalada renovação na maioria das escolas públicas do país, pois sua viabilização dependia de investimentos em recursos financeiros e humanos, o que não aconteceu. No entanto, seu discurso é absorvido pelos órgãos governamentais, que o utilizam, em parte, nas reformas educacionais que acontecem daí em diante.

O movimento da Escola Nova teve, segundo Saviani (1983),

“...o efeito de aprimorar a educação das elites e esvaziar ainda mais a educação das massas. Isto porque, realizando-se em algumas poucas escolas, exatamente aquelas freqüentadas pelas elites, contribuíram para o seu aprimoramento. Entretanto, ao estender sua influência em termos de ideário pedagógico às escolas da rede oficial, que continuaram funcionando de acordo com as condições tradicionais, a Escola Nova contribuiu, pelo afrouxamento da disciplina e pela secundarização da transmissão de conhecimentos, para desorganizar o ensino nas referidas escolas. Daí, entre outros fatores, o rebaixamento do nível da educação destinadas às camadas populares” (p.31 e 32).

A situação do ensino da saúde em fins do século XIX e início do século XX estava direcionada para a absorção das idéias do projeto higienista que se consolidava em nosso país, através da criação do Departamento Nacional de Saúde em 1923, por Paula Souza (Costa, 1984). A puericultura, a higiene pessoal e o combate a doenças específicas (sífilis, tuberculose, alcoolismo) eram as tônicas da ação educativa. Ação essa que se legitimava no desenvolvimento do conhecimento científico, mas com forte apelo às regras morais e aos costumes do homem civilizado. Segundo Bruzzo (1989), no final do século passado, higiene era incluída na educação cívica, pois era *“sinônimo de pessoa educada civilizada”*(p.8).

A inclusão da área científica (Física, Química e História Natural) na formação do magistério primário desloca a higiene gradativamente para essa área, mas tendo sempre como parâmetros os aspectos morais e atitudinais da raça

branca, européia, aliados à valorização de características genéticas (biológicas).

Segundo Melo (1984), a inclusão de preceitos científicos e técnicos nas questões de higiene e saúde é influência das idéias do movimento sanitário americano, que é introduzido no Brasil juntamente com o movimento da Escola Nova.

A proposta de renovação dos pioneiros da Escola Nova não promoveu modificações significativas no processo ensino-aprendizagem, em primeiro lugar por não ter sido implantada de fato; em segundo, porque atribuía à educação escolar um papel que extrapolava os limites de sua atuação, isto é, o de ser a principal responsável pelas transformações da sociedade.

A partir dos anos 50, até 1964, Patto (1993) destaca que a permanência dos resultados negativos da atuação pedagógica da escola no processo ensino-aprendizagem, em especial, com as crianças advindas das camadas mais pobres da população, promove a idéia de que as causas do insucesso escolar estão localizadas nas características físicas, psicológicas e sociais do aluno. E, nesse sentido, a atuação da escola se daria promovendo, quantitativa e qualitativamente, outras oportunidades de aprendizagem que viessem suprir as “deficiências culturais” das crianças pobres. É a emergência da teoria da privação cultural.

A teoria da carência ou privação cultural emerge na sociedade americana na década de 60 e, como medida preventiva, é proposta a pré-escola associada a projetos de assistência médica, dentária e de serviços educacionais (Alvarenga, 1991).

Com relação a essas medidas preventivas, o movimento da pré-escola aglutina a idéia da educação compensatória para as crianças oriundas dos ambientes sociais desfavoráveis.

“Tais programas têm como objetivo primeiro estimular a percepção da criança sobre si e o mundo que a rodeia, desenvolver o uso de uma linguagem adequada que lhe permitirá fixar aquelas percepções, possibilitar-lhe condições para aumentar seu repertório lingüístico e levá-la a adquirir disposições para uma aprendizagem formal”. (COLLARES, 1982, p.15).

Além da formalização, com relação às competências básicas apresentadas nesses programas educacionais, as crianças eram atendidas nas áreas da saúde (nutrição, assistência médica e odontológica).

No dizer de Carvalho (1989), a educação

“assume cada vez mais a função de assistência/controlar constituindo uma resposta adequada a esta fase do antagonismo de classes, caracterizada pela expansão do proletariado urbano, entre outros fatores”(p.62).

