

A nutrição no foco do Programa Saúde na Escola: reflexões sobre o processo de medicalização

Liliane Alves da Luz Teles
Mestre em Educação pela
Universidade Federal da Bahia
lili_psiqee@hotmail.com

Resumo: A medicalização é entendida como um processo que escamoteia grandes questões sociais, reduzindo-as a problemas individuais, orgânicos e biológicos. Historicamente, as explicações sobre a dificuldade no processo de escolarização estão carregadas de preconceitos e estigmas contra as crianças em situação de pobreza. Um dos discursos mais comumente associados ao fracasso é a desnutrição, que, apesar de ser um grave problema social, não produz sequelas que comprometam a aprendizagem escolar. Porém, políticas públicas em educação e saúde contrariam essa perspectiva, e esse é o caso do Programa Saúde na Escola (PSE), foco de nossa discussão. Através de uma análise breve do PSE, podemos perceber que a concepção da desnutrição como produtora do fracasso escolar subsidia as ações dessa política. Assim, propomo-nos a discutir como o discurso medicalizante pode naturalizar e reduzir o fenômeno, através de concepções reducionistas que não contribuem efetivamente para a superação do fracasso escolar.

Palavras-chave: Medicalização. Programa Saúde na Escola. Fracasso Escolar.

Introdução

O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade vem promovendo diversos debates a respeito do processo de medicalização, atuando no âmbito político e social, especialmente no que se refere às políticas públicas produzidas no cerne desse discurso. A medicalização é entendida como uma apropriação do discurso médico para explicar fenômenos de ordem social, que, por sua vez, são reduzidos ao campo da patologia, individualizando e naturalizando questões produzidas no contexto histórico, cultural e econômico.

Em seus estudos, Guarido (2008) afirma que o termo medicalização não é recente, pois foi utilizado na literatura a partir da década de 70 do século XX, embora ainda seja comumente associado, no senso comum, à medicação ou à prática médica. Vale ressaltar que a medicalização é uma prática discursiva a partir da difusão do saber médico no tecido social. (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009) Obviamente, o conhecimento produzido pelas ciências médicas e por suas práticas estão no cerne da discussão sobre o processo de medicalização, mas não se restringem a ele. O discurso medicalizante pode ser produzido na prática de outros campos de saber, como a Pedagogia, a Psicopedagogia, a Psicologia, a Fonoaudiologia etc.,

pois está presente nas diversas esferas da vida, sendo legitimado por profissionais de diferentes áreas de atuação. O mais importante é compreender como esse discurso vem silenciando as problemáticas que são produzidas socialmente, centrando as explicações no campo individual, orgânico e biológico.

Alguns estudos têm utilizado o termo patologização, sugerido também por Collares e Moysés (1994), pois ele possui uma equivalência de sentido com o termo medicalização. Entretanto, o primeiro vem sendo considerado mais abrangente, e seu uso minimiza as possíveis distorções a que a palavra medicalização remete. No entanto, optamos por utilizar o termo medicalização por sua filiação às ações do Fórum e pela sua relevância na literatura, mais facilmente articulado a outros estudos sobre a mesma temática.

A medicalização na educação ganha relevância nas últimas décadas, mas sua produção integra a construção social e intersubjetiva do homem moderno. (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009) Afirma Guarido (2008) que, como uma produção histórica, a medicalização esteve associada à construção de um “sentimento de infância”, que, por sua vez, se constituiu a partir de “um esforço de civilidade” resultante das práticas da Medicina Social. A infância, a cultura familiar e as práticas escolares foram alvos da ação médico-higiénica, com intuito de produzir um sujeito com hábitos saudáveis, letrado e produtivo. O contexto escolar, como responsável pela “[...] formação moral, comportamental e de hábitos higiênicos de alimentação, de asseio, de contato físico e de trocas afetivas”, foi um ambiente privilegiado para a atuação do Estado. (GUARIDO; VOLTOLINI, 2009, p. 243)

A disseminação desse discurso, através de práticas higienistas e controle dos hábitos da população, no nível individual e coletivo, constitui uma importante via de compreensão sobre as diretrizes e princípios norteadores da ação do poder público na esfera educacional. O aumento do número de projetos legislativos que estão em tramitação com o objetivo de diagnosticar e tratar supostas doenças, com foco na intervenção medicamentosa, revela a complexidade dos interesses envolvidos nessa relação. Com a atenção voltada para essas políticas públicas, nosso objetivo é discutir a medicalização do fracasso escolar e as políticas educacionais, com foco no Programa Saúde na Escola (PSE). Nossa escolha se deu em virtude de as diretrizes do PSE basearem-se em interpretações que

consideram o baixo desempenho escolar como um sintoma de uma deficiência localizada no indivíduo: a desnutrição.

