

UNIVERSIDADE DO VALE DO RIO DOS SINOS – UNISINOS
UNIDADE ACADÊMICA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO
NÍVEL DOUTORADO

MIRIA TRENTIN CARGNIN

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:
UMA ESTRATÉGIA DE GOVERNAMENTO**

São Leopoldo/RS

2015

MIRIA TRENTIN CARGNIN

**PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA:
UMA ESTRATÉGIA DE GOVERNAMENTO**

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação da Universidade do Vale do Rio dos Sinos (UNISINOS), como requisito para a obtenção do título de Doutora em Educação.

Linha de pesquisa: Formação de Professores, Currículo e Práticas Pedagógicas.

Orientadora: Profª. Dra. Maura Corcini Lopes

São Leopoldo

2015

C276p Cargin, Miria Trentin
Programa saúde na escola: uma estratégia de governmento / Miria Trentin
Cargin. -- 2015.
191 f. : il. ; 30cm.

Tese (Doutorado em Educação) -- Universidade do Vale do Rio dos
Sinos, Programa de Pós-Graduação em Educação, São Leopoldo, RS, 2015.
Orientadora: Profª. Dra. Maura Corcini Lopes.

1. Educação. 2. Programa Saúde na Escola. 3. Discurso. I. Título. II. Lopes,
Maura Corcini.

CDU 37

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao Instituto Federal do Rio Grande do Sul (IFRS), que oportunizou este doutorado, proporcionando a qualificação dos seus servidores. Em especial aos colegas da reitoria prof^a Clarice Scott e ao Prof. Júlio Heck.

À Professora Dra. Maura Corcini Lopes, agradeço imensamente por ter me aceitado como orientanda na fase crítica deste doutorado, ou seja, na definição da proposta de tese. Agradeço também pelo apoio ao longo da qualificação e na elaboração da tese propriamente dita. Sua dedicação e capacidade de orientação impulsionaram-me a não desistir desta pós-graduação. Mesmo com pouco conhecimento e experiência na área de educação, ela me fez acreditar que eu tinha condições de realizar este estudo, que para mim foi um grande desafio.

Agradeço às professoras Adriana da Silva Thoma, Lucyenne Matos da Costa Vieira Machado e Rosangela Barbiani e ao professor Daniel de Queiroz Lopes, por aceitarem compor a banca de defesa desta tese e pelas contribuições ao projeto de qualificação, que foram muito valiosas para a composição final do trabalho que agora apresento.

A todos os profissionais da secretaria do Programa de Pós-Graduação em Educação de UNISINOS, que sempre tão prontamente nos auxiliam.

Agradeço pelas contribuições de cada uma das pessoas que compõem tanto o grupo de orientação quanto o Grupo de Estudo e Pesquisa em Inclusão (GEPI/CNPq/UNISINOS).

A todos os colegas, agradeço pelas leituras atentas, discussões, estudos e conversas; em especial, meus agradecimentos à Carine, à Juliana e à Patrícia.

Agradeço também pelo apoio dos amigos Alceu (*in memoriam*), Alessandra, Álvaro, Bia, Julia, Luciana, Neusa, Sinval e Rosangela bem como dos colegas e amigos do IFRS.

De forma muito especial, quero agradecer aos meus pais, Antonio e Rosalina, que estiveram sempre presentes ao longo da minha vida, apoiando-me em todos os desafios que me propus a superar.

Para finalizar, agradeço aos meus filhos, Matheo e Murilo, que, embora tenham solicitado minha participação mais efetiva nas suas vidas, acabaram por compreender minha ausência neste tempo em que estive focada no doutorado. Agradeço, ainda, ao meu esposo, Marco, pelo incentivo, pela força e por levar-me tranquilidade em momentos difíceis que ocorreram ao longo desta trajetória.