A escola incorpora ações para atender às freqüentes demandas da clientela escolar emergente. Pode-se dizer que nesse cenário, se estabelece outra relação entre educação e saúde. As discussões sobre as condições de vida e, conseqüentemente, de saúde sobre o desempenho do escolar (índice de sucesso ou fracasso) ganham nova expressão.

As condições de vida das crianças pobres são consideradas pela escola como impedimento para o seu processo de

aprendizagem. É a mãe que não participa da escola. O pai é alcoólatra. Falta acompanhamento da criança nas tarefas escolares em casa. Além do que, as crianças, que apresentam dificuldades no processo escolar, são rotuladas por alguma doença (física ou psicológica) ou algum distúrbio de aprendizagem (dislexia, dislalia, déficit de atenção, hiperatividade).

A porta de entrada da saúde na escola é a doença, seja ela física ou psicológica, causada por fenômeno biológico ou cultural. É desse modo que a questão curricular da saúde é organizada na escola a partir da década de 70, quando, através do artigo 7º da Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional nº 5692/71, é criada a disciplina “Programas de Saúde” (Brasil, 1971). Ela enfoca as doenças, as drogas, a higiene, as agressões ao corpo, os primeiros socorros, a desnutrição, os desvios no comportamento, entre outras questões, priorizando, quase sempre, o enfoque biológico e médico das questões, em detrimento de outros enfoques.

A abordagem, predominantemente, científica das questões das práticas pedagógicas da saúde é consequência, de um lado, de sua estreita ligação com a área das Ciências Físicas e Biológicas, da qual herdou a utilização do método científico; e de outro (talvez o mais determinante), do processo de medicalização da sociedade, que impõe a supremacia do discurso médico-biológico nos discursos das disciplinas que organizam o conhecimento em saúde.

Em suma, na década de 70, marcada pelo movimento do tecnicismo – que destina à educação escolar a transmissão cultural e comportamental, constituindo-se numa prática social de grande poder controlador e manipulador do

ambiente cultural, social, político e particular do indivíduo – predomina, nos discursos acadêmicos e escolares, assim como nas explicações que norteiam o senso comum, o conceito de que o insucesso do aluno pobre, na escola, é fruto dos problemas trazidos de seu ambiente sócio-econômico-cultural. Aumenta a participação de diagnósticos especializados em medicalizar o fracasso escolar e assim crescem, também, as perspectivas de atuação profissional de especialistas da área da saúde (pediatras, psicólogos, fonoaudiólogos, terapeutas) e da educação (psicopedagogos). Mantém-se uma relação circular viciosa entre os fatores que produzem o fracasso, impedindo uma atuação pedagógica mais efetiva por parte da escola.

Contraopondo-se a essa situação, Patto(1993) destaca resultados de várias pesquisas, demonstradas por estudiosos, como Gatti et al. (1981), Moysés e Lima (1982) apontam que crianças realmente portadoras de distúrbios físicos ou mentais são encontradas em número reduzido nas escolas e no contingente de repetentes, muito aquém dos índices dos efetivamente fracassados.

“A inadequação da escola decorre muito mais de sua má qualidade, da suposição de que os alunos pobres não têm habilidades que na realidade muitas vezes possuem, da expectativa de que a clientela não aprenda ou que o faça em condições em vários sentidos adversas à aprendizagem, tudo isso a partir da desvalorização social dos usuários mais empobrecidos da escola pública elementar”. (Patto, 1993, p.340)

A relação que se estabeleceu entre saúde e educação, em última análise, fortaleceu o discurso da medicalização na escola, tanto quando se referiu ao mo-

vimento do escolanovismo (que enfatizou mudanças nos métodos educacionais para promover melhoria nas condições sociais), como nas propostas da teoria da privação cultural (que enfatizou a educação compensatória para suprir a falta de competências das crianças oriundas das camadas pobres). Tais movimentos educacionais colocaram em evidência questões de ordem psicológica, técnica ou biológica para solucionar problemas que são determinados socialmente. E em fins da década de 90, os reflexos desses episódios significativos da história da educação brasileira são visíveis nos discursos, nas propostas e nas práticas vigentes.

A discussão da prática pedagógica da saúde no espaço escolar aponta possíveis desdobramentos, como a relação com o fracasso escolar, a emergência da psicopedagogia para solucionar problemas ou distúrbios de aprendizagem, a relação com a criação das classes especiais, ou a relação da aprendizagem com os problemas de saúde das crianças pobres (desnutrição, doenças parasitárias). Muitos dos trabalhos desenvolvidos nas últimas décadas priorizam, em geral, alguns desses aspectos e, desse modo, estabelecem de uma forma ou de outra a relação saúde-educação.