O Programa Saúde na Escola foi instituído a partir do Decreto Presidencial n. 6.286, de 05 de Dezembro de 2007. Segundo esse Decreto, o Programa possui “[...] a finalidade de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde”. (BRASIL, 2007) Porém, ao observar as ações, os objetivos e a clientela prioritária do PSE, notamos a necessidade de analisar criticamente as concepções que estão em jogo nessa articulação entre saúde e educação. Historicamente, essa associação vem trazendo uma série de questões que devem ser problematizadas e que revelam concepções preconceituosas no interior dessas políticas.

O PSE está organizado em quatro componentes: avaliação das condições de saúde; promoção da Saúde e prevenção; educação permanente e capacitação dos profissionais da educação, da saúde e de jovens para o PSE; e monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes e do PSE. Cada um dos componentes incorpora, em seu objetivo, as ações do Programa, a partir do que se compreende como relevante para a atuação nessa relação entre saúde e educação.

De modo não surpreendente, dos quatro componentes descritos no Programa, três abordam a questão nutricional como foco de atuação:

Avaliação Nutricional; Ações de Segurança Alimentar; Promoção da Alimentação Saudável; Promoção da Alimentação Escolar saudável e Formação de hábitos alimentares; Pesquisa Nacional do Perfil Nutricional e Consumo Alimentar dos Escolares [...] com crianças de 6 a 14 anos em todo o país, abordando a gestão do município referente à alimentação escolar; avaliação do perfil da clientela e o controle social sobre o Programa Nacional de Alimentação Escolar.
(BRASIL, 2007, grifo nosso)

Afirmamos “não surpreendente”, pois, como discute Guarido (2008), as explicações sobre a dificuldade no processo de escolarização retornam, de modo camuflado, à patologia e às explicações orgânicas para justificar a não aprendizagem dos alunos. Corriqueiramente, as capas de revista semanais, as revistas temáticas dirigidas a pais e educadores, os jornais e a mídia, como um todo, trazem a temática da dificuldade no processo de escolarização como um problema de origem genética, biológica ou resultante da

deficiência do ambiente em que os alunos vivem. Os diagnósticos patológicos se fazem presentes no senso comum: as supostas disfunções neurológicas e a desnutrição são as explicações mais recorrentes no discurso dos profissionais de saúde e educação e na opinião do homem comum. (COLLARES; MOYSÉS, 1994)

De uma maneira geral, as explicações estão mais baseadas em mitos do que em pesquisas realizadas pela ciência médica. Parte-se de uma concepção reducionista do processo saúde e doença como um problema individual, no qual a dimensão social aparece apenas como uma variável a ser considerada, e, nesse sentido, trata-se de um “social abstrato, imponderável, imutável; uma concepção que tem medicalizado as grandes questões sociais.” (MOYSÉS, 1985, p. 30) Sendo a desnutrição um grave problema social no Brasil, consideramos que a problemática possui sua relevância no campo das políticas públicas, não como uma prática medicalizante, mas no que se refere à distribuição da renda e à diminuição da pobreza que produz esse quadro, pois “a fome, a desnutrição, o fracasso escolar são, antes de tudo, o reflexo de um estado onde direitos e cidadania ainda constituem ideais.” (MOYSÉS; COLLARES, 1995, p. 35)

Assim, como nos ensina Moysés (1985), partimos de uma análise da dimensão social sobre o Programa Saúde na Escola, na perspectiva de problematizar as explicações reducionistas do fracasso escolar, tomando como referência a desnutrição, já que esse é um dos principais focos do Programa.

