

# Reflexões sobre os Parâmetros Curriculares Nacionais: o que dizem os temas transversais sobre a saúde

## *Reflections on Brazilian Curriculum Parameters: what the transversal them say about health*

**Ricardo Tomasini<sup>1</sup>**

<sup>1</sup> Pedagogo, especialista em Adolescência com Ênfase em Prevenção de Drogas, especialista em Pedagogia Hospitalar e mestre em Educação. Atua como técnico na Escola de Saúde Pública do Paraná, na área de pesquisa, sendo um dos técnicos responsáveis pelo Programa de Pesquisas para o SUS.

### **RESUMO**

O presente artigo pretende estabelecer reflexões sobre os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN), especificamente sobre a parte em que se abordam os temas transversais da saúde para o Ensino Fundamental de 1º e 2º Ciclos (1ª a 4ª Séries). Tem-se, como ponto fundamental do estudo, as teorias do currículo que constroem momentos para a análise e a reflexão do que está pressuposto nos PCN em seus conceitos fundamentais, seus objetivos e conteúdos. O estudo teve como base materiais bibliográficos e documentais, utilizando as principais teorias do currículo, como as de Moreira (1999), Paraskeva (2002), Cherryholmes (1993), Silva (2005), entre outros, e as das cartas e declarações internacionais, as quais direcionaram a promoção da saúde tão propalada neste documento.

**Palavras-chave:** Teorias de Currículo. Promoção da saúde. Parâmetros Curriculares Nacionais. Ensino Fundamental. Temas transversais.

### **ABSTRACT**

*This study aims to establish points of reflection on the Brazilian Curricular Parameters (PCN's), more specifically, the part which discusses the transverse themes of health for the Elementary Education 1<sup>st</sup> and 2<sup>nd</sup> cycles (1<sup>st</sup> to 4<sup>th</sup> grades). Having as a fundamental point, the curriculum theories that build moments to analyze and reflect on what is as a presupposition for the PCN's and their fundamental concepts, objectives and contents. The study had as a basis bibliographic and documentary material, and utilizes the main theories of the curriculum, like Moreira (1999), Paraskeva (2002), Cherryholmes (1993), Silva (2005), among others, the international letters and declarations, which direct health promotion so widely publicized in this document.*

**Key-words:** curriculum theories. Health- health promotion. Brazilian Curricular Parameters. Elementary School. Transverse Themes.

## 1 Introdução

A “apresentação aos temas transversais”, um dos elementos dos PCN (do Ensino Fundamental), versa sobre a responsabilidade da educação na construção de novos hábitos e novas atitudes que orientem a adoção de uma vida mais saudável. Tem-se, assim, a promoção da saúde como elemento norteador da práxis educativa e do respeito à alteridade sociocultural, na qual a educação deve se inspirar no momento de pensar e realizar tais práticas, com vistas à melhoria de sua qualidade e da qualidade de vida.

Referindo-se ao “ensino da saúde”, pretende-se uma educação que seja transformadora de hábitos e atitudes, visando a uma vida saudável e plena, bem como, discute-se a possibilidade de promoção da saúde nos dois primeiros ciclos – 1º Ciclo: 1ª a 2ª Séries; 2º Ciclo: 3ª e 4ª Séries – “[...] organizando conteúdos, critérios de avaliação e orientações didáticas para as atividades integradas às áreas curriculares, aos demais temas transversais e ao cotidiano da vida escolar” (BRASIL, 1997, p. 85).

Mais adiante, confrontaremos o entendimento sobre os conceitos de saúde e de promoção da saúde e, ainda, apresentaremos algumas das origens desses conceitos. Percebemos uma crítica ao conceito de saúde elaborado pela Organização Mundial da Saúde, o qual é extremamente amplo, deixando dúvidas se realmente existe alguém que seja completamente saudável, segundo tal conceito. Em poucas palavras, “Define-se promoção em saúde como uma combinação de apoios educacionais e ambientais que visam a atingir ações e condições de vida conducentes à saúde [...]” (MICHALISZYN, 1999, p. 44).

