

A saúde entra na Escola

Iolanda Universina Montano dos Santos*

Resumo:

Nesta discussão ressalto a relação entre o discurso pedagógico e o discurso terapêutico através da postura higienista, com a formação dos bons hábitos para a produção de um sujeito considerável saudável/normal. Nesse sentido, procuro mostrar algumas articulações entre Educação e Saúde e apontar que o *lugar* da saúde escolar, no currículo e na vida escolar, parece seguir um *lugar* de disciplinamento e normalização. Dessa forma, procuro discutir a complexidade da concepção de saúde, contribuindo para a discussão de questões relativas aos processos de inclusão na escola.

Palavras-chave:

Inclusão. Saúde escolar. Higiene escolar. Disciplinamento. Normalização.

* Doutoranda do Curso de Pós-Graduação em Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Supervisora Educacional da Escola Estadual de Ensino Fundamental Visconde de Pelotas – Porto Alegre – RS.

Health enters the school

Abstract:

This discussion highlights the relationship between pedagogic and medical discourses from a public health perspective that emphasizes the education of good habits for the production of an individual considered to be normally healthy. The paper presents some articulations between Education and Health and indicates that the *place* of school health, in the curricula and life of the school, appears to follow the *place* of discipline and normalization. Thus, the paper sought to discuss the complexity of the concept of health, and to contribute to the discussion of questions related to the processes of inclusion in schools.

Key words:

Inclusion. school health. Discipline. Normalization.

Quando a criança entra na escola, está plantando a primeira sementinha de seu futuro. E para que a planta cresça, o aprendizado deve ser pleno. Mas nem sempre isto acontece. Daí a campanha “Quem ouve bem aprende melhor!” (BRASIL, 2001a).

A discussão que apresento é parte de uma pesquisa que buscou problematizar algumas campanhas de saúde¹ realizadas na escola, discutindo o caráter curativo/terapêutico da Pedagogia. Estas campanhas foram analisadas com base no pensamento de Michel Foucault, entre outros autores que assumem uma perspectiva pós-estruturalista.

Este texto procura mostrar algumas articulações e implicações entre Educação e Saúde e apontar que o *lugar* da Saúde Escolar, no currículo e na vida escolar, parece seguir um *lugar* de disciplinamento e normalização. Em outras palavras, que proponho é desnaturalizar e desconstruir algumas idéias a respeito da Educação em Saúde, que tem sido considerada como uma prática *positiva* em termos de prevenção à doença e de promoção da saúde. Nesta discussão, resalto a interlocução entre o discurso pedagógico e o discurso terapêutico, a partir da postura higienista, enfatizando os bons hábitos para a formação de bons sujeitos (SANTOS, 2004).

É importante salientar que neste artigo não tenho a pretensão de apontar a melhor forma de Educação em Saúde e muito menos denunciar suas possíveis falhas no currículo escolar. Também não se trata de estudar a organização curricular e didática do campo que se convencionou denominar Educação e Saúde. O que procuro mostrar são algumas articulações e implicações entre Educação e Saúde, como campos que se constituem em espaços de normalização, disciplinarização e regulação social. Assim como não é meu objetivo aprofundar discussões em torno da emergência da Educação e da Saúde no cenário brasileiro, mas fazer algumas reflexões e problematizações sobre a questão da saúde considerada como um ideal universal de normas, padrões e comportamentos “saudáveis e higiênicos”.

Seguindo esta direção, organizei este texto em quatro seções. Na primeira seção, procuro contextualizar de forma breve a história da saúde no Brasil no final do século XIX e início do século XX até nossos dias, citando alguns exemplos, com o propósito de enfatizar o discurso médico e psicológico como práticas que historicamente se ocuparam da constituição do campo educacional. Na segunda, problematizo a saúde escolar como uma área que se utiliza de estraté-

gias para regular a vida e a conduta das crianças na escola. Na terceira seção, discuto *o exame* como uma prática que combina as técnicas de hierarquização e normalização estabelecendo, dessa forma, uma visibilidade sobre os sujeitos. E, por último, faço algumas considerações ao repensar o quanto tais práticas sanitárias de prevenção de doenças e de regulação da saúde estariam associadas às formas de inclusão e exclusão na escola.

Contextualizando a saúde

Os discursos sobre a Educação em Saúde têm nos levados a pensar o quanto esta área tem reforçado e propagado práticas consideradas saudáveis e universais como algo que seja realmente bom para todos. E talvez seja por isso que a disciplina Educação em Saúde passe a ter um papel cada vez mais importante nos currículos oficiais das escolas. Parece ficar evidente que a Educação em Saúde acabou por ser incorporada não só nos currículos escolares, onde se manifesta, explicitamente, de forma reduzida e normativa, mas também nos programas governamentais no campo da Saúde Pública e nos programas de alguns movimentos sociais (MEYER, 1998).

Baseado em tais preocupações é que, de certa maneira, pode-se observar o registro crescente de leis, decretos e discussões de cunho acadêmico e político em torno dessa área que se consolidará como Saúde Escolar. Articulado a essa questão, vários autores têm apontado alguns impasses no campo do currículo no sentido de pensar algumas alternativas no âmbito da engenharia curricular. Um exemplo, considerado como alternativo, que vale a pena referir são os temas transversais, essa invenção que se insere nas tentativas de resolver e recuperar, pela interdisciplinaridade, a pretensa unidade do mundo. De certa forma, podemos considerar que os temas transversais além de introduzirem, no currículo, diversos assuntos da atualidade, eles estariam operando no sentido de criar ou facilitar novas percepções espaciais (VEIGA-NETO, 2002b). É importante ressaltar a forma como estou entendendo o currículo, isto é, o currículo como um artefato escolar que funciona como uma estrutura classificatória-disciplinar e que acaba funcionando também como um poderoso dispositivo subjetivante, envolvendo a própria gênese do sujeito moderno.

Para iniciar esta discussão sobre a saúde escolar, ressalto que a saúde *entra* na escola brasileira “como parte de suas preocupações e atribuições, no final do século XIX, considerando-se aí tanto a dimensão assistencial, quanto o desenvol-

vimento de hábitos, atitudes e valores compatíveis com uma determinada concepção de indivíduo saudável.” (MEYER, 1998, p. 5).