RESUMO

Esta tese tem o objetivo de problematizar a relação saúde e educação no Programa Saúde na Escola (PSE) e o entendimento da escola como espaço de difusão de práticas de saúde na população. Esta pesquisa foi desenvolvida com base na implantação do Programa Saúde na Escola (2007), política que se desenvolve na educação escolar pública. A pesquisa analisou os seguintes documentos relativos ao Programa: Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a Elaboração dos Projetos Locais (2008); Agenda – Educação e Saúde (2010); Passo a Passo PSE – Tecendo Caminhos da Intersetorialidade (2011); Orientação para Elaboração do Projeto Municipal PSE (2011); e Manual Instrutivo – PSE (2013). Como metodologia analítica, foi utilizado o referencial teórico dos estudos foucaultianos, com os conceitos ferramenta de governo e de discurso. As análises empreendidas sobre os materiais de pesquisa permitiram mostrar que o Programa Saúde na Escola é uma estratégia de disseminação de saúde, principalmente para a população mais vulnerável socialmente. Por meio do PSE, é possível, além de promover a saúde, prevenir os riscos de doenças, sendo um importante instrumento para conhecer, vigiar e controlar o educando e, conseqüentemente, a população como um todo. Neste estudo, demonstro que a disseminação de saúde é facilitada por meio de intersetorialidade (educação e saúde), capacitação dos recursos humanos, distribuição de recursos humanos e materiais, ampliação do número de instituições escolares, participação popular, atuação que envolve desde educandos até a comunidade local, produção de desejo por saúde e mudança de condições de vida. Constato que o PSE é uma estratégia de governo que propõe determinados comportamentos para fazer com que o educando assuma os investimentos na sua própria condução de saúde, ou seja, para que desenvolva competências a fim de tornar-se gestor dos riscos de sua saúde e também multiplicador para a sua família e comunidade.

Palavras-chave: Programa Saúde na Escola. Discurso. Governo.

ABSTRACT

This thesis aims to problematize the relationship between health care and education in the School-Based Health Care Program (PSE) and the understanding of school as a place to spread health care practices among the population. This research is based on the implantation of the School-Based Health Care Program (2007), a policy that takes place in public schools. The research analyzes the following documents related to the Program: Guidelines of the School-Based Health Care Program for Local Projects (2008); Agenda - Education and Health Care (2010); PSE Step by Step - Opening Ways towards Inter-Sectoriality (2001); Guidelines for PSE Municipal Project (2011); and Instruction Handbook - PSE (2013). The theoretical reference of Foucauldian studies has been used as analytical methodology, by employing the tool concepts of government and discourse. The analyses of the research materials has led to the understanding that the School-Based Health Care Program is a strategy to spread health care, particularly among socially vulnerable populations. Besides promoting health care, PSE allows the prevention of risk of diseases, and it is an important tool to know, oversee and control students and, consequently, the population as a whole. In this study, I have shown that spreading health care has been facilitated by inter-sectoriality (education and health), human resources qualification, material and human resources distribution, increased number of schools, popular participation, action involving students and the local community, production of a desire for health, and change of living conditions. I have found that PSE is a governing strategy that proposes certain behaviors in order to have students to invest in the conduction of their own health care, i.e. for them to develop skills to manage their health risks and spread such knowledge among their families and communities.

Key-words: School-Based Health Care Program (PSE). Government. Discourse.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Matriz representativa da gestão	42
Figura 2 – Descrição das ações essencial/optativa por componentes e modalidade de ensino/2013.....	47
Figura 3 – Escola como importante local de referência.....	155

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 – Transcrição dos Objetivos do Programa Saúde na Escola	44
Quadro 2 – Componentes do PSE.....	45
Quadro 3 – Critérios de adesão ao PSE	55
Quadro 4 – Escolas prioritárias para a adesão ao PSE.....	55
Quadro 5 – Nº de municípios que aderiram ao PSE por ano	56
Quadro 6 – Estratégias para disseminação de saúde na população.	62
Quadro 7 – Elementos que estabelecem um governo nos educandos.	65
Quadro 8 – Ênfase na Relação escola-saúde- políticas.....	94
Quadro 9 – Escola posicionada para gerir a vida	96
Quadro 10 – Ênfase na vulnerabilidade social	125
Quadro 11 – Componente III – Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola	143
Quadro 12 – Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos.....	146
Quadro 13 – Ênfase sobre a importância da escola para a entrada de outras ações	152
Quadro 14 – complementaridade comunidade/escola.	155
Quadro 15 – Componente I – Avaliação clínica e psicossocial.....	158
Quadro 16 – Escola como local de vigilância de saúde do educando	162
Quadro 17 – Componente VI – Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes.....	163