Traremos para o estudo os pressupostos da promoção em saúde presentes na *Carta de Ottawa* e nas *Declarações de Alma-Ata, de Sundsvall e de Adelaide*, mostrando as origens dos pensamentos e dos fundamentos que aparecem nas “entrelinhas” dos PCN, utilizando-nos, também, das teorias do currículo, que são fundamentos da educação, fazendo, assim, uma simbiose entre os documentos da saúde e as teorias da educação.

## 2 Buscando os conceitos de saúde e promoção da saúde nos Parâmetros Curriculares Nacionais

A concepção de saúde expressa neste documento é de 1948, elaborada pela Organização Mundial da Saúde (OMS): “Saúde é o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença” (BRASIL, 1997, p. 89). Esse conceito tenta trazer uma visão da pessoa como um ser dotado de diversas facetas, as quais deveriam estar em consonância entre si para que se alcance um estado amplo de bem-estar e qualidade de vida.

Esse conceito vem sendo discutido e, de certa forma, impulsiona a construção de outro, o da *Promoção da Saúde*, que, em novembro de 1986, na 1ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em Ottawa, Canadá, foi definido como:

Promoção da saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente. A saúde deve ser vista como um recurso para a vida, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito positivo, que enfatiza os recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas. Assim, a promoção da saúde não é responsabilidade exclusiva do setor saúde e vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global. (CARTA DE OTTAWA, 1986, grifo nosso).

A Carta, publicada após a 1ª Conferência Internacional, foi ratificada e aprimorada em vários outros encontros, como na *Declaração de Jacarta*, em 1997, publicada após a 4ª Conferência Internacional de Promoção da Saúde, em Jacarta, na Indonésia, afirmando-se que:

A promoção da saúde está sendo reconhecida cada vez mais como um elemento essencial para o desenvolvimento da saúde. É um processo para permitir que as pessoas tenham maior controle sobre sua saúde, e para melhorá-la. (DECLARAÇÃO DE JACARTA, 1997).

A título de ilustração, a *Declaração de Alma-Ata* originou-se da realização da Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. O evento, intitulado de Alma-Ata, ocorreu na ex-URSS, em setembro de 1978, e foi de extrema relevância para a saúde em todo o mundo, quando as dificuldades eram gritantes na saúde pública, colocando-a como meta social a ser aprimorada em curto espaço de tempo e preconizando a cooperação entre as diversas instâncias de governos e países. Assim, tal Declaração foi,

na verdade, a primeira a impulsionar as reflexões sobre promoção da saúde como um bem comum, sendo direito e dever de todo cidadão.

Lendo a introdução dos PCN – Saúde, percebe-se, nitidamente, esse conceito implícito, mesmo quando se fala em “educação para a saúde” (BRASIL, 1997, p. 90). Da mesma forma ocorre na citação seguinte: “Interferir sobre o processo saúde/doença está ao alcance de todos e não é uma tarefa a ser delegada, deixando ao cidadão ou à sociedade o papel de objeto da intervenção ‘da natureza’, do poder público, dos profissionais de saúde ou, eventualmente, de vítima do resultado de suas ações” (BRASIL, 1997, p. 90). É preciso que se atente para o fato de que a formação para a saúde não é comum aos profissionais da educação; assim, propõe-se que esses profissionais trabalhem em parceria (quando necessário) com os profissionais da saúde, promovendo ações no ambiente escolar.

Existem vários outros elementos citados nos PCN – Saúde, mas iremos focar, aqui, nos mais próximos aos conteúdos e objetivos propostos no documento.

Aqui se apresentam ensaios de uma desconstrução parcial desse documento, pois este estudo mereceria um espaço maior, mais aprofundado, com um aporte das teorias sociológicas, antropológicas, da saúde e da educação. Voltamos, então, o olhar à teoria pós-estruturalista, que tem como base Michel Foucault e Jacques Derrida, entre vários outros.