Considerando que a saúde *entra* (está) na escola como decorrência do movimento higienista no início do século XX, Mengue (apud MEYER, 1998) salienta que “ensinar saúde” passa a ser entendido como uma prática de levar crianças e adolescentes a adquirirem *bons hábitos de saúde*, evidenciando, nesse ensino, um suposto componente moral e disciplinar. Nesse sentido, os temas selecionados assumem um caráter relevante na medida em que parece sugerir a formação de um tipo “ideal” de aluno. Então, os temas como hábitos adequados de higiene, aparência física desejada, postura corporal e assuntos relacionados ao sexo vão ser ainda mais desenvolvidos e reforçados com o advento do movimento eugênico a partir de 1930, que criou, sob a égide da ciência, um modelo de homem a ser atingido conforme os padrões das classes dominantes; física e moralmente, a educação da saúde criou o *aluno ideal* baseada nesses padrões de comportamentos considerados saudáveis.

Portanto, no contexto brasileiro, a escolarização começou a ser alvo do discurso higienista na transição do século XIX para o século XX. Contudo, tal discurso não se detinha somente nas condições ambientais da escola. De certa forma, ele pretendia intervir no domínio pedagógico, considerando que a Pedagogia científica que se estava a construir não poderia se consumir sem assentar-se na fundamentação do saber médico. Conforme Rocha (2003), a era da higiene exigia uma transformação nos métodos e processos de ensino e na formação dos professores. Tal transformação deslocaria os métodos de ensino da lição teórica, das regras e conselhos, possibilitando a fixação de um conjunto de hábitos voltados para preservação da saúde individual e coletiva.

Essa nova face que se pretendia conferir à educação sanitária, que teria como objetivo desenvolver hábitos e atitudes saudáveis nas crianças, baseou-se na Psicologia para ampliar a discussão sobre as questões pedagógicas. Em outras palavras, distingue-se a Pedagogia do bom senso ao conferir-lhe caráter de cientificidade, invocando assim a Psicologia como ciência capaz de ensinar sobre a natureza da criança e, por essa via, responder às questões que diziam respeito às formas de ensinar, evitando os maus hábitos e inculcando os bons (ROCHA, 2003).

Em se tratando do Rio Grande do Sul, Stephanou (1998) discute, neste contexto, *o exame* de discursos médicos das primeiras décadas do século XX que permitiu constatar o caráter estratégico atribuído à educação do povo, particular-

mente a educação escolar. Como diz Mario Totta (apud STEPHANOU, 1998, p. 26), “a influência da escola acompanha o homem por toda a vida; a escola é o destino.” Nessa direção, talvez a escola pudesse corrigir os defeitos de educação herdados da família, por vezes, inserida num meio considerado pobre, promíscuo ou lascivo. E ainda, a escola poderia até atender a todas as crianças e informá-las, mas o que parece ter sido seu objetivo principal foi o de formar uma consciência sanitária pela promoção de uma rotina saudável, pela influência de um ambiente escolar higienicamente organizado, pela prática do asseio e da moralidade. Tendo em vista tal argumento, pode-se perceber a máxima “informar para formar” que caracterizou alguns currículos escolares da época, quando, por exemplo, inaugurou-se a disciplina denominada *ginástica e higiene*, organizada, e muitas vezes ministrada, pelos próprios médicos que atuavam na escola.

Considerando a saúde como um direito, conforme o estabelecido na Declaração Universal dos Direitos Humanos da Organização das Nações Unidas em 1948, pode-se perceber uma mudança de paradigma em relação à concepção de saúde. Isto é, começa-se a colocar em cheque a perspectiva biológica, individualista, mecanicista e curativista de saúde. Isso se pode perceber com o advento da chamada Medicina Científica que conforma, de forma hegemônica, o ensino e a assistência no campo da saúde ao longo do século XX. Em estudos posteriores, algumas críticas foram feitas em relação a tais perspectivas, pois Meyer (1998, p. 9) diz que:

começa por explicitar-se uma ampliação e uma complexificação do processo saúde/doença, que nos permite entender a saúde, hoje, como a capacidade de interação e reação física e emocional que indivíduos e grupos desenvolvem e exercitam no seu cotidiano, quando enfrentam a vida em sua complexidade; nesta complexidade o biológico é apenas uma dimensão a ser compreendida a partir de sua inserção nas condições sociais, econômicas, políticas e culturais vigentes nas sociedades, em diferentes momentos históricos.

É importante dizer que, de acordo com a Lei 5692/71 e regulamentada pelo parecer n. 2264/74, a Educação em Saúde, denominada de Programas de Saúde, considera que a educação da saúde deve evidenciar que *saúde* é o resultado de múltiplos fatores ligados às diversas áreas de atividade humana. Por isso, possui implicações com diversos campos do conhecimento e não é consequência apenas da assistência médica. Por conseguinte, sugere-se que os conteúdos desta “disci-

plina” sejam trabalhados ao longo do desenvolvimento do currículo, principalmente nos anos iniciais do Ensino Fundamental e não em momentos estanques e em horários previamente determinados.

Cabe aqui ressaltar as disposições gerais da Educação Básica na Lei 9394/96, em vigor, Seção I, artigo 22, quando se refere que esta modalidade de ensino tem por finalidades “desenvolver o educando, assegurar-lhe a formação comum indispensável para o exercício da cidadania e fornecer-lhe meios para progredir no trabalho e nos estudos” (BRASIL, 1996, p. 9). E, ainda, no artigo 25, parágrafo único, salienta que cabe ao respectivo sistema de ensino, à vista das condições disponíveis e das características regionais e locais, estabelecer parâmetro para atendimento adequado de cada estabelecimento de ensino (BRASIL, 1996).

Em relação à questão da transversalidade temática, conforme anunciei acima, apresentada no documento Parâmetros Curriculares Nacionais (primeiro e segundo ciclos do Ensino Fundamental) no que diz respeito à educação como um dos fatores mais significativos para a promoção da saúde e visto como uma possibilidade de favorecer um ensino interdisciplinar, tal documento resalta que:

Ao educar para a saúde, de forma contextualizada e sistemática, o professor e a comunidade escolar contribuem de maneira decisiva na formação de cidadãos capazes de atuar em favor da melhoria dos níveis de saúde pessoais e da coletividade [...] (BRASIL, 1997, p. 85)

[...] o tratamento transversal do tema deve-se exatamente ao fato de sua abordagem dar-se no cotidiano da experiência e não no estudo de uma matéria. (BRASIL, 1997, p. 99).