Desnutrição e fracasso escolar: as controvérsias de um discurso medicalizante

A produção do fracasso escolar, obra desenvolvida por Patto (1996), é considerada um marco histórico na compreensão das políticas educacionais no processo de democratização da educação pública. A obra problematiza o quanto as explicações sobre as dificuldades no processo de escolarização estiveram centradas na criança e nas famílias. Tais explicações, analisadas pela autora, demonstram seu caráter ideológico, resultante de teorias racistas, legitimadas no campo científico. Nessas concepções, as crianças pobres seriam portadoras de inúmeras deficiências e problemas de desenvolvimento, dentre os quais, a desnutrição.

O que se destaca é a suposição de que o baixo rendimento escolar de um enorme contingente de crianças matriculadas em

escolas de todo Brasil teria, na desnutrição, uma das suas explicações. Assim, a desnutrição produziria deficiências físicas e mentais que as impediriam de aprender. Essa explicação foi facilmente capturada no senso comum, pois a desnutrição, de fato, é um grande problema social que atinge milhares de crianças. Entretanto, é importante ressaltar que a fome é “[...] a principal causa da incidência de desnutrição em crianças, e esta fome é consequência direta da má distribuição de renda existente em nossa sociedade”. (COLLARES, 1996, p. 26) Dessa forma, estamos tratando não de um problema orgânico, individual, mas de um problema social, já que essa desnutrição “é produzida por um quadro de exclusão social, que inviabiliza o acesso de uma considerável parcela da população à alimentação adequada.” (SAWAYA, 2006, p. 135)

Porém, de acordo com Collares e Moysés (1994), é fundamental destacar que há controvérsias sobre a influência da desnutrição no desenvolvimento cognitivo. Primeiramente, porque a desnutrição pode interferir no desenvolvimento das funções intelectuais superiores quando se refere à condição de desnutrição grave, de longa duração, e que ocorre quando o sistema nervoso central está se desenvolvendo, no início da vida. No estudo realizado pelas autoras, crianças matriculadas na rede pública de ensino geralmente são portadoras de desnutrição de primeiro grau, ou seja, um grau que não afeta o desenvolvimento do sistema nervoso central, não produz lesões irreversíveis e, portanto, não torna a criança deficiente mental, incapaz de aprender. Dessa maneira, o que geralmente ocorre é que crianças portadoras de desnutrição leve acabam por sacrificar seu crescimento físico, apresentando um déficit de peso e estatura em relação à sua idade, para manter seu metabolismo: exames clínicos e laboratoriais indicam que essas crianças são normais.

Permeado pela concepção de que as crianças não aprendem na escola por serem desnutridas, e de que, por sua vez, essa desnutrição seria decorrente de hábitos alimentares inadequados, o Programa de Merenda Escolar é implantado, propondo-se a erradicar ou diminuir a desnutrição, e, daí, minimizar o fracasso escolar. Essa discussão é bastante antiga no campo da saúde e da educação, especialmente quando se refere a esse Programa, tema já trabalhado por Moysés e Collares (1995). Essas autoras ressaltam que ele é destinado a suprir as necessidades básicas da fome do dia

das crianças que frequentam a escola e, nesse sentido, é necessário diferenciar fome de desnutrição.

Segundo as autoras, de forma simplificada, poderíamos conceituar a desnutrição como o estágio mais avançado da fome, quando ela deixa de corresponder somente uma necessidade básica não atendida, ou seja, o direito à alimentação adequada, e se transforma numa doença. Quando o organismo de uma criança deixa de se alimentar, de modo a não suprir a necessidade energética do organismo, num primeiro momento, a fome será a reação imediata. Ela, por sua vez, produz uma indisponibilidade para qualquer atividade, como brincar, trabalhar, estudar etc. É uma necessidade primária, que, ao ser satisfeita, não traz efeitos residuais.