A desconstrução visa desfazer a forma tradicional de interpretação dos textos, rompendo com as “verdades” e os “valores”. Busca-se a origem dos pensamentos subjetivos no material a ser estudado e, para melhor exemplificá-la, Cleo H. Cherryholmes comenta e cita Eagleon, que visualiza o movimento intelectual, afirmando que:

A desconstrução desenvolve a ideia de que as oposições binárias com as quais o estruturalismo clássico trabalha representam uma forma de ver que é típica das ideologias. As ideologias gostam de traçar fronteiras rígidas entre o que é aceitável e o que não é, entre eu e não-eu, verdade e falsidade, sentido e não-sentido, razão e loucura, central e marginal, superfície e profundidade. (EAGLEON *apud* CHERRYHOLMES, 1993, p. 11).

Cherryholmes comenta, também, que, para a compreensão de um texto ser mais aprofundada, devemos caminhar por meio do que está visível, explícito no texto em

palavras, bem como, no que não está escrito, mas subentendido, ou, mesmo, no que não está escrito. É preciso buscar o significante (o que expressa o som psiquicamente – representa o que é compreendido), o significado (sentido semântico – conceito da palavra) e o signo (o simbólico, o que representa, por exemplo: a faixa vermelha na placa de estacionar simboliza “proibido estacionar”). Tomaz Tadeu da Silva, escrevendo sobre o pós-estruturalismo, comenta as ideias de Saussure sobre o assunto:

[...] um significante – aquilo que gráfica ou foneticamente representa um significado – determinado não tem um valor absoluto: ele é o que é apenas na medida em que é diferente de outros significantes (SILVA, 2005, p. 120).

### 3 “Ensinar saúde ou educar para a saúde?”

Trilhando os caminhos da desconstrução como forma de entender melhor um texto em seu contexto social, político e cultural, vemos que: “Quando inicia sua vida escolar, a criança traz consigo a valoração de comportamentos favoráveis ou desfavoráveis à saúde oriundos da família e de outros grupos de relação mais direta” (BRASIL, 1997, p. 97). É preciso ficar atento a tais afirmações, pois podem dar uma falsa ideia de etnocentrismo, segundo o qual existe uma cultura que é (na visão do etnocêntrico) superior, mais desenvolvida que a outra. Assim, cairia por terra a proposta de um currículo multicultural, que vise ao respeito à diversidade social, cultural e econômica, bem como, iniciar-se-ia, nesse documento, o polêmico embate de saberes, caminhando para a indução de uma “Guerra de poderes”, como diria Foucault, entre conhecimento científico *versus* saberes populares, certo e errado, falso e verdadeiro. Paulo Freire, quando escreve sobre o respeito aos saberes dos educandos, comenta:

Por isso mesmo, pensar certo coloca ao professor ou, mais amplamente, à escola, o dever de não só respeitar os saberes com que os educandos, sobretudo os das classes populares, chegam a ela – saberes socialmente constituídos na prática comunitária [...] Por que não aproveitar a experiência que têm os alunos de viver em áreas da cidade descuidadas pelo poder público para discutir, por exemplo, a poluição dos riachos, dos córregos e os baixos níveis de bem-estar das populações, os lixões e os riscos que oferecem à saúde das gentes [?]. (FREIRE, 1997, p. 33).