LISTA DE SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência adquirida
CFE – Conselho Federal de Educação
CIESE – Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola
DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis
EPS – Escolas Promotoras de Saúde
eSF – equipe da Saúde da Família
ESF – Estratégia da Saúde da Família
FNDE – Fundo Nacional de Desenvolvimento da Educação
GTI-M – Grupo de Trabalho Municipal
GTIs – Grupos de Trabalho Intersetoriais
HAS – Hipertensão arterial sistêmica
HUV – Vírus da Imunodeficiência Humana
IDEB – Índice de Desenvolvimento da Educação Básica
IDH – Índice de Desenvolvimento Humano
IMC – Índice de massa corporal
LDB – Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional
MEC – Ministério da Educação
MS – Ministério da Saúde
OMS – Organização Mundial de Saúde
OPAS – Organização Pan-Americana da Saúde
PeNSE – Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar
PCNs – Parâmetros Curriculares Nacionais
PIB – Produto Interno Bruto
PNPS – Política Nacional de Promoção da Saúde
PSE – Programa Saúde na Escola
PSF – Programa Saúde da Família
SIA – Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS
SIMEC – Sistema Integrado de Monitoramento do Ministério da Educação
SISVAN – Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
SMED – Secretaria Municipal de Educação
SPE – Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas

SUS – Sistema Único de Saúde

UBS – Unidades Básicas de Saúde

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO	11
2 A CONSTRUÇÃO DA TESE: DEMARCAÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS	18
2.1 Dos percursos feitos entre saúde e educação	19
2.2 Programa saúde na escola: uma política emergente na contemporaneidade.....	23
2.3 Das pesquisas feitas sobre o tema saúde na escola	30
2.4 O programa saúde na escola: algumas questões para a estruturação da pesquisa...	39
2.5 Rumos metodológicos: a escolha teórica e suas implicações.....	57
3 DISCURSO E GOVERNAMENTO: CONCEITOS FERRAMENTA DO TRABALHO	69
3.1 Práticas discursivas de saúde nas escolas públicas	70
3.2 Governo e governamentalidade.....	77
3.3 A governamentalidade (neo)liberal e a política de saúde escolar	85
4 ENTRECruzamento ENTRE ESCOLA – SAÚDE – POLÍTICA.....	94
4.1 Escola moderna/ contemporânea como espaço para a gestão da vida	96
4.2 Histórico das práticas de saúde na escola brasileira.....	105
4.3 Escola, saúde e biopolítica: possíveis implicações na produção da seguridade.....	113
5 DISSEMINAÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA COMO ESTRATÉGIA DE GOVERNAMENTO DA POPULAÇÃO.....	123
5.1 Saúde na escola: ancorada em questões de vulnerabilidades	125
5.2 Saúde como investimento para o desenvolvimento do país	133
5.3 Condições que possibilitam a disseminação de saúde na escola pública	139
5.4 Conhecer, vigiar, controlar como estratégia de governo.....	151
5.4.1 Mapeando o território escolar.....	151
5.4.2 Conhecer e controlar o educando para gerir a população	157
5.4.3 Investigar periodicamente o educando para rever as ações do PSE	162
6 CONCLUSÃO	169
REFERÊNCIAS.....	174
ANEXOS	184
ANEXO A – REGULAMENTAÇÃO DO PROGRAMA SAÚDE NA ESCOLA (PSE)	185
ANEXO B – MATERIAIS INFORMATIVOS SOBRE O PSE.....	187

ANEXO C – MATERIAIS DIDÁTICO-PEDAGÓGICOS SOBRE O PSE	188
ANEXO D – MATERIAIS FORMATIVOS DESTINADOS AOS PROFISSIONAIS (PSE).....	189
ANEXO E – HISTÓRICO DOS MOVIMENTOS DE SAÚDE NA ESCOLA DO BRASIL	190

1 INTRODUÇÃO

Quanto ao motivo que me impulsionou foi muito simples. Para alguns, espero, esse motivo poderá ser suficiente por ele mesmo. É a curiosidade – em todo caso, a única espécie de curiosidade que vale a pena ser praticada com um pouco de obstinação: não aquela que procura assimilar o que convém conhecer, mas a que permite separar-se de si mesmo. De que valeria a obstinação do saber se ele assegurasse apenas a aquisição dos conhecimentos e não, de certa maneira, e tanto quanto possível, o descaminho daquele que conhece? (FOUCAULT, 1984, p. 13).