Entretanto, essa relação, originada desde a criação da Puericultura no final do século passado na Europa e, imediatamente, trazida para o Brasil, parece não estar trazendo benefícios mútuos. Na verdade, as críticas direcionadas a essas áreas revelam que, apesar das afinidades entre educação e saúde, tais como o compartilhamento do mesmo objeto de estudo – o ser humano – e em tese a difusão do mesmo propósito – proporcionar pleno desenvolvimento e bem-estar, a cura das doenças pela saúde e a eliminação da ignorância pela educação – uma tem justificado o fracasso da ou-

tra, pois ambas têm como base de suas propostas soluções individuais para a resolução de problemas que se originam de questões sociais. Tem sido comum a prática de encaminhar crianças às unidades de saúde por apresentarem problemas no rendimento escolar e serem ‘diagnosticadas’ pela escola como possíveis causas: desnutrição, distúrbios neurológicos ou de aprendizagem; assim como, omitir nos índices de fracasso escolar e nos índices de desnutrição infantil as questões sobre a classe social, a situação econômica e as condições concretas de vida como principais determinantes desses índices.

Propostas para diminuir esses índices, como a merenda, o reaproveitamento de alimentos, a melhoria do conhecimento sobre os alimentos para o caso da desnutrição, ou ainda, no caso do fracasso escolar, a criação de classes especiais e de aceleração, a aprovação automática, as novas propostas curriculares, não atingem as principais causas e, portanto, não conseguem soluções definitivas.

Essas características das práticas escolares não constituem privilégio do ensino da saúde, mas têm sido observadas em estudos que focalizam outras áreas curriculares e parecem estarem associadas a um modo de intervenção pedagógica, que entre outras facetas, se apresenta respaldada numa construção de conhecimento que se caracteriza por ser asséptica, distanciada da experiência, dos interesses e das aptidões e capacidades desenvolvidas pelas crianças no seu ambiente cultural. A prática educacional dos docentes se realiza sob a idéia de currículo, construído nos últimos 150 anos para escolas que atendam as massas populares, “historicamente derivado das práticas educacionais de homens europeus de classe alta” (Connell, 1995, p.28). É um processo de aprendizagem escolar que impõe um saber, um modo

de ser, de se comportar e de falar que privilegia a utilização de mediações verbais, codificadas em contextos culturais estranhos à compreensão de crianças que vivenciam códigos e perspectivas de outros contextos.

Dessa forma, as práticas pedagógicas da saúde na escola, ao terem se constituído em mais um componente curricular a ser incorporado aos conteúdos programáticos do Ensino Fundamental, seguiu acompanhando a perspectiva educacional hegemônica das escolas públicas, tendo, inclusive, se tornado mais problemática que outras disciplinas do núcleo obrigatório, pois não conseguiu realizar minimamente as sugestões apresentadas no Parecer n.º 2264/74 (Brasil/CFE,1974) e, por outro lado, ficou atrelada ao ensino de Ciências, perdendo assim, suas peculiaridades.

Essa problemática trajetória da prática do ensino da saúde pode ser visualizada em conjunto com outras possibilidades, a partir dos desdobramentos dos discursos que cercam, no presente momento, a reforma educacional em vários países. Algumas propostas pedagógicas que estão circulando em alguns municípios brasileiros trazem à discussão a renovação da escola em especial no sentido de transformações relacionadas ao campo político, administrativo e pedagógico da estrutura educacional.

OS PRESSUPOSTOS DA PSICOLOGIA HISTÓRICO-CULTURAL PARA AS PRÁTICAS PEDAGÓGICAS EM SAÚDE

Uma das perspectivas teóricas que têm fundamentado algumas dessas propostas pedagógicas é a abordagem da psicologia histórico-cultural, baseada em Vi-

gotsky e seus colaboradores, como Luria e Leontiev. Esta abordagem, segundo Wertsch (1993:p.24), revela que:

“em contraste com outras abordagens psicológicas que em geral buscam pelos universais do funcionamento mental, e portanto, a-histórico, enfatiza o que é especificamente sociocultural, em vista de acreditar que as tradições culturais históricas e as práticas sociais regulam, expressam, transformam e permutam o psiquismo humano”.