Em muitos momentos, os PCN preconizam o respeito à diversidade sociocultural, frequentemente citado na apresentação aos temas transversais, principalmente no que versa sobre pluralidade cultural e ética, e da mesma forma no documento analisado sobre a saúde. A proposta de desenvolver ações de saúde nas escolas precisa considerar que existe uma diversidade de saberes, de características individuais de cada comunidade, que virão à tona no momento da educação para saúde. Como bem lembra Freire, por que não aproveitar da alteridade no momento de debater sobre saúde? É preciso que, nessas ocasiões, as fragilidades das infraestruturas das cidades e dos estados venham à tona; assim, educadores e profissionais da saúde devem estar prontos para serem questionados quanto à parte que cabe aos estados e municípios no tocante à saúde coletiva. Por exemplo, ao discutir responsabilidades para a prevenção de doenças como as verminoses, alguns dos fatores determinantes são higiene pessoal – lavar as mãos antes de se alimentar, lavar bem frutas e verduras antes de consumi-las –, mas existem atributos que são da vigilância sanitária, como o controle da higiene de estabelecimentos comerciais e o do uso de agrotóxicos. O saneamento básico é um direito garantido constitucionalmente e, portanto, dever do Estado. É preciso que, antes de indicar soluções para os problemas, reflita-se sobre o fato de que ambos os lados precisam assumir suas responsabilidades e, também, compartilhar seus saberes.

Voltamos, assim, o olhar a Foucault, que concebe o poder:

[...] não como algo que se possui, nem como algo fixo, nem tampouco como partido de um centro, mas como uma relação, como móvel e fluido, como capilar e estando em toda parte. [...] o saber não é o outro do poder, não é externo ao poder. Em vez disso, poder e saber são mutuamente dependentes. Não existe saber que seja uma forma de poder. Ao mesmo tempo, não existe poder que não se utilize do saber, sobretudo de um saber que se expressa como conhecimento das populações e dos indivíduos submetidos ao poder. (FOUCAULT *apud* SILVA, 2005, p. 120).

Utilizando-nos da teoria de Foucault para as reflexões e as análises sobre o que preconizam os PCN, é perceptível que expressam diversas formas de poder, e isso é percebido no caráter político-educacional, na diversidade de saberes, nas entrelinhas do documento etc. Não se deve, em um documento como esse, pensar em verdades

absolutas, afirmando que a área da saúde sabe é certo e científico e o que a criança e a comunidade sabem é desfavorável à saúde. Durante muito anos, foi pressuposto para alguns educadores e profissionais da saúde que o único conhecimento verdadeiro e aceitável era o conhecimento que esses profissionais possuíam, desrespeitando, assim, o saber popular, sendo que o discurso dominante de origem científica era o aceito e utilizado nas práticas da educação e da saúde.

Cherryholmes discorre sobre o entendimento de Foucault sobre verdade: "[...] é historicamente situada. Os discursos dominantes determinam o que conta como verdadeiro, importante, relevante e o que acaba por ser falado" (1993, p. 9).

Na perspectiva de um poder diluído, capilar entre os diversos fatores sociais implicados na realidade escolar, no cenário da educação nacional, nas características emergentes da saúde dos escolares, do povo brasileiro como um todo, configuram-se necessidades reais de uma educação para a saúde, que seja bilateral, na qual haja o compartilhamento dos diversos saberes e conhecimentos, com vistas à melhoria da qualidade de vida e, conseqüentemente, da saúde. Uma comunidade fortalecida não é aquela que simplesmente adota as "verdades", os conhecimentos trazidos pelas escolas e/ou pela saúde, mas são aquelas que questionam, exigem, participam, transformam coletivamente a realidade, cobrando do Estado seus deveres e participando ativamente com suas contribuições individuais para a coletividade.

Ao se pensar em reverter e modificar atitudes e hábitos, é necessário relevar que tais elementos (os fatores sociais e o saber popular) podem ser utilizados como coadjuvantes na busca de uma nova perspectiva de saúde coletiva, assim como a valorização da adoção de atitudes saudáveis, para consigo e com o outros, visando ao respeito ao meio ambiente.

Os objetivos de uma proposta como essa, mais do que em consonância com a proposta governamental, devem refletir as metas a serem alcançadas, que necessitam ser reais, e não ideológicas ou mesmo utópicas. Dessa forma, para atingir as metas, é preciso saber que existem limites não só financeiros, mas, acima de tudo, humanos e estruturais. Os PCN – Saúde tem como objetivos: "compreender que a saúde é um direito de todos e

uma dimensão essencial do crescimento e desenvolvimento do ser humano” (BRASIL, 1997, p. 101). E, além disso: “compreender que a condição de saúde é produzida nas relações com o meio físico, econômico e sociocultural, identificando fatores de risco à saúde pessoal e coletiva presentes no meio em que vivem” (BRASIL, 1997, p. 102).