Entretanto, quando a fome se mantém por longo período de tempo e com grande intensidade, a ponto de interferir no metabolismo do corpo, pode se transformar num quadro de desnutrição, gerando, no organismo, a tentativa de reequilibrar essa deficiência, através da adoção de algumas medidas para garantir a sobrevivência da criança. Nesse caso, a desnutrição de primeiro grau produz uma redução na velocidade do crescimento. Seu diagnóstico se dá através da comparação de peso e altura com crianças da mesma faixa etária, pois os exames laboratoriais e físicos não apresentam alterações, já que o organismo tenta equilibrar esse déficit sacrificando os gastos de energia. (MOYSÉS; COLLARES, 1995)

A desnutrição moderada, por sua vez, decorre dos estágios mais avançados nesse quadro, quando o organismo não consegue contrabalançar o metabolismo com a interrupção do crescimento em função da intensidade dessa fome. Esse é o segundo grau da desnutrição, que já revela sinais clínicos importantes nos exames laboratoriais, mas não produz alterações no nível cognitivo. Por fim, a desnutrição de terceiro grau, ou desnutrição grave, é caracterizada como um comprometimento dos sinais clínicos, de modo que as reações metabólicas não atendidas podem produzir um risco iminente de morte. Esse é o grau menos frequente entre a população. Ocorre geralmente no primeiro ano de vida, possui um grande risco de letalidade e pode interferir no desenvolvimento das funções cognitivas mais complexas.

Em seus estudos, Moysés e Collares (1995) concluíram que grande parcela da população que frequenta a escola não apresenta comprometimento orgânico algum produzido pela desnutrição que possa interferir no processo de aprendizagem. Explicam as

autoras que crianças que tiveram desnutrição grave no início da vida dificilmente chegam à escola, pois acabam morrendo ainda no primeiro ano de vida. Por outro lado, mesmo no caso da desnutrição grave, apesar de reconhecer as possíveis implicações nas funções cognitivas mais complexas, as autoras afirmam que o processo de alfabetização é relativamente simples, quando comparado às habilidades que o homem pode desenvolver e que não estão presentes aos sete anos de idade.

Assim, os programas de alimentação, como no caso dos que se destinam à merenda escolar, possuem um caráter suplementar, pois não são capazes de resolver o problema da desnutrição. A merenda escolar é um direito que a criança possui de se alimentar a cada quatro horas, uma necessidade fisiológica que deve ser atendida independentemente da situação socioeconômica ou do quadro clínico nutricional. Portanto, deve-se “[...] desvincular a merenda da concepção paliativa para carências que ela não pode suprir e impedir sua utilização na minimização de problemas tão graves como a desnutrição e o fracasso escolar.” (MOYSÉS; COLLARES, 1995, p. 34)

Como um direito, a merenda supre a necessidade primária da fome durante o período em que a criança fica na escola, uma fome que pode interferir na disposição da criança para as atividades, mas não produz sequelas, não altera a anatomia, não é irreversível. (MOYSÉS; COLLARES, 1995) A merenda mata a fome do dia, possibilitando à criança mais disposição para aprender, o que não é o suficiente para resolver o fracasso escolar. Nesse sentido, “a desnutrição pode interferir no desenvolvimento cognitivo das crianças, porém os mecanismos de seleção – e exclusão – social são tão mais intensos e perversos que tornam virtuais os possíveis efeitos da desnutrição.” (MOYSÉS; COLLARES, 1995, p. 51)

Sawaya (2006) e Collares e Moysés (1994) demonstraram que as pesquisas relacionadas à desnutrição e ao fracasso escolar analisam a criança desnutrida, sua estrutura familiar e suas condições de vida mediante aplicação de entrevistas fechadas e testes padronizados que se baseiam em escalas de desenvolvimento, de acordo com uma determinada expectativa para a faixa etária. Em tais análises, a desnutrição é percebida como um problema individual, sendo investigado fora de um contexto mais amplo e desconsiderando as condições da sua produção. Porém, essa é uma das principais

explicações para o fracasso escolar nos discursos de profissionais de saúde e educação, seguida das disfunções neurológicas:

A má alimentação é a causa do fracasso escolar, porque a desnutrição afeta o cérebro. [...]

As consequências da desnutrição, como é de se esperar, são desastrosas para o futuro escolar, já que este tem sua capacidade mental lesada. [...]