Este documento (PCN), segundo Veiga-Neto (2002a, p. 215), não pretende se apresentar como “um currículo mínimo comum ou um conjunto de conteúdos obrigatórios de ensino, mas como uma proposta aberta e flexível, em que os conteúdos [são] organizados a partir de blocos ou eixos temáticos, em função das especificidades de cada área”. Esse seria o caráter de abrangência e perenidade destes documentos, evidenciado por este autor, uma vez que não se apresentam como grades curriculares, mas como recomendações ou parâmetros curriculares. Tais documentos trazem algumas alternativas no âmbito da “engenharia curricular”, como diz Veiga-Neto (2002b, p. 180), ao se referir aos temas transversais como a possibilidade de promover uma “saúdável integração dos saberes” e de certa forma favorecer um ensino interdisciplinar. Sobre os temas transversais, este autor diz o seguinte:

Tudo parece se passar como se tais temas transversais fizessem uma costura entre vários e vários campos de saberes; nesse sentido, sugiro que eles são homólogos às relações econômicas, num mundo globalizado, tal como essas relações são pensadas por vários ideólogos da globalização. [...] poderemos considerar que os temas transversais fazem bem mais do que se proclama; além de introduzirem, no currículo, assuntos da atualidade que não deixam de ser da maior importância – como as relações étnicas, os problemas ambientais etc. –, eles podem estar operando no sentido de criar ou facilitar novas percepções espaciais que, ao mesmo tempo em que reconhecem os lugares específicos – ou lugares epistemológicos e simbólicos traçados pelas disciplinas –, eles pressupõem, num outro plano, uma continuidade sem barreiras, capaz de servir de amplas vias para a fantasmagoria.² (VEIGA-NETO, 2002a, p. 219)

Para alguns autores torna-se necessário questionar o que se tem chamado de currículo nacional e entender o currículo como um espaço que ganha vida nas salas de aula, quando experienciado pelos estudantes. Parece ser neste ponto que alguns autores, como, por exemplo, Zumwalt (apud MOREIRA, 1996), consideram a idéia de currículo nacional uma contradição. Pode-se pensar que tal contradição está na impossibilidade de um país como o Brasil, com tantas diversidades culturais, poder viver e experienciar um currículo nacionalmente. É importante destacar que currículo e controle se interconectam e que o currículo está necessariamente envolvido em processos de regulação e governamento³ da conduta dos sujeitos.

O parecer elaborado pela Faculdade de Educação da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (1996) sobre os Parâmetros Curriculares Nacionais, discute, por exemplo, a noção de currículo centrada na transmissão, na medida em que tal noção está presente na definição dos resultados de aprendizagem mediante uma hierarquia remanescente da Taxionomia de Bloom: fatos, conceitos, princípios etc. Nessa concepção de currículo parece ficar evidente a escolha de uma nomenclatura, digamos assim, convencional que descreve as seqüências de ensino e aprendizagem (objetivos, conteúdos, orientações didáticas, avaliação), na qual a noção de conteúdos ocupa um papel central e privilegiado. De certa maneira, o que parece também ficar claro é o viés psicologizante que percorre este

documento. Nesse sentido, a base teórica sobre a qual repousa o documento introdutório é a Psicologia e a Psicopedagogia.

Nessa direção, as críticas feitas por Latapí (apud MOREIRA, 1996) em relação aos Parâmetros Curriculares Nacionais para o Ensino Fundamental (BRASIL, 1997), apontam, por exemplo, o tipo de sujeito que a proposta de currículo nacional parece desejar formar tendo como ênfase a valorização do indivíduo, a sua capacidade de iniciativa e sua competitividade. De maneira geral, deseja-se formar “uma mentalidade econômica, pragmática e realizadora, orientada para a produtividade, para o lucro e para o consumo.” (LATAPÍ apud MOREIRA, 1996, p. 12). De acordo com Moreira (1996), parece que a intenção de produzir escolas, mestres e estudantes comprometidos com a emancipação de indivíduos e grupos considerados oprimidos e com o desenvolvimento de uma sociedade “verdadeiramente” democrática não se afinam com o discurso neoliberal.

O que esse documento – PCN – enfatiza aos professores é a necessidade de se educar para a saúde levando em conta todos os aspectos envolvidos na formação de hábitos e atitudes que acontecem no dia-a-dia da escola. Por esta razão, a Educação para a Saúde será tratada como tema transversal, permeando todas as áreas que compõem o currículo escolar, assim como irá se utilizar de estratégias para regular a vida e a conduta das crianças na escola. Pode-se pensar, portanto, a saúde escolar como uma área que engloba, ao mesmo tempo, “o atendimento à saúde da criança em idade escolar (como prática assistencial) e o ensino de normas, valores e hábitos relativos à aquisição, conservação e recuperação da saúde (programas de saúde, educação para a saúde e, mais recentemente, educação em saúde).” (MEYER, 1998, p. 6). Esta autora, em seus estudos, apresenta alguns pressupostos que estão implicados na discussão que envolve a complexidade da concepção de saúde, a sua inserção no currículo e no cotidiano escolares e sua articulação com a cidadania.

Dessa forma, o que se pode observar, ao longo de um processo histórico, é um certo deslocamento da concepção de saúde, isso é, de uma vertente que apresentava a saúde como sendo a ausência de doença para uma vertente (segunda metade do século XX) que entende a saúde como um direito ao exercício da cidadania. Seguindo esse raciocínio, é importante ressaltar que a construção da definição, conquista e efetivação desse direito, passa também pela escola e pela sala de aula e se configura como uma das dimensões do exercício da docência.

O controle dos corpos saudáveis

Segundo Dreyfus e Rabinow (1995), pode-se dizer que em praticamente todas as sociedades se encontra alguma forma de controle sobre o corpo. Mas o que parece caracterizar o poder disciplinar é o fato de ele dividir o corpo em partes e o treinar com o objetivo de fazer as partes e o todo funcionarem de forma mais eficiente. Isto acontece de uma forma sutil e contínua, numa rede de micropoderes, incluindo o uso do espaço, do tempo e das práticas cotidianas.

Vista sob esta perspectiva, a “Educação em Saúde⁴ pode contribuir para o exercício de biopoder porque envolve disciplina e normas de comportamentos que têm por objetivo promover uma boa saúde.” (GASTALDO, 1997 p. 148). O biopoder (esse novo tipo de poder que apareceu no final do século XVIII), toma o corpo coletivamente, num novo conjunto de corpos, a população; trata-se de um corpo com uma multiplicidade de cabeças.