Entre outros objetivos, há que se cuidar das ideias que estão subjacentes ao que é lido. Pode-se voltar no tempo, a uma época em que a saúde pública era de caráter higienista e tomava o indivíduo e a coletividade como elementos danosos à saúde. Haja vista as atitudes de Oswaldo Cruz, no começo do século passado, quando, ao se deparar com uma epidemia de varíola e dotado do poder de autoridade da saúde, determinou que todos os brasileiros fossem obrigados a receber a vacina contra a varíola. Mas ele não se deu conta de que o povo, na época, não sabia o que era uma vacina e, muito menos, qual era a função dela. Sabia-se que era a inoculação de uma substância que deixava as pessoas doentes<sup>1</sup>, de um vírus que as matava. Assim, inicia-se a famosa Revolta da Vacina, em 1904 (SEVCENKO, 1999).

Antes do exposto, o documento apresenta que os objetivos devem ser alcançados pelos alunos do Ensino Fundamental, lembrando que são, *a priori*, para o 1º e o 2º ciclos. A faixa etária das crianças, ao chegarem ao fim do 2º ciclo, é de 9 a 10 anos, aproximadamente, e a capacidade de assimilação de conceitos e ideias que sejam muito abstratos torna-se, assim, complicada. O professor acaba por ter de tentar “traduzi-los” para elementos próximos ao real. Assim, fica uma questão em aberto: será que esses e os outros objetivos propostos são realmente praticáveis? Será que muitos dos conceitos abstratos que eles representam são ideias claras para o nível de desenvolvimento cognitivo do início do Ensino Fundamental? Não se trata de subestimar crianças e educadores, mas de refletir sobre o que realmente é exequível para crianças dessa faixa etária. Essa situação nos remete ao que Antonio Flávio Barbosa Moreira escreve sobre a crise da teoria curricular crítica. Entre outros elementos, a crise é estabelecida, grosso modo, pela dificuldade de aplicação na prática:

---

<sup>1</sup> Na época, a vacina provocava vários efeitos colaterais, que eram compreendidos como se fossem a própria doença; não havia o entendimento de efeitos colaterais como uma reação desagradável que traria benefícios em longo prazo.

[...] O autor estimula, por fim, os teóricos do campo (currículo) a traduzirem a complexidade conceitual, transformando a teoria em ação. Se isso não ocorrer, [...] as propostas estão fadadas ao fracasso, uma vez que os professores não as podem implementar se não as compreendem. (MOREIRA apud COSTA, 1999, p. 4-5).

Observa-se esse risco nos *Conteúdos de Saúde para o 1º e o 2º Ciclos*: “a possibilidade de tradução da aprendizagem em práticas de cuidado à saúde pessoal e coletiva ao alcance do aluno” (BRASIL, 1997, p. 105) também apresenta riscos, como diz Moreira (1999), podendo distanciar a teoria da prática e, assim, dificultar a aplicação da proposta na realidade escolar.

Deve-se reconhecer a existência da preocupação com a realidade, ao falar sobre o autoconhecimento e o autocuidado como um *bloco de conhecimento*, assim compreendido: “a razão de ser bloco é o entendimento de que a saúde tem dimensão pessoal que se expressa no espaço e no tempo de uma vida, pelos meios que cada ser humano dispõe para criar seu próprio trajeto de direção ao bem-estar físico, mental e social” (BRASIL, 1997, p. 106). E, além disso: “um cuidado importante é o de evitar assumir linhas prescritivas, como se o objetivo fosse normatizar a vida privada do aluno e padronizar condutas” (BRASIL, 1997, p. 109). Pode-se, também, entender “bloco” como estrutura rígida, que dificilmente pode ser transformada. É importante refletir que se está pensando em uma cultura e em um povo plural e, como tal, é difícil compreendê-los como bloco – a cultura não pode ser considerada um bloco. Como afirma Maria Elena Martínez:

As áreas de conteúdos dos PCN's [sic] e os capítulos nos CBCs são construções feitas a partir do conhecimento produzido pelas diferentes disciplinas científicas. Correspondem a parcelas do conhecimento definido como valioso e legítimo a partir do seu valor intrínseco. (MARTÍNEZ apud CANDAU, 2002, p. 120).

Nessa breve desconstrução, percebe-se que podemos ir muito mais afundo nas reflexões sobre os PNC – Saúde, mas, como a proposta de um artigo científico impede aprofundamentos, poderíamos facilmente transformar o estudo deste documento em uma dissertação de mestrado, focando o olhar nos objetivos e nos conteúdos propostos

por esse fragmento dos PCN. Uma desconstrução nos proporciona momentos para revermos os conceitos explícitos e/ou implícitos nesse documento do Ministério da Educação.

Por fim, citam-se os seguintes conteúdos propostos no documento, considerados relevantes para nossas reflexões:

Principais sinais e sintomas das doenças transmissíveis mais comuns na realidade do aluno, formas de contágio, prevenção e tratamento precoce para a proteção da saúde pessoal e de terceiros [...] Medidas simples de primeiros socorros diante de: escoriações e contusões, convulsões, mordidas de animais, queimaduras, desmaios, picadas de insetos, torções e fraturas, afogamento, intoxicações, câimbras, febres, choque elétricos, sangramento nasal, diarreia e vômitos, acidentes de trânsito. (BRASIL, 1997, p. 114-115).

O documento afirma, por diversas vezes (não só na parte relacionada à saúde, mas em todas), que a escola tem um papel fundamental no desenvolvimento da criança, bem como no combate à discriminação, em suas diversas formas, na construção e na reconstrução de conceitos e valores fundamentais para a vida humana. Os conteúdos anteriormente citados falam sobre a identificação de doenças e sintomas. Essa proposta pode vir a incentivar a discriminação, sendo que, muitas vezes, o conhecimento sobre essas doenças é superficial ou distorcido e, dessa forma, pode se transformar em fonte de discriminação. Exemplo disso ocorreu nas décadas de 1980 e 1990, quando surgiram os primeiros casos de infecção pelo vírus HIV/Aids no Brasil. O desconhecimento, ou o conhecimento mal-utilizado, levou a diversas formas de discriminação, haja vista que se falava em grupos de risco (expressão que carrega uma forte carga de preconceito), colocando a “culpa” pelas doenças em pessoas e grupos, como o tão propalado (mas nunca bem explicado) caso do “paciente número zero”, que, por suposto, era um comissário de bordo, homossexual, que teria transmitido o vírus. Mas quem passou o vírus para ele? O fato nunca foi esclarecido, deixando dúvidas quanto à sua veracidade. Por esse e vários outros fatores, a epidemia da Aids foi denominada de *peste gay*, e todos os portadores desse mal deveriam ser segregados. O preconceito surge, no próprio âmbito da saúde, por meio de profissionais mal-informados.

Um exemplo vivido na educação brasileira foi o de muitas crianças soropositivas ou doentes de Aids, as quais eram convidadas a mudarem de escolas, pois, quando outros pais descobriam, exigiam suas expulsões do convívio escolar, por serem uma ameaça à integridade física de seus filhos.

Esse exemplo é prova que permanece na memória de muitos de nós e ilustra a grande cautela que se deve ter ao trabalhar com informações científicas como essas. É preciso pensar muito bem nas estratégias a serem utilizadas, sendo que formas de contágio e tratamentos, se forem mal interpretados, apresentam efeitos contrários aos pressupostos pelos objetivos e conteúdos. Novamente, não podemos nos esquecer de que estamos falando de crianças dos 1º e 2º Ciclos.