A prática pedagógica é entendida como uma prática social que oportuniza, através da ação mediada entre professor e alunos, relacionar os processos sociais coletivos e os processos psicológicos individuais.

No espaço pedagógico da aula, o processo ensino-aprendizagem é entendido como o centro gerador da construção do conhecimento da criança na escola. Focaliza-se o aluno e o professor, suas interações, seus saberes e não saberes, suas expectativas e aspirações sobre o aprendizado escolar presentes nas mediações verbais de uma determinada prática curricular.

O processo de desenvolvimento e aprendizagem escolar, na perspectiva histórico-cultural apresentada por Vygotsky (1989a), propõe para o educador uma função bastante diferente daquela que vem predominando nas relações escolares atuais, sendo sua principal atitude promover as capacidades que o educando poderá desenvolver. A educação escolar é apresentada como o momento privilegiado para se oferecer algo completamente novo ao curso do desenvolvimento das competências e habilidades intelectuais da criança desenvolvidas até aquele momento. Para en-

tender melhor essa função da escola, Vigotsky (1989a) apresentou o conceito da Zona de Desenvolvimento Proximal (ZDP), que ele define como:

“A distância entre o nível de desenvolvimento real, que se costuma determinar através da solução independente de problemas, e o nível de desenvolvimento potencial, determinado através da solução de problemas sob a orientação de um adulto ou em colaboração com companheiros mais capazes”.
(p.97)

Deve haver uma adequação do ensino formal ao universo de conhecimentos da criança, que passa a ser fundamental, dentro desse processo da aprendizagem, para o desenvolvimento dos conceitos, denominados por Vigotsky (1989b) científicos ou verdadeiros (termos que não utilizarei por razões expostas posteriormente), que preferi denominar conceitos sistematizados. Esses conceitos sistematizados induzem à conscientização dos próprios processos mentais, ou seja, a consciência reflexiva promove e aumenta a compreensão dos conceitos espontâneos ou cotidianos, levando a uma reestruturação psicológica nos modos de compreensão do conhecimento.

Vigotsky (1989b) discute sobre a formação de conceitos, referindo-se à capacidade das crianças para generalizar as propriedades dos objetos em conceitos. Ele define três estágios principais para a formação de conceitos da infância à adolescência. O primeiro estágio é caracterizado pelo agrupamento de objetos, de acordo com critérios essencialmente subjetivos, ou seja, quando a criança confunde elos subjetivos com elos reais, também denominado de “sincretismo”. O estágio por “complexo” é caracterizado por se basear em relações mais coerentes e objetivas, a partir de

interações concretas e factuais da criança com os objetos e situações. Nesse estágio, Vigotsky distingue vários sub-estágios denominados por família, coleções, em cadeia, difuso e pseudo-conceitos. Esse segundo estágio fornece o fundamento real para o desenvolvimento lingüístico, sendo que o “*significado das palavras se transforma durante o processo do desenvolvimento da linguagem*” (p.58). O sub-estágio dos pseudo-conceitos é caracterizado pela transição entre o estágio dos complexos para o pensamento por conceitos. No terceiro estágio, denominado “conceitos verdadeiros” ou “pensamento conceitual”, há domínio da abstração e o pensamento alcança níveis de conscientização até então ausentes. Esse momento é característico do início da adolescência e persegue o desenvolvimento vindouro.

Segundo a psicologia histórico-cultural, o desenvolvimento do conceito é acompanhado, intrinsecamente, pelo desenvolvimento que ocorre no significado das palavras. Esse desenvolvimento pressupõe a participação em estágios mais avançados de muitas “*funções intelectuais como: a atenção deliberada, a memória lógica, a abstração, a capacidade para comparar e diferenciar*” (Vigotsky, 1989b,p.72).

As elaborações conceituais, promovidas no processo de interação ensino-aprendizagem, segundo essa perspectiva teórica, são consideradas formas de apropriação e de produção da cultura. Ao conhecimento escolar pode ser atribuído um alto grau de originalidade em relação aos saberes vivenciados nas experiências cotidianas, não só por constituir-se como um saber sistematizado, mas porque liberta o indivíduo do pensamento único sobre o seu mundo imediato, situacional e lança-o para as coisas abstratas, categorial, ou seja,

parte dos conceitos predominantemente empíricos para o pensamento teórico.