A partir de tais considerações, pode-se discutir a biopolítica que é o pólo do biopoder que emprega controles e intervenções reguladores para manejar a população; e a política anatômica, no outro pólo, que enfoca o corpo como sendo uma máquina. Esse novo tipo de poder, o biopoder,

se aplica à vida dos indivíduos; mesmo que se fale nos corpos dos indivíduos, o que importa é que tais corpos são tomados naquilo que eles têm em comum: a vida, o pertencimento a uma espécie. Se o poder disciplinar fazia uma anátomo-política do corpo, o biopoder faz uma biopolítica da espécie humana. (VEIGA-NETO, 2003, p. 87).

De acordo com a definição de Foucault (1997b, p. 89), as biopolíticas representam “a maneira pela qual se tentou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças.” Nesse sentido, o objetivo das biopolíticas era organizar a vida, cultivá-la, protegê-la, regulá-la, controlar e compensar suas contingências, delimitando as suas possibilidades biológicas ao encaixá-las em um formato preestabelecido e definido como “normal”.

De uma maneira geral, é a norma o elemento que vai circular entre o disciplinar e o regulamentador; que vai se aplicar, da mesma forma, ao corpo e à população; que permite a um só tempo controlar a ordem disciplinar do corpo e os acontecimentos aleatórios de uma multiplicidade biológica. Portanto, a norma

é o que pode tanto se aplicar a um corpo que se quer disciplinar quanto a uma população que se quer regulamentar. Enquanto as disciplinas têm uma abrangência local, agem num nível microfísico, a segurança destina-se a gerir populações, passando para um nível biopolítico. Foucault (1997a) ressalta que a população, este “novo” personagem, estará presente na passagem da disciplina a uma outra economia de poder, as seguranças. Salienta também que tanto a disciplina quanto os mecanismos de segurança são diferentes faces da normalização.

O que interessa enfatizar é que o par população-riqueza (em seus diferentes aspectos: fiscalidade, penúrias, despovoamento, ociosidade-mendicância-vagabundagem) pode ser considerado como objeto privilegiado da nova razão governamental na medida em que constitui uma das condições de formação da economia política. Portanto, pode-se pensar que foi com o entrecruzamento da ciência das populações, higiene pública e também da pedagogia, consideradas como disciplinas, que estas foram inscritas nos quadros gerais de uma biopolítica a partir do momento em que “se tentou, desde o século XVIII, racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças [...]” (FOUCAULT, 1997b, p. 89).

O importante aqui é perceber que o biopoder não se opõe ao poder disciplinar, mas, ao contrário disso, é complementar a este, isso é, tanto o biopoder quanto o poder disciplinar são tecnologias de poder complementares. Se o poder disciplinar é uma tecnologia centrada no corpo e, portanto, um mecanismo de individualização, o biopoder aparece como uma tecnologia exercida sobre a vida, sobre a espécie e não sobre o indivíduo, constituindo-se num mecanismo de massificação. Da mesma forma, como diz Foucault (1999a), que a tecnologia do poder disciplinar tem como objeto a sujeição do corpo do indivíduo, tornando-o dócil, manipulável, a tecnologia do biopoder é exercida sobre um corpo, mas não um corpo individual e, sim, coletivo. Esse novo corpo político, distinto do corpo individual e do corpo social, a um só tempo instituído por e objeto sobre o qual o biopoder se exerce, é a *população*.

Desse modo, para se governar uma população é necessário *observar as constantes e as variáveis* que são próprias dessa população (escolar) e, também, para que tais condições se modifiquem é preciso que se faça *intervenções específicas*.

Associado a isso se pode entender a escola como uma maquinaria onde os velhos imperativos – cuidar, curar, reformar, punir – estão articulados a estratégias sociais e políticas no sentido de regular a vida e a conduta das crianças por meio de uma ação sobre suas capacidades físicas, mentais e psicológicas. O que

estou querendo sugerir – e essa questão me parece central nesta discussão –, é como o Estado toma como seu objeto fenômenos tais como o número de sujeitos, as idades, o estado de saúde, os hábitos e os vícios de uma determinada população. Refiro-me a uma certa forma de buscar “a realização de fins sociais e políticos através da ação, de uma maneira calculada, sobre as forças, as atividades e as relações dos indivíduos que constituem uma população” (ROSE, 1998, p. 35) – especificamente, nesta discussão, a população escolar. Nesse sentido, é que se pode dizer que as ações que são distribuídas microscopicamente pelo tecido social podem ser chamadas de “práticas de governo”.

Considerando tais argumentos, a instituição escolar é o diagrama que se constrói para encerrar a infância e a adolescência. Encerrá-la “tanto do ponto de vista topológico ou corpóreo quanto do ponto de vista das categorias que a Pedagogia elaborou para construí-la.” (NARODOWSKI, 1998, p. 172). A infância representa a justificação da Pedagogia enquanto disciplina humana, mas também constitui o campo do real que pertence ao discurso pedagógico e no qual esse deve atuar: educando, disciplinando, instruindo, desenvolvendo.

O controle positivo da vida da criança, a que Machado (1978) se refere, diz respeito à instituição medicalizada que justifica a importância da criança para a sociedade. Nessa concepção, o progresso da sociedade depende do desenvolvimento saudável de cada indivíduo. Ao defender a saúde física e mental, a Medicina também estaria comprometida com os ideais considerados nobres da educação. Por conseguinte, a criança parece ser o objeto privilegiado da Medicina, tematizada como fase específica e como fase primeira de uma existência. Dos cuidados com esta etapa dependem as outras etapas da vida. Tal afirmativa remete-me aos dizeres, por exemplo, do folheto relativo à Campanha Nacional pela Saúde do Escolar *Quem ouve bem, aprende melhor!* (BRASIL, 2001b, p. 1), quando esta se dirige aos professores:

Caro professor, cara professora,
Ouvir bem é muito importante para a vida do escolar. Mesmo perdas auditivas leves podem dificultar o aprendizado. Uma deficiência auditiva fácil de ser resolvida pode virar uma dificuldade para o resto da vida se for percebida muito tarde. Sabemos que cerca de 4% das crianças com sete anos de idade estão sujeitas à perda de audição. É por causa desse número e do sucesso da experiência anterior (foram atendidas 265.000 crianças), que estamos fazendo a terceira campanha “Quem Ouve Bem, Aprende Melhor!”. Queremos tratar com carinho a audição de cerca de três milhões de crianças da 2ª série do ensino fundamental de 40 mil escolas públicas (aquelas que cursaram a 1ª série no ano passado são o público-alvo da campanha). E sem você não iremos a lugar nenhum. (BRASIL, 2001b, p. 1).