Já a solidariedade, subentendida no segundo conteúdo citado (noção de primeiros socorros para atender a outra pessoa, se necessário), é de fundamental importância para a construção de cidadãos mais solidários e atuantes, não só entre crianças na idade escolar, mas em toda a sociedade. Tal solidariedade não se desenvolve com conhecimentos científicos, mas nas interações, na relação de respeito com o outro, pois, como, escreve Moreira (2002, p. 18), ela:

[...] é uma forma de conhecimento obtida por meio do reconhecimento do outro, que só pode ser conhecido como produtor de conhecimento. Ou seja, conhecer, nesse sentido, é reconhecer e progredir no sentido de elevar o outro à condição de sujeito.

Embasadas nas conferências internacionais sobre promoção da saúde, por exemplo, a *Declaração de Adelaide*, elaborada na 2ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, em 1988, em Adelaide, Austrália, assim como as anteriormente citadas neste trabalho, mostram que a proposta de *promoção da saúde* nos PCN não foram elucubrações do governo brasileiro, tendo sido originadas em décadas anteriores, nas conferências e nos encontros internacionais. A *Declaração de Adelaide* (1988) preconiza que:

A saúde é ao mesmo tempo um direito humano fundamental e um sólido investimento social. [...] Um princípio básico de justiça social é assegurar que a população tenha acesso aos meios imprescindíveis para uma vida saudável e satisfatória.

A saúde como direito humano fundamental e como princípio de justiça social pode receber contribuições da educação para sua implementação, por meio de ações educativas promovidas nas escolas, com a participação de profissionais da saúde. Assim, incentivar a participação comunitária é fator fundamental para a qualidade da educação e da saúde. Diz ainda a mesma Declaração que:

A ação comunitária é um ponto central da promoção de políticas saudáveis. Tomando-se em conta a educação e o nível de alfabetização das populações, devem ser feitos esforços especiais para informar adequadamente estas políticas públicas aos grupos que dela poderão melhor se beneficiar. (DECLARAÇÃO DE ADELAIDE, 1988).

#### 4 Considerações finais

As reflexões aqui propostas não têm a intenção de responder a questões polêmicas acerca dos Parâmetros Curriculares Nacionais, mas, sim, iniciar e instigar uma primeira abordagem do documento da saúde com base nos olhares da educação, coadunados aos da saúde. Isso seria pretensioso e incoerente com as teorias que fundamentam este estudo? E quanto a entrar em um embate político e ideológico sobre a questão?

Como afirma Leonardo Boff, na introdução de seu livro *A águia e a galinha*, cada leitor é coautor do que lê, pois a sua interpretação está calcada em suas experiências de vida: “cada um lê a partir de onde seus pés pisam”. Assim, o ato de desconstruir está relacionado, também, à interpretação e, dessa forma, ao que cada um pensa sobre o assunto e àquilo em que acredita. Foi na tentativa de imparcialidade na apreciação dos PCN que se instigou a percepção das origens dos pensamentos da saúde, da promoção da saúde, da prevenção, para os olhares distantes da educação, que, muitas vezes, desconhece os fundamentos dos pensamentos da promoção da saúde, achando que esta se resume à simples promoção de ações educativas ou à implementação de conteúdos da saúde nos currículos escolares.

Isso significa uma chamada para a participação comunitária em ações mais amplas, para melhoria da qualidade da educação e da saúde, fortalecida por meio de debates

profícuos com os diversos atores sociais, de maneira que todos os temas transversais se mostrem presentes não só na teoria, mas na realidade heterogênea brasileira.

A teoria pós-estruturalista descarta a existência de verdades universais, mesmo porque, como considera Foucault (1982, p. 12):

A verdade é deste mundo; ela é produzida nele graças a múltiplas coerções e nele produz efeitos regulamentados de poder. Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua “política geral” de verdade: isto é, os tipos de discurso que ela acolhe e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e as instâncias que permitem distinguir os enunciados verdadeiros dos falsos, a maneira como se sanciona uns e outros; as técnicas e os procedimentos que são valorizados para obtenção da verdade; o estatuto daqueles que têm o engano de dizer o que funciona como verdadeiro [grifo nosso].