O processo de aquisição do conceito, segundo Vigotsky (1989b), é o início do processo do desenvolvimento. Na escola, esse processo se dá, principalmente, através do uso da palavra. Uma criança, ao se apropriar de uma palavra, nomeia, discretiza, organiza, relaciona, analisa o significado. Nesse sentido, a palavra tem função de conceito e a noção de conceito deixa de ser encarada com uma definição imobilizada e passa a ser produto de processos de mudanças, possuindo certa estabilidade, mas tornando-se flexível para novas significações.

A aquisição de conhecimentos pela criança depende de uma intensa atividade mental, que ao buscar sentido para a internalização de novos conceitos, inter-relaciona-os aos significados dos conhecimentos já existentes. O significado é um elemento indissociável da palavra e se revela como um ato de pensamento, uma generalização. O significado expressa duas funções básicas da linguagem: a de comunicação social, pois a palavra sem significado é um som vazio; e a de pensamento generalizante, pois cada palavra significada expressa uma generalização, ou melhor, um conceito. Assim, a palavra mediatiza o pensamento verbal. Nós pensamos através das palavras, dos significados ou dos conceitos atribuídos às palavras que se encontram relacionados aos modos de vida experienciados no processo de interação social, isto é, o significado ou conceito não é apenas unidade do pensamento e da fala, mas segundo Vigotsky (1989b), “*unidade de generalização e comunicação*”.

Desse modo, a intervenção pedagógica atua a partir do que já está consolidado no processo de desenvolvimento da criança, portanto, é necessário conhecer

essa criança, olhar o que ela já sabe, o que ela tem, o que ela pode, o que ela gosta. Buscar nas expressões que ela já adquiriu, o que subsidia e permite estas expressões. É o professor se adequando às expressões, aos valores, aos gostos da criança.

De acordo com essa perspectiva teórica, a construção de conhecimentos, como nos afirma Freire (1987), se daria através de um processo pedagógico criativo, que relaciona palavra e mundo, possibilitando que repensemos as práticas dominantes no ensino em geral, e em especial, o ensino da saúde, que tem se fundamentado em uma construção do conhecimento fortemente arraigada em um saber que depende, preponderantemente, dos conteúdos e do método científico para dar conta de sua abordagem. Ou seja, viabiliza que pensemos numa prática pedagógica em saúde que, a partir de suas peculiaridades, contribua para o processo de construção e apropriação do conhecimento sistematizado pela criança.

CONCLUSÃO

As discussões acerca da construção do conhecimento em saúde evidencia que esse processo tem sido marcado historicamente por um conflito inerente à sua própria trajetória; originado inicialmente para inserir as classes pobres no projeto político econômico da burguesia, tinha um componente moral e estético predominante, mas que só foi sustentado pelo discurso científico que se sucedeu.

Na composição curricular dos temas endereçados às práticas do ensino da saúde, nota-se uma presença significativa das disciplinas das áreas científicas organizadas na modernidade sob a influência de padrões morais e compor-

tamentais do grupo dominante (no caso, a burguesia).

Desse modo, uma outra perspectiva para a construção do conhecimento em saúde, segundo os propósitos teóricos pretendidos nesse estudo, há que considerar outros conceitos na definição de aspectos que circunscrevem essa área temática, ou seja, deve-se levar em conta que:

a) **o conhecimento científico** deve ser entendido como um sistema socialmente construído de compreensões, suposições e procedimentos compartilhados por uma comunidade;

b) **o saber escolar**, para o processo de conceitualização no contexto pedagógico, deve ser concebido como um processo que requer uma elaboração que envolva a transformação dos modos de conceituar do aluno no sentido do conhecimento sistematizado através das relações interpessoais, das trocas dialógicas sobre objetos ou fenômenos em que os saberes escolares estão intimamente inter-relacionado aos saberes do cotidiano;

c) **o contexto escolar** deve ser entendido como o espaço em que, além dos conhecimentos sistematizados que configuram o saber escolar, circulam saberes em diferentes níveis de elaboração, inclusive em relação às práticas discursivas do contexto social mais amplo;

d) **a concepção de saúde e de doença** deve ser entendida como conseqüência de um processo de conhecimento construído histórica e socialmente, a partir do qual as informações científicas sobre o organismo humano representam um aspecto dentro desse processo.