Uma criança desnutrida já nasce com sequelas, com pouco potencial, não recuperando condições necessárias a um melhor desenvolvimento da aprendizagem. (MOYSÉS; COLLARES, 1997, p. 64)

Como as próprias autoras afirmam, não é possível discernir a que profissional “pertence” cada uma das falas citadas, pois o elemento constitutivo dos discursos é o mesmo: o suposto déficit cognitivo causado pela desnutrição. Não é por acaso que as opiniões são convergentes, produzidas ideologicamente pelo saber do especialista, que nada mais faz do que “[...] dar credibilidade a preconceitos de raça e de classe, mesmo quando esses pareceres se valem de concepções caducas no campo das ciências humanas.” (PATTO, 2009, p. 408) Tão caducas como as que aparecem nos discursos pautados mais em mitos, estereótipos e preconceitos do que nos próprios princípios de legitimidade da ciência, sendo controversas em sua essência. A serviço de que e de quem está esse saber? Ensina-nos Patto (2009, p. 408) o quanto é importante questionar:

Que ciência é esta que reduz uma complexa questão social a problemas psíquicos? Que ciência é esta que desconsidera as relações de poder numa sociedade dividida, desigual, fundada na exploração e na opressão? Que ciência é esta que não percebe que, numa sociedade assim, ela é instrumento de justificação da exploração econômica e da desigualdade que esta produz? Que ciência é esta que não tem condições teóricas de pensar o seu próprio pensamento do ponto de vista epistemológico e ético-político? Que ciência é esta que desconsidera as especificidades do tempo e do lugar em que foi inventada? Que ciência é esta que forma profissionais que não questionam a competência que lhes é atribuída para dizer sobre as pessoas, que não se perguntam sobre a origem das ideias que carregam e sobre as razões econômicas e políticas subjacentes à invenção das teorias e das aplicações profissionais da ciência que praticam?

Que ciência é esta cujos profissionais não podem e/ou não querem perceber que, quando medem, classificam e redigem laudos para subsidiar medidas de adaptação ao estabelecido ou de segregação, estão exercendo violência que mantém o instituído, produz consentimento e dá força aos que dominam? Que ciência é esta que eterniza seus instrumentos de medida, sem questionar os procedimentos que os construíram e as concepções de inteligência e de normalidade que os presidem? Que ciência é esta que invariavelmente culpa a vítima, imbuída da crença, tomada como verdade inquestionável, de que os reveses que castigam os vitimados são consequência natural de suas próprias características psíquicas?

Desconsiderando a dimensão econômica, política e social, uma ciência que se apoia em relações simplistas para explicar a produção do fracasso escolar legítima e mantém as desigualdades sociais. Do mesmo modo que não podemos isolar a desnutrição dos seus determinantes sociais, também não é possível isolar o desenvolvimento cognitivo da complexa rede de fatores sociais de que faz parte. (COLLARES; MOYSÉS, 1994) Portanto, analisar as contradições presentes no Programa Saúde na Escola implica considerar a complexidade do fracasso escolar nas suas dimensões política e pedagógica.

O Programa Saúde na Escola na contramão da superação do fracasso escolar

A análise do Programa Saúde na Escola, sob um olhar mais atento, permite verificar que ele está baseado na concepção de que a suposta deficiência biopsicossocial de que crianças pobres padecem impede sua aprendizagem. Tal concepção busca as razões do baixo rendimento escolar nas próprias crianças e nas suas precárias condições de vida e de alimentação. (SAWAYA, 2006) Contrariando as discussões disponíveis nas pesquisas que problematizam a relação entre a desnutrição e o baixo desempenho escolar, a questão nutricional aparece com notável relevância no PSE. Tal afirmação pode ser confirmada a partir da definição dos critérios prioritários para a implantação do Programa: cidades e escolas que apresentem um Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB) abaixo de 3,1 pontos.

O IDEB é calculado a cada dois anos, a partir de dados obtidos no Censo Escolar, utilizando-se como parâmetro as taxas de aprovação e abandono escolar, e as médias de desempenho obtidas no Sistema Nacional de Avaliação da Educação Básica (SAEB) e na Prova Brasil. (BRASIL, 2011) Essas últimas são políticas de avaliação em larga escala, que supostamente medem o desempenho escolar dos alunos. Tais avaliações possuem como característica sua padronização e homogeneização, já que se parte do pressuposto de que todas as crianças possuem acesso à educação e aos conteúdos escolares da mesma maneira, desconsiderando as grandes distorções que caracterizam o sistema educacional brasileiro.