Assim, não podemos apresentar nossas respostas achando elas são “verdades” e as dos outros, “falsidades”, mas, sim, compartilhar saberes e ações que possam nos encaminhar a uma aproximação daquilo que todos (Estado e povo) esperam como avanços na melhoria da qualidade de vida, na diminuição das desigualdades sociais e no respeito à alteridade social, cultural e econômica.

Este artigo é, na verdade, um exercício de aplicação das teorias da desconstrução dos textos e das ideias implícitas nos documentos citados, com base nos fundamentos do pós-estruturalismo. É um ponto de partida para uma prática complexa que não se conclui, na medida em que cada “olhar” é diferente. Desconstruímos para melhor entender os significados e os significantes presentes nos textos que direcionam as práticas educativas. Partimos da reflexão individual, na tentativa de motivar os leitores a exercitar suas próprias capacidades de reflexão, fator indispensável na construção de novos saberes e conhecimentos.

É com base na “desacomodação” dos saberes, preconizada por Piaget, que recomeçamos e tornamos a vida um eterno ciclo de ressignificações, de reconstruções e aprimoramento das ideias e, por que não dizer, um reencontro consigo e com seus saberes.

**REFERÊNCIAS**

BRASIL. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: meio ambiente e saúde**. Brasília: MEC, 1997.

CHERRYHOLMES, Cleo H. Um projeto social para o currículo: perspectivas pós-estruturalistas. In: SILVA, T. T. (Org.). **Teoria educacional crítica em tempo pós-modernos**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1993.

**DECLARAÇÃO DE ADELAIDE**. Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Adelaide, Austrália, 5-9 abr. 1988. Disponível em: <[www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Adelaide.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2006.

**DECLARAÇÃO DE ALMA-ATA**. Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de Saúde. Alma-Ata, URSS, 6-12 set. 1978. Disponível em: <[www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Alma-Ata.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2006.

**DECLARAÇÃO DE JACARTA**. Quarta Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Jacarta, Indonésia, 21-25 jul. 1997. Disponível em: <[www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Jakarta.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Jakarta.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2006.

**DECLARAÇÃO DE SUNDSVALL**. Terceira Conferência Internacional de Promoção da Saúde. Sundsvall, Suécia, 9-15 jun. 1991. Disponível em: <[www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf](http://www.opas.org.br/coletiva/uploadArq/Sundsvall.pdf)>. Acesso em: 23 set. 2006.

FREIRE, P. **Pedagogia da autonomia: saberes necessários à prática educativa**. São Paulo: Paz e Terra, 1997.

MARTÍNEZ, M. E. Cultura(s) e identidade nas propostas curriculares nacionais do Brasil e da Argentina nos anos 90. In: CANDAU, V. M. (Org.). **Sociedade, educação e cultura(s): questões e propostas**. Petrópolis: Vozes, 2002.

MICHALISZYN, M. S. **O calidoscópio e a rede: estratégias e práticas de prevenção da Aids e do uso indevido de drogas**. 1999. 229 f. Tese (Doutorado em Ciências Sociais – concentração em Antropologia) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 1999.

MOREIRA, A. F. B. A crise da teoria curricular crítica. In: COSTA, M. V. (Org.). **O currículo nos limiares do contemporâneo**. 2. ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

MOREIRA, A. F. B. Currículo, diferença cultural e diálogo. **Educação e Sociedade**, Campinas, n. 79, p. 15-38, ago. 2002.

SEVCENKO, N. **A revolta da vacina: mentes insanas em corpos rebeldes**. São Paulo: Scipione, 1999.

SILVA, T. T. **Documento de identidade**: uma introdução à teoria do currículo. 2. ed. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.