A heterogeneidade das áreas disciplinares que compõem os conteúdos dos programas curriculares das práticas pedagógicas da saúde, bem como a flexibilidade permitida na organização desses conteúdos evidenciam sua característica multidisciplinar, que por sua vez possibilita um transitar pelos diferentes enfoques. Como foi discutido anteriormente com nossos interlocutores, o enfoque biológico, o aspecto informacional, o conhecimento sistematizado é que têm predominado em detrimento de suas múltiplas possibilidades. Mais do que a composição curricular, é necessário repensar um modo de articular esses saberes sobre saúde - que são construídos através da interrelação entre diferentes abordagens - com os saberes que a criança já possui.

Essa articulação pressupõe uma finalidade diferente daquela que tem predominado na discussão da temática no ambiente da escola, assim como destina ao professor um outro papel nas relações de ensino-aprendizagem, cujos reflexos são resultado de um novo olhar para a criança na escola.

REFERÊNCIAS

ALVARENGA, A. T. Reflexões acerca da abordagem sociológica do crescimento e do desenvolvimento da criança no campo da saúde pública: aspectos teóricos-metodológicos In: **CDH - Revista Brasileira de Crescimento e Desenvolvimento Humano**: v.1, n.2, São Paulo, jul./dez. 1991.

ARYÈS, P. **História social da infância e da família**. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986.

BAGNATO, M.H.S. **A contribuição educativa dos programas de saúde na 5ª série do 1º grau**. São Carlos: SP,

- UFSCAR, 1987 (Dissertação de Mestrado)
- BRASIL, Conselho Federal de Educação (CFE). Parecer n. 2264. **Documento**, 165,1974.
- BRASIL, Congresso Nacional. Lei n. 5692/71. **Diário Oficial**, 12 de agosto de 1971.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: Introdução**. Brasília: MEC/SEF, 1997.
- BRUZZO,C., 1989. **Em nome da saúde... da ordem e do progresso**. Discurso e prática dos médicos do Serviço Sanitário paulista no final do século XIX. Campinas, SP: Faculdade de Educação da UNICAMP. (Dissertação de Mestrado).
- BUSQUETS, M.D. et.al. **Los Temas Transversales: Claves de la formación integral**. España: Santillana, 1993.162p.
- CANGUILHEM, G. **O normal e o patológico**. Rio de Janeiro: Forense Universitária,1995. 307p.
- CARVALHO, Olgamir F. A escola como mercado de trabalho: uma contribuição ao debate sobre a formação do educador. IN: **Educação e Sociedade**, São Paulo, n.32, p.58-72, 1989.
- CHAUÍ, M. **O que é ideologia**. São Paulo: Brasiliense, 1980, 126p.
- COLLARES, C.A L. **Influência da merenda escolar no rendimento em alfabetização: um estudo experimental**. São Paulo: Fundação Escola de Sociologia e Política de São Paulo, 1982. (Tese de doutorado)
- COLLARES,C.A.L. e MOYSÉS, M.A.A A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico. **Cultura e Saúde na escola**. São Paulo: FDE, p. 25-31, 1994. (Série Idéias, 23).
- _____. A história não contada dos distúrbios de aprendizagem. **Cadernos CEDES**. Campinas: Papirus/Cedes, n. 28, p.31-48,1992.
- CONNEL, R. W. Pobreza e Educação. In: GENTILI, P. (Org.). **Pedagogia da exclusão: crítica ao neoliberalismo em educação**. Petrópolis, RJ: Vozes, 1995.
- COSTA, N. R. Estado, educação e saúde: a higiene da vida cotidiana. **Cadernos CEDES**, n. 4, p.5-27, 1984.
- DELEUZE, G. **Foucault**. Tradução de José Carlos Rodrigues. Lisboa: Veja, [s.d.].
- DONNANGELO, M.C.F. e PEREIRA, L. **Saúde e Sociedade**. São Paulo: Duas Cidades, 1979.
- ESPOSITO, Y. L. Desnutrição e cognição. In: **Cadernos de Pesquisa**, 14. São Paulo: Fundação Carlos Chagas, p.87-96, 1975.
- FOUCAULT,M. **O nascimento da clínica**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1994. 241p.
- FREIRE, P. **Pedagogia do oprimido**. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 1987.
- GATTI, B. A, et al. A reprodução na 1ª série do 1º grau: um estudo de caso. **Cadernos de Pesquisa**. São Paulo, no. 38, p 3-13, 1981
- GERALDI, C.M.G. Algumas condições de produção dos Parâmetros Curriculares Nacionais, [s.d.]. (Mimeogr.).