Portanto, não aplicar um suposto saber médico nas instituições de ensino significa comprometer o futuro da sociedade e, mais imediatamente, modificar a escola *de* centro de formação de cidadãos sadios e úteis – que é um dos seus objetivos principais – *em* uma ameaça a seus alunos. Vale ressaltar que o professor passa a ter uma autoridade legitimada (poder/saber) amparada pela Pedagogia científica e o saber médico. Dessa forma, pode-se perceber a necessidade de o professor se tornar um *expert* nas questões da saúde escolar. Em outras palavras, os professores tornam-se *experts* em todos e em cada um dos alunos, observando-os, examinando-os e categorizando-os a todo o momento; precisam adquirir e treinar o assim chamado “olho clínico”. O que me interessa ao trazer tais questões da Psicologia assim como da Medicina é justamente mostrar o quanto tais campos estão engendrados na escola.

A partir das análises foucaultianas, foi no decorrer do século XVIII, no contexto europeu, que os saberes do campo psicologia tornaram-se saberes tanto médicos – como análise e tratamento das anomalias de comportamento –, quanto judiciários – como regramento e controle sobre a boa conduta social.

Foucault (apud CECCIM, 1998) nos mostra este processo ao descrever a história da medicalização, isto é, o nascimento de uma Medicina geral, voltada à regulação médica da sociedade, pela classificação do que é saudável ou doentio, o que é saúde e o que é doença, o que é normal e o que é patológico, envolvendo o ambiente, as coisas, as pessoas, os lugares, os hábitos, os modos de ser etc. O saber em *saúde* passa a ser entendido como prevenção ou tratamento de *doenças*. Nesse sentido, pode-se entender que “saúde e doença não são conceitos definitivos, tampouco são conceitos em oposição, mas ambos dizem respeito à sobrevivência, à qualidade de vida ou à própria produção da vida.” (CECCIM, 1998, p. 38).

De certa maneira, pode-se perceber que, aos poucos, os próprios comportamentos dos homens foram sendo abordados como doença e absorvidos pela Medicina. Os valores morais intitulados de higiene social serviram para localizar como doença tudo aquilo que escapava aos padrões de sociedade que se pretendia impor à população.

Cabe aqui dizer que atualmente nas escolas públicas estaduais de Porto Alegre, por exemplo, não encontramos mais a presença diária do médico e do psicólogo; mas quero ressaltar que foram criadas outras estratégias de controle cuja finalidade é prestar atendimento médico e psicológico às crianças e adoles-

centes e também aos seus familiares. Mediante uma ficha de encaminhamento, preenchida pelo orientador educacional da escola, por exemplo, o aluno é encaminhado à determinada instituição de saúde. Nessa ficha, são preenchidas as seguintes informações: dados de identificação do aluno, motivo do encaminhamento, providências adotadas na escola, atendimentos extra-escolares e os resultados obtidos com as providências adotadas.

Diante dessa “ausência do médico e do psicólogo na escola”, o professor, o supervisor e o orientador educacional vêm a ocupar, de certa forma, os seus lugares, na medida em que cabe a estes profissionais (da escola) realizarem as primeiras investigações. Nesse contexto, tais investigações dizem respeito a um suposto diagnóstico e ao devido encaminhamento às instituições competentes. A exemplo disso, os órgãos governamentais fazem um grande apelo, através de carta endereçada aos professores, para que a comunidade escolar participe –, alunos freqüentando a escola e professores se auto-capacitando para melhor diagnosticar e intervir nas dificuldades apresentadas pelos alunos. Eis um fragmento do folheto relativo à Campanha Nacional de Reabilitação Visual *Olho no olho* (BRASIL, 2002):

Todos os alunos da 1ª. série/2003 deverão ser submetidos ao teste de acuidade visual. A escola deverá aplicar a triagem para os alunos faltosos, de forma que nenhuma criança fique sem o atendimento devido. A continuidade e o êxito da campanha dependem sobremaneira da sua participação e colaboração, já que os professores são os responsáveis pela realização do teste de acuidade visual nos alunos, etapa principal dos trabalhos. (BRASIL, 2002, p. 1).

Associado a isso, Varela e Alvarez-Uría (1992) mostram o quanto a autoridade pedagógica parece estar reforçada ao ser o professor um funcionário público. Ao seu poder enquanto agente e porta-voz das regulamentações do Estado soma-se a posse da “ciência pedagógica” adquirida nas Escolas Normais. O que parece estar em jogo é todo um saber técnico sobre as condições dos corpos dos estudantes que tem como objetivo manter a boa ordem e disciplina em sala de aula e, por extensão na sociedade – *o que é ser e como se deve ser* disciplinado. Em caso necessário, para manter a boa ordem do corpo, a Pedagogia como ciência se alicerça na Psicologia e na Psicopedagogia para produzir e legitimar, pelo *exame*, novas verdades no campo educativo.

O exame como uma forma de hierarquização e normalização

Vale dizer que a inspeção médico-escolar representou, inicialmente, uma atividade importante, pois consistia em examinar os alunos tanto no momento do seu ingresso na escola quanto no decorrer do período escolar. Sendo assim, o médico responsável elaborava uma ficha individual de cada aluno registrando todas as ocorrências de sua saúde e de seus comportamentos. Os alunos portadores de doenças eram afastados da escola, quando o tratamento necessitava de cuidados especiais. Procurava-se, desta forma, salvaguardar a saúde individual e coletiva, no intuito de construir “agregações sadias” (STEPHANOU, 1997).

No entendimento de Stephanou (1997), um amplo leque de ações caracteriza a inserção médica nas escolas. Seja atuando diretamente, seja orientando professores e funcionários (a visita de enfermeiras, nutricionistas, dentistas), os médicos do Rio Grande do Sul consolidaram seu lugar dentre os projetos educativos nos anos de 1920-1930. Portanto, legitimados pelo discurso da verdade e da ciência, puderam, dessa forma, executar projetos, produzir saberes e instaurar novas práticas nas escolas. Segundo esta mesma autora, examinar cuidadosamente cada aluno, informar para formar, educar pelo exemplo, atingir as famílias, oportunizar vivências saudáveis pelo contato com um espaço higienizado e por uma rotina adequada, voltar a atenção do indivíduo para si mesmo, parecem ter sido os eixos mais importantes das práticas médico-educativas. O que parece evidente nestas questões, é uma grande preocupação em “erradicar comportamentos defeituosos, corrigir atitudes, instaurar novos modos de ser e prevenir outros que adjetivam, em linhas gerais, os propósitos que norteavam a formulação destas estratégias médico-educativas.” (STEPHANOU, 1998, p. 28). Mas, parece-me que essas práticas, nas escolas, pouco mudaram. Conforme o exemplo abaixo, continuamos a utilizar essas estratégias médico-educativas em nossas escolas.