O IDEB também segue parâmetros internacionais, sobretudo do Banco Mundial, que interfere na definição das políticas educacionais no que se refere, principalmente, ao financiamento da Educação Básica. Vale ressaltar que a pontuação do IDEB varia de zero a 10, e, segundo os últimos dados consolidados em 2011, a média brasileira do Ensino Fundamental, nos anos iniciais, foi de 5,0; nos anos finais, de 3,9; e, no Ensino Médio, de 3,7 pontos. (BRASIL, 2011) As discussões sobre o IDEB devem ser mais aprofundadas, mas esse não é o foco deste artigo, embora trazê-las nos ajude a retomar a discussão sobre o fracasso escolar como uma produção social, histórica e política. Como esse critério é relevante no PSE, ressaltamos que o fracasso escolar deve ser compreendido no campo coletivo e institucional, como afirma Patto (1996, p. 340):

As explicações do fracasso escolar baseadas nas teorias do déficit e da diferença cultural precisam ser revistas a partir do conhecimento dos mecanismos escolares produtores de dificuldades de aprendizagem. [...] O fracasso da escola pública elementar é o resultado inevitável de um sistema educacional congenitamente gerador de obstáculos à realização de seus objetivos. [...] Reprodução ampliada das condições de produção dominante nas sociedades que as incluem, as relações hierárquicas de poder, a segmentação e a burocratização do trabalho pedagógico, marcas registradas do sistema público de ensino elementar, criam condições institucionais para a adesão dos educadores à singularidade, a uma prática motivada acima de tudo por interesses particulares, a um comportamento caracterizado pelo descompromisso social.

Desse modo, o argumento econômico predomina em muitas políticas educacionais, ao lado da concepção de que o baixo

desempenho acadêmico é resultante da desnutrição dos alunos pobres – tal como preconiza o Programa Saúde na Escola. A questão nutricional, tão difundida no plano de ação do PSE, reduz a complexidade do processo de escolarização ao campo orgânico, como se bastasse apenas avaliar o grau nutricional das crianças, garantir a merenda escolar e ensinar-lhes a ter uma dieta equilibrada.

Assim, as ações são direcionadas a identificar “hábitos alimentares inadequados”, como aparece nos princípios do PSE, para aumentar o IDEB das escolas que estão localizadas, de uma maneira geral, no campo e na periferia dos grandes centros urbanos. Novamente essas políticas partem de uma visão reducionista do fracasso escolar, sem levar em consideração, inclusive, a própria falta de condição de acesso e consumo que caracteriza grande parcela da população brasileira.

Nesse caso, não podemos deixar de destacar o caráter biopolítico do Programa, que se apropria do corpo e do comportamento humano numa concepção que ultrapassa a noção de saúde do indivíduo, moralizando as condutas e os hábitos em torno do seu “bem-estar”. Nesse contexto, como afirma Guarido (2008), a saúde e o corpo se tornam propriedades do discurso medicalizante, que não apenas é redutor quanto ao campo biológico, mas funda uma compreensão da racionalidade do sujeito e da sua condição humana.

Através do seu viés controlador e disciplinador, o Programa normatiza os hábitos e comportamentos das crianças e adolescentes, o que envolve o modo como gerem sua vida, sua alimentação, seu sono, suas práticas de exercício, sua sexualidade. Nesses discursos, as ações desconsideram os problemas sociais que circunscrevem o corpo do sujeito e são produtos de condições materiais resultantes das condições de desigualdade.

Historicamente, a atuação social e coletiva do saber médico passou a ocupar as ações do Estado, ganhando um caráter científico e político, como um foco privilegiado nas ações preventivas e remediativas da infância. Visa-se a intervir no cotidiano da população, sobretudo nas práticas sociais, garantindo um “[...] duplo agenciamento da saúde: contribuir para a economia privada dos costumes, garantindo uma assistência pública enxuta.” (GUARIDO, 2008, p. 43) Assim, o agenciamento do Programa, através dessa articulação entre os Ministérios da Saúde e da Educação, parece tentar solucionar dois sistemas em crise: a educação e a saúde.