GHIRALDELLI JR, P. Educação e movimento operário na Primeira República. Leitura: Teoria e Prática. Campinas, SP, n.6, p.3-9, 1985.

MOREIRA, A . F.B. Os parâmetros curriculares nacionais mais uma vez em questão. Apresentado no IV Congresso Estadual Paulista sobre a Formação do Educador. Águas de S. Pedro, maio,1996 (Mimeogr.).

KRAMER, S. Propostas pedagógicas ou curriculares: Subsídios para uma leitura crítica. Educação & Sociedade, 60, 1997, p.15-35.

KRAWCZYK, N. A gestão escolar: um campo minado... Análise das propostas de 11 municípios brasileiros.In: **Educação & Sociedade**, 67.Campinas, SP, 1999.p.112-150.

MELO, J. A. C. de. Educação sanitária: uma visão crítica. **Cadernos CEDES**, n. 4, p.28-43, 1984.

MOYSÉS, M.A A e LIMA, G.Z. Desnutrição e fracasso escolar: uma relação tão simples? **Revista ANDE**, 1(5), p.57-

MOYSÉS, M. A A . **A institucionalização invisível: crianças que não aprendem na escola**. Campinas, SP: Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1998. 393p. (Tese de Livre Docência) 61,1982.

NICÁCIO, M. C. **A saúde dimensionada por uma concepção de mundo: um estudo das representações do professor**. São Paulo: UFSCAR, 1983. (Dissertação de Mestrado)

NOVAES, H.M.D. **A puericultura em questão**. São Paulo: USP,1979. (Dissertação de mestrado) 148p.

OAB/SP. **Sentença Brasil 1999: 27ª** sessão do Tribunal Permanente dos Povos. Projeto NOX. [online] Brasil: São Paulo, 1999 (19 de março),19p. Disponível na Internet.URL: <<http://www/oab-sp.com.br/tribunaldosprovos/mam1.asp?pg-1.10.13>>.

ORLANDI, E.P. **A linguagem e seu funcionamento: as formas do discurso**. Campinas, SP: Pontes, 1996.

PATTO, M. H. S. **A produção do fracasso escolar: histórias de submissão e rebeldia**. São Paulo: T. A . Queiroz, 1993. 385p.

POLACK, J.C. **La medicine du capital**. Paris : Maspero, 1971.

RIVORÊDO, C. R. S. F. **Por uma história de uma dor: mentalidades médicas, neonatologistas e a dor em recém-nascidos**. Campinas, SP : Faculdade de Ciências Médicas da UNICAMP, 1996. (Tese, Doutorado em Pediatria)

SAVIANI, D. Tendências e correntes da educação brasileira. In: MENDES, D.T.(Coord.) **Filosofia da educação brasileira**. Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, p.19-49, 1983. 239p.

SAVIANI, D. **A nova lei da educação: LDB Trajetória, limites e perspectivas**. Campinas: Editores Associados, 1997. 242p.

SILVA, L.L.C. **A saúde escolar em Campo Grande/MS: seu discurso, suas promessas**. Campinas, SP. Faculdade de Educação da UNICAMP, 1999. (Tese de Doutorado)

SILVEIRA, G. T. **O ensino em saúde no sistema estadual de ensino**: do discurso legal à prática. São Paulo: USP, 1994. (Dissertação de Mestrado)

SPAZZIANI, M.L. **O ensino da saúde na escola de 1º grau**: proposta para uma abordagem interdisciplinar. Rio de Janeiro: UFRJ, 1990. (Dissertação de Mestrado)

VYGOTSKY, L.S. *A formação social da mente*. São Paulo: Martins Fontes, 1989a.

VYGOTSKY, L.S. **Pensamento e linguagem**. São Paulo: Martins Fontes, 1989b.

WERTSCH, J. V. **Voces de la mente**. Un enfoque sociocultural para el estudio de la acción mediada. Aprendizaje: Visor, 1993.185p.

Maria de Lourdes Spazziani

Professora Doutora do Programa de
Mestrado em Educação
Centro Universitário Moura Lacerda /
Ribeirão Preto/ SP

e-mail: spazzian@ig.com.br

telefone: (0xx16 – 624-1679)