O que tenho percebido com base em leituras e apreciações de diversos materiais produzidos pelos projetos de escolas, pelas campanhas e pelas parcerias sobre saúde na escola é quanto os campos da Educação e da Saúde estão inter-relacionados e implicados em uma relação de poder e saber. A observação que trago serve como exemplo de assuntos que norteiam diversos encontros entre os profissionais da saúde e da educação que acontecem dentro e fora do espaço escolar. Tais assuntos são: importância da saúde física e mental da criança e do adolescente como forma preventiva de um bom desempenho escolar; importân-

cia de se estabelecer um vínculo entre escola e família; encaminhamentos dos alunos para os serviços de saúde escolar; avaliação psicodiagnóstica da criança e do adolescente; importância do trabalho pedagógico tendo como enfoque principal a saúde e a não doença; o médico na família; serviços de assessoria e consultoria que são oferecidos às escolas.

Um outro exemplo que se pode observar são as parcerias que acontecem entre algumas Faculdades de Medicina e as instituições escolares do Ensino Fundamental para realizarem exames e ou diagnósticos sobre a saúde dos alunos, especificamente, da rede pública estadual. Tal trabalho incluiu procedimentos de orientação para estilos de vida saudáveis e triagem dos possíveis problemas de saúde. Para que este trabalho (entrevista e exame) ocorresse foi necessária a autorização dos pais dos alunos e a supervisão direta de um professor da escola. Os alunos da escola foram entrevistados sobre suas práticas promotoras de saúde e o exame físico incluía avaliação antropométrica, acuidade visual e auditiva, aferição da pressão arterial, pesquisa de escoliose e saúde bucal. E, ainda, foi solicitado aos alunos que trouxessem suas carteiras ou registros de imunizações (as carteiras de vacina), pois esses documentos foram considerados fundamentais para a avaliação. Sendo assim, cada turma tinha sua ficha médica preenchida com os dados de cada aluno: turma, idade, altura, peso, pressão arterial, visão, audição, observações feitas pelos médicos e assinatura do aluno examinado.

Para mostrar algumas implicações dessas práticas é que lanço mão da concepção de exame formulada por Foucault (1999, p. 154):

o exame combina as técnicas da hierarquia que vigia e as da sanção que normaliza. É um controle normalizante, uma vigilância que permite qualificar, classificar e punir. Estabelece sobre os indivíduos uma visibilidade através da qual eles são diferenciados e sancionados. E é por isso que, em todos os dispositivos de disciplina, o exame é altamente ritualizado. Nele vem-se reunir a cerimônia do poder e a forma da experiência, a demonstração da força e o estabelecimento da verdade.

É possível reconhecer que a *observação acurada e sistemática* de cada um e de todos caracterizou o exame como dispositivo da disciplina, controle e vigilância, permitindo qualificar, classificar e excluir aqueles que pudessem constituir perigo à coletividade. É importante assinalar que foi a partir das inspeções, observando as condições físicas do prédio escolar, a distribuição e circulação dos corpos

nesse espaço, a definição do projeto pedagógico e a atuação dos demais agentes, especialmente os professores, que a presença do médico fez-se contínua nas escolas.

Do mesmo modo, que o hospital torna-se “disciplinado”, no qual a inspeção descontínua e rápida se transforma em uma observação regular que coloca o doente em situação de exame quase que contínuo, a escola também se torna um lugar de exame ininterrupto que acompanha não só o processo de ensino e aprendizagem do aluno, mas também controla a sua saúde. Cabe ressaltar, segundo Foucault (1999, p. 155), que

o exame permite ao mestre, ao mesmo tempo em que transmite seu saber, levantar um campo de conhecimentos sobre seus alunos. [...] o exame é na escola uma verdadeira e constante troca de saberes: garante a passagem dos conhecimentos do mestre ao aluno, mas retira do aluno um saber destinado e reservado ao mestre. A escola torna-se o local de elaboração da pedagogia.

Desse modo, este autor vem nos dizer que “o exame supõe um mecanismo que articula um certo tipo de formação de saber a uma certa forma de exercício de poder.” (FOUCAULT, 1999, p. 156).

Com base em tais argumentos, pode-se dizer que a infância é a idade (de ouro) mais propícia para um trabalho produtivo de educação da saúde. De certa forma, isso está associado às características de maleabilidade e adaptabilidade consideradas próprias da natureza infantil. Parece que daí vem a necessidade de oportunizar a experiência ou aprendizagem de hábitos de higiene e de saúde nos lugares que as crianças freqüentam, em especial, a família e a escola.

Considerando que a escola, além do objetivo de formar individualmente atitudes e comportamentos considerados mais civilizados em cada sujeito, associa-se a uma estética higiênica, pode-se pensar numa situação análoga em nossos dias com a preocupação, digamos assim, moral com outros problemas de grandes dimensões sociais: o consumo de álcool, o uso de drogas, a prevenção das doenças sexualmente transmissíveis e da gravidez na adolescência.

De maneira geral, pode-se dizer que Saúde e Educação foram concebidas em sentido amplo, isto é, a saúde era pensada nos seus aspectos físicos, mentais e morais, com repercussões individuais e inclusive sociais, e a educação parecia não se resumir à transmissão de conhecimentos, muito embora, como vimos, os médicos defendessem a necessidade de informar o povo para salvá-lo da ignorância.

Enfim, mais do que coagir ou reprimir, à educação competia (e ainda compete) preparar a criança e o adolescente para dominarem, eles próprios, suas vontades e viver a vida de forma plena e saudável.