O PSE prevê o acompanhamento pelas equipes de atenção primária do Sistema Único de Saúde no contexto escolar. Sabemos que há um esvaziamento de sentido nos princípios de universalidade, equidade e integralidade, devido a uma série de inconsistências na política e na gestão, o que compromete a política do Sistema Único de Saúde (SUS) como um todo. Para uma população carente desse serviço básico, a proposta de oferecer tais serviços na escola é bastante sedutora, mas também é um campo fértil para a legitimação do discurso medicalizante.

É importante ressaltar que os municípios prioritários do Programa geralmente estão inseridos em regiões de grande pobreza e desigualdade social e, portanto, são mais facilmente capturados por esses discursos que tentam associar pobreza e desnutrição a fracasso escolar. Desse modo, “[...] ignora-se o fato de que é nesses contextos onde se concentram todos os vícios e distorções do sistema social e, especificamente, do educacional, e tenta-se encontrar, nestas crianças, uma causa orgânica, inerente a elas, que justifique seu mau rendimento.” (COLLARES, 1996, p. 25) O PSE tem como foco a população que frequenta a escola, partindo-se do pressuposto de que existem condições de acesso universal e igualdade de oportunidades no processo de escolarização, quando, na prática, sabemos que milhares de crianças estão fora da escola. No SUS, o PSE acaba gerando uma dupla exclusão: o direito das crianças à saúde e à educação.

Desse modo, as crianças pobres, que vivenciam a exclusão no processo de escolarização, são rotuladas de deficientes intelectuais em decorrência da desnutrição, o que é legitimado pelo discurso de profissionais que, em seus prontuários, revelam um sujeito genérico, isolado do contexto onde é produzido o fracasso escolar. É fundamental destacar que o discurso medicalizante é um discurso ideológico, pois tais explicações, “longe de serem meras opiniões gratuitas, [...] ganham força ao serem confirmadas por um determinado modo de produzir conhecimentos, que alça opiniões do senso comum ao nível das verdades científicas inquestionáveis.” (PATTO, 1996, p. 341)

Os alunos, outrora encaminhados ao serviço médico, agora são atendidos dentro da própria escola por profissionais que, utilizando todo seu aparato (balança eletrônica, medidor de altura, trena antropométrica, aparelho de pressão etc.), geralmente “[...] não hesitam em atribuir às crianças, sem avaliação aprofundada,

um retardo mental que justificam ser consequência do estado de desnutrição.” (COLLARES, 1996, p. 26) Desse modo, ao analisar o conjunto de ações propostas pelo Programa Saúde na Escola, estamos discutindo não apenas a prática clínica dentro da escola, mas o modo pelo qual esses discursos, carregados de preconceitos sobre a criança pobre, acabam sendo apropriados e naturalizados pelos sujeitos.

Assim, estamos discutindo relações de poder, pois o olhar patologizante do especialista acaba desconsiderando o funcionamento escolar na produção do fracasso escolar. Os dados do IDEB são um recorte dessa realidade, com todas as suas ressalvas. Ao serem interpretados dentro do PSE, nos apresentam como o fracasso escolar é concebido nas políticas educacionais: é o sujeito pobre, desnutrido, que não aprende; o fracasso escolar, e mesmo a desnutrição, são percebidos como um problema orgânico, e não como um problema social.

Ao naturalizar essas explicações, destituem-se os sujeitos de qualquer reflexão crítica sobre esses fenômenos. Dessa maneira, como é descrito na *Carta sobre a Medicalização da Vida* (2011), elaborada pelo Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade (Brasil) e o Fórum Infancias (Argentina), “Tratar questões sociais como se fossem biológicas iguala o mundo da vida ao mundo da natureza. Isentam-se de responsabilidades todas as instâncias de poder, em cujas entranhas são gerados e perpetuados tais problemas”.

O Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade tem como princípio o direito à vida, e, portanto, a “Defesa da educação pública de qualidade, gratuita, democrática, laica, de qualidade e socialmente referenciada para todas e todos; e o Direito à Saúde e defesa do Sistema Único de Saúde (SUS) e seus princípios”. (CONSELHO FEDERAL DE PSICOLOGIA, 2010) Entendemos que atentar para as políticas públicas medicalizantes é envolver, nessa luta, as dimensões sociais e históricas que produzem as dificuldades no processo de escolarização. As políticas de saúde e a educação devem caminhar na direção de garantir que todos tenham acesso a seus direitos numa perspectiva humanista e democrática, e não na direção conformista e mantenedora das condições de desigualdade e injustiça social. Devemos, portanto, superar as formas de controle pautadas no discurso medicalizante, para avançar na perspectiva do cuidado para a transformação dessa realidade.

The focus of nutrition in the School Health Program: Reflections on the process of medicalization

Abstract: The medicalization is understood as a process that transforms major social issues by reducing them to individual problems, organic, biological. Historically explanations about the difficulty in the schooling process are loaded with prejudice and stigma against children in situations of impoverishment. One of the most commonly speeches is associated with malnutrition, which despite being a serious social problem, not producing sequels school learning. However, public policies in education and health contradict that perspective, this is the case the School Health Program, the focus of our discussion. Through a brief analysis of the PSE, we can see that the design of malnutrition as a producer of school failure subsidizes the actions that policy. Thus, we propose to discuss how the medicalized discourse can naturalize and reduce the phenomenon by reducing conceptions that do not contribute effectively to overcome school failure.

Key words: Medicalization. School Health Program. School Failure.

Referências

BRASIL. *Decreto Presidencial n. 6.286, de 5 de dezembro de 2007*. Institui o Programa Saúde na Escola - PSE, e dá outras providências. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm> Acesso em: 13 mar. 2013.

_____. Ministério da Educação. *Prova Brasil 2011*. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?Itemid=324&id=210&option=com_content&view=article>. Acesso em: 15 dez. 2012

CARTA sobre a Medicalização da Vida. 2011. Disponível em: <<http://medicalizacao.com.br/carta-sobre-medicalizacao-da-vida/>>. Acesso em: 23 maio 2013.

COLLARES, C. A. L. Ajudando a desmistificar o fracasso escolar. In: COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. (Org.). *Preconceito no cotidiano escolar: ensino e medicalização*. São Paulo: Cortez; Campinas, SP: Editora Unicamp, 1996. p. 24-28.

COLLARES, C. A. L.; MOYSÉS, M. A. A. *A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico: a patologização da educação*. São Paulo: FDE, 1994. p. 25-31. (Série Ideias, n. 23).

CONSELHO REGIONAL DE SÃO PAULO. *Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade*. 2010. Disponível em: <http://www.crpsp.org.br/medicalizacao/manifesto_forum.aspx>. Acesso em: 13 mar. 2013.

GUARIDO, R. L. *O que não tem remédio, remediado está: medicalização da vida e algumas implicações da presença do saber médico na educação*. 2008. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

GUARIDO, R.; VOLTOLINI, R. O que não tem remédio, remediado está? *Educação em Revista*, Belo Horizonte, v. 25, n. 1, p. 239-263, Abril, 2009.

MOYSES, M. A. A. Fracasso escolar, uma questão medica? *Cadernos Cedes*, Campinas, v. 6, n. 15, p. 7-16, dez. 1985.

MOYSÉS, M. A. A.; COLLARES, C. A. L. Aprofundando a discussão das relações entre desnutrição, fracasso escolar e merenda. *Em Aberto*, Brasília, n. 57, 1995.

_____. *A transformação do espaço pedagógico em espaço clínico*. São Paulo: FDE, 1997. p. 25-31. (Série Ideias, n. 23).

_____. Inteligência abstraída, crianças silenciadas: as avaliações de inteligência. *Psicol. USP*, São Paulo, v. 8, n. 1, 1997.

PATTO, M. H. S. *A produção do fracasso escolar*. São Paulo: T.A. Queiroz, 1996.

_____. De gestores e cães de guarda: sobre psicologia e violência. *Temas psicol.*, São Paulo, v. 17, n. 2, p. 405-415, out. 2009.

SAWAYA S. M. Desnutrição e baixo rendimento escolar: contribuições críticas. *Estudos Avançados*, São Paulo, v. 20 n. 58, p. 133-46, dez. 2006.

Recebido: 17/03/2013 | Aprovado: 02/05/2013