Considerações finais

O que, de certa forma, procurei discutir foi *como* tais práticas oportunizaram (e oportunizam) aos sujeitos leituras de si e do seu contexto, regulando e produzindo modos de ser com relação à prevenção de doenças e à regulação da saúde como uma das formas de inclusão e exclusão na escola. A pertinência dessa aproximação está no fato de que, a partir da compreensão histórica da saúde no contexto brasileiro, pode-se localizar a sua constituição no interior de processos e contextos sociais, políticos e culturais, assim como entender algumas práticas como sendo contingentes, arbitrárias e até excludentes.

O que estou discutindo deve se entendido para além da idéia de que os discursos sempre estão soltos num determinado tempo e num determinado lugar. O que é preciso entender é que os discursos sobre a saúde são histórias construídas e moldadas pela vontade de poder e saber de seus sujeitos. O que estou querendo ressaltar é que os sujeitos que pertencem a uma mesma cultura compartilham seus significados, que estão implicados nos processos de construção de identidade e de diferenciação. Nesta perspectiva, conforme a discussão de Souza (2000), é possível pensar no corpo-identidade como efeito material dos micropoderes existentes nas práticas discursivas da cultura, que ordenam e regulam nos corpos os gestos, o comportamento e as maneiras como as pessoas vêm a si e aos outros.

Nesse sentido, uma das questões importantes a ser apontada refere-se à dificuldade que temos em lidar com as diferenças que “desencadeia a produção de conceitos gerais e universais – como uma forma de igualar o desigual (nunca uma folha é inteiramente igual a outra, mas um único conceito deve abarcar todas elas).” (DELEUZE, 1976, p. 3). Nessa direção, se faz relevante a discussão sobre a tentativa de homogeneizar todas as misturas como forma de incluir as diferenças ao mesmo tempo em que exclui àqueles que não se adaptam às suas exigências.

Com base nesses argumentos, vale salientar que o interesse pela pureza e o associado interesse pela higiene tem uma relação mais do que acidental com a fragilidade da ordem. A *ordem* significa um meio regular e estável para os nossos

atos; um mundo em que as probabilidades dos acontecimentos não estejam ao acaso, mas arrumadas numa hierarquia estrita – de modo que certos acontecimentos sejam altamente prováveis, outros menos prováveis, alguns virtualmente impossíveis (BAUMAN, 1998). Bauman (2001) faz uma interessante discussão quando associa inicialmente o *projeto moderno* aos processos de *liquefação* e de *derretimentos dos sólidos*, não para construir um mundo livre, mas para substituir os sólidos existentes (deficientes e defeituosos) por outros (melhorados e talvez perfeitos).

Resta-nos perguntar se a partir de tais tentativas de homogeneização não estaríamos dando maior visibilidade às diferenças e, com isso, acentuando as categorias dos deficientes, dos anormais, assim como fixando rótulos de “especiais” e “incluídos”. Nessa operação é que me parece produtivo e necessário problematizar em que medida as políticas de inclusão estariam discutindo a integração social desses sujeitos, por exemplo, na escola de ensino regular. E, ainda, em que medida os sistemas de ensino estariam assegurando aos alunos com necessidades educacionais especiais currículos, métodos, técnicas, recursos educativos e organizações específicas para atender às suas necessidades, assim como oferecer terminalidade específica, professores com especialização adequada, educação especial para o trabalho e acesso aos benefícios dos programas sociais.

Como forma de concluir, gostaria de salientar que a argumentação apresentada até aqui teve por objetivo repensar as práticas sanitárias no espaço escolar que pareceu ocupar-se com a missão de reformar os modos, elevar moralmente e civilizar os sujeitos, enfim torná-los aptos... Junto a essa discussão, o que parece estar em movimento seria uma vontade de saber, sempre ativada por uma vontade de poder, que inclui variadas estratégias como, por exemplo, distribuição diferencial de recursos orçamentários, discursos panfletários, manuais didáticos, entre outros (VEIGA-NETO, 2001).

Parece que a educação escolarizada continua a ser considerada como uma das maiores responsáveis por uma construção social mais igualitária e justa (saúde, direitos humanos, crescimento econômico, entre outros), assegurando ao educando uma formação para o exercício da cidadania. Penso que é a partir desse contexto, que se pode problematizar a escola como um suposto lugar capaz de promover a inclusão de todos os diferentes (aqueles que a Modernidade chamou de “anormais”, “deficientes”).

Notas

- 1 Vale dizer que no Brasil, o direito universal à saúde foi explicitado pela primeira vez no texto da Constituição da Organização Mundial da Saúde, subscrito por 61 países em 22 de julho de 1946, onde se reconhece que “A saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de afecções ou enfermidades” e ainda que “A fruição do nível máximo da saúde que se possa adquirir é um dos direitos fundamentais de todo ser humano sem distinção de sexo, raça, religião, ideologia política e condição econômica e social.” (MOURA apud MEYER, 1998, p. 9).
- 2 Segundo este autor, “a fantasmagoria é um fenômeno em que os acontecimentos remotos – mais ou menos desconectados do nosso mundo imediato – acabam nos penetrando e assumindo tal importância a ponto de mudar o rumo do nosso dia-a-dia.” (VEIGA-NETO, 2002b, p. 173). Dito de outra maneira, tais acontecimentos nos chegam com outro significado, outro sentido. Para uma discussão minuciosa sobre esta questão, vide Harvey (2001) e Veiga-Neto (2002b).
- 3 Veiga-Neto (2001a) propõe a utilização do termo *governamento* em substituição ao termo *governo*. O termo *governamento* (português) é tradução da palavra *gouvernement*, fazendo distinção a *gouverne*, ou seja, diferenciando a instância do Estado (a instância que governa) do ato ou ação de governar. Se no uso trivial a palavra *governo* por si só parece dar conta de vários sentidos, no uso mais aguçado da crítica foucaultiana à Razão Política ela não agüenta, isso é, ela semanticamente não dá conta dos significados que dela se reclamam. “Sua ambigüidade manifesta-se a cada momento em que ela aparece, exigindo que o leitor decida de que governo se está falando.” (VEIGA-NETO, 2002c, p. 21). Para Foucault (1999a), não se trata de pensar o poder e a ação política como algo que se possa distribuir, no Estado, a partir de um centro de irradiação, mas se trata de pensar a ação sendo distribuída microscopicamente pelo tecido social; por isso, parece mais adequado falarmos em “práticas de governo” (VEIGA-NETO, 2002c, p. 21).
- 4 Conforme Gastaldo (1997, p. 164), “Educação e Saúde foi a expressão escolhida para traduzir ‘*health education*’”. Em português, utilizam-se as expressões ‘educação para a saúde’ e ‘educação em saúde’ para designar as práticas educativas realizadas no âmbito da promoção da saúde, enquanto em inglês existe apenas uma expressão.

Referências

- BAUMAN, Zygmunt. *Modernidade líquida*. Rio de Janeiro: Zahar, 2001.
- _____. *O mal-estar da pós-modernidade*. Rio de Janeiro: Zahar, 1998.
- BRASIL. Ministério da Educação. Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação. Conselho Brasileiro de Oftalmologia. *Caro(a) professor(a)*. Brasília, DF, 2002, p. 1. Campanha nacional de reabilitação visual: Olho no olho. 1 folheto.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Prevenção à surdez*. [S.l.: s.n.], 2001a. Campanha nacional pela saúde do escolar – Quem ouve bem, aprende melhor. 1 videocassete (11 min. e 25 seg.), VHS, son. color.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Ministério da Educação. *Caro professor, cara professora*. [S.l.: s.n.], 2001b, p.1. Campanha nacional pela saúde do escolar – Quem ouve bem, aprende melhor. 1 folheto.
- BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. Parâmetros curriculares nacionais: primeiro e segundo ciclos do ensino fundamental: meio ambiente, saúde. Brasília, 1997.
- BRASIL. Ministério de Educação. *Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional*. Brasília, 1996.
- CECCIM, Ricardo Burg. Saúde e doença: reflexão para a educação da saúde. In: MEYER, D. E. (Org.). *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 36-50.
- DELEUZE, Gilles. *Nietzsche e a filosofia*. Tradução de Edmundo Fernandes Dias e Ruth Joffily Dias. Rio de Janeiro: Editora Rio, 1976.
- DREYFUS, Hubert; RABINOW, Paul. *Michel Foucault, uma trajetória filosófica: para além do estruturalismo e da hermenêutica*. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.
- FOUCAULT, Michel. *Em defesa da sociedade: curso do Collège de France (1975-1976)*. São Paulo: Martins Fontes, 1999a.
- _____. Nascimento da biopolítica. In: _____. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997b. p. 87-97.
- _____. Segurança, território e população. In: _____. *Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)*. Rio de Janeiro: Zahar, 1997a. p. 81-86.
- PONTO DE VISTA, Florianópolis, n. 8, p. 97-120, 2006

FOUCAULT, Michel. *Vigiar e punir: nascimento da prisão*. Petrópolis: Vozes, 1999.

GASTALDO, Denise. É a educação em saúde “saudável”? Repensando a educação em saúde através do conceito de biopoder. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 22, n. 1, p. 147-168, 1997.

HARVEY, David. *Condição pós-moderna: uma pesquisa sobre as origens da mudança cultural*. São Paulo: Loyola, 2001.

MACHADO, Roberto et al. Medicalizar as instituições. In: _____. *Danação da norma: medicina social e constituição da psiquiatria no Brasil*. São Paulo: Graal, 1978. p. 278-352.

MEYER, Dagmar Estermann. Educação em saúde na escola: transversalidade ou silenciamento? In: _____. (Org.). *Saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 5-17.

MOREIRA, Antônio Flávio. Os Parâmetros Curriculares Nacionais em questão. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 10-22, jan./jun. 1996.

NARODOWSKI, Mariano. Adeus à infância (e a escola que a educava). In: SILVA, Luiz Heron da (Org.). *A escola cidadã no contexto da globalização*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 172-177.

ROCHA, Heloísa Helena Pimenta. *A higienização dos costumes: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo (1918-1925)*. Campinas, SP: Mercado das Letras/FAPESP, 2003.

ROSE, Nikolas. Governando a alma: a formação do eu privado. In: SILVA, Tomaz Tadeu (Org.). *Liberdades reguladas: a pedagogia construtivista e outras formas de governo do eu*. Petrópolis: Vozes, 1998. p. 30-45.

SANTOS, Iolanda U. Montano dos. *Cuidar e curar para governar: as campanhas de saúde na escola*. 2004. Dissertação (Mestrado em Educação)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SOUZA, Nádia Geisa Silveira. Representações do corpo-identidade em histórias de vida. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 25, p. 95-116, jul./dez. 2000.

STEPHANOU, Maria. Currículo escolar e educação da saúde: um pouco de história do presente. In: MEYER, Dagmar Estermann (Org.). *A saúde e sexualidade na escola*. Porto Alegre: Mediação, 1998. p. 19-36.

_____. Uma forma de formação: médicos na escola profissional. *Veritas*, Porto Alegre, v. 42, n. 2, p. 291-306, jun. 1997.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL. Faculdade de Educação. Dossiê: parâmetros curriculares nacionais: Documento 1. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 21, n. 1, p. 229-241, jan./jun. 1996.

VARELA, Júlia; ALVAREZ-URÍA, Fernando. A maquinaria escolar. *Teoria & Educação*, Porto Alegre, n. 6, p. 68-96, 1992.

VEIGA-NETO, Alfredo. *Foucault & educação*. Belo Horizonte: Autêntica, 2003.

_____. Espaço e currículo. In: LOPES, Alice Casimiro; MACEDO, Elisabeth (Org.). *Disciplinas e integração curricular: história e políticas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002a. p. 201-220.

_____. De geometrias, currículo e diferenças. *Educação & Sociedade*, Campinas, v. 23, n. 79, p. 163-186, 2002b.

VEIGA-NETO, Alfredo. Coisas do governo... In: RAGO, Margareth; ORLANDI, Luiz Lacerda; VEIGA-NETO, Alfredo (Org.). *Imagens de Foucault e Deleuze: ressonâncias nietzschianas*. Rio de Janeiro: DP&A, 2002c. p. 13-34.

_____. Currículo e exclusão social. In: CANEN, Ana; MOREIRA, Antonio Flávio (Org.). *Ênfases e omissões no currículo*. Campinas: Papirus, 2001. p. 229-240.

_____. *Governo ou governamento?* Porto Alegre: FRGS/FACED/PPGEDU, 2001a. Trabalho inédito.

Iolanda Universina Montano dos Santos

End. profissional: Rua Arthur Rocha, n. 200

Fone/Fax: 3332-1238

End. residencial: Rua José Otávio Mânica, n. 246

Fone/Fax: 3232-1192

CEP: 90850-320

Porto Alegre – RS

E-mail: imontano@via-rs.net

Recebido em: 01/09/2005

Aprovado em: 17/12/2005