Tomo emprestadas as palavras de Foucault para demonstrar os deslocamentos oportunizados por este doutorado em Educação e narrar-me nos aspectos que contribuem para esta tese. Não faço uma narrativa exaustiva nem conto histórias de minha vida profissional, acadêmica e pessoal. Esclareço que minha formação na graduação é em Enfermagem, com mestrado em Engenharia de Produção na área de Qualidade e Produtividade. Atualmente, atuo no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia, sendo que, anteriormente, atuei muito tempo como enfermeira na assistência hospitalar e como docente nessa mesma área; desse modo, destaco que há menos de uma década, tenho atuado próximo da área escolar. Assim, venho sendo desafiada a pensar projetos que articulem educação e saúde. Tais desafios animaram-me a participar do processo seletivo para o doutorado no campo da Educação e, principalmente, a problematizar as crescentes políticas de promoção da saúde que tomam a escola como campo para atingir os indivíduos. Para tal problematização, distancio-me das certezas que me acompanhavam no momento da entrada para o doutorado, como, por exemplo, de que as práticas de saúde desenvolvidas na escola sejam naturalmente boas e isentas de questionamentos e problematizações.

Narro tensões vividas por mim como enfermeira durante o curso de doutorado em Educação. Ao usar a palavra *tensões*, marco a desacomodação vivida ao longo dos anos de doutorado, em que estou sendo desafiada a pensar de outro modo a articulação da saúde com a educação. Além de ter que me apropriar de códigos e de maneiras de pensar, escrever e fazer leituras que são próprios de um campo muito distinto daquele em que aprendi a movimentar-me, entrei na linha de pesquisa Formação de Professores, Currículo e Práticas Pedagógicas, que focaliza, se posso dizer de tal forma, temas clássicos do campo da Educação. Em um primeiro momento, queria entender como os docentes estavam sendo preparados para trabalhar e orientar os discentes no cuidado com seu corpo, com sua alimentação, enfim, no cuidado com a saúde. Com o tempo e as leituras que fiz, desloquei entendimentos sobre o

papel da escola na relação com a saúde e passei a pensar e a questionar a responsabilidade delegada pelo Governo brasileiro e assumida pela escola com a saúde da população.

Diante de tantas responsabilidades e com as críticas feitas à escola pela pouca aprendizagem dos alunos, comecei a perguntar-me sobre uma equação aparentemente simples, mas que aproxima currículo, ensino, aprendizagem, espaço e tempo. Como a escola se organiza para “dar conta” do crescente trabalho que a ela é delegado? Caberia à escola educar para a saúde? Caberia ocuparmos o espaço do currículo para avaliarmos a saúde de crianças e jovens? Será que, para pensar educação e saúde, é preciso pensar em escola? Esclareço que estas questões não são o centro de minhas análises, mas somente algumas inquietações sobre esta aproximação saúde e escola.

As leituras feitas até o momento de pesquisas realizadas no campo da Educação que tematizaram a relação saúde e educação, em sua maioria, mostram o quanto parece ser produtivo a escola assumir a responsabilidade com a educação e o cuidado com a saúde da população. Poucas, ou diria até raras, são as investigações que questionam tal responsabilização. Em linhas gerais, é possível ler, em periódicos acessíveis aos docentes de escolas, conjuntos de experiências bem-sucedidas de envolvimento de alunos e alunas em projetos pedagógicos em que os temas centrais parecem ser higiene, doenças sexualmente transmissíveis, alimentação e vacinação. Enfim, a recorrência de temas da saúde na escola, bem como a ampliação das temáticas abordadas, parece ocupar parte das formações continuadas de docentes e do tempo do currículo escolar.

Paro e passo a buscar por pesquisas já realizadas que articulem educação/escola e saúde e por periódicos consumidos por docentes, a serem citados ao longo do texto. Realizei leituras que me conduziram a outros caminhos investigativos. Isso significa que passei a fazer um segundo deslocamento, qual seja, das práticas escolares com seus alunos e a família para as práticas escolares na condução das práticas de saúde para toda a comunidade. Então, se o primeiro deslocamento foi o de passar a suspeitar da responsabilização da escola pela educação e saúde da população, o segundo deslocamento foi o de sair das práticas pedagógicas realizadas dentro da escola, movimentando-me para a condução feita do próprio uso da escola como uma engrenagem capaz de fazer agir, sobre cada indivíduo em particular, um conjunto de práticas de educação e de saúde e correção de corpos, das famílias e, cada vez mais, do psicológico dos sujeitos. Percebi, entre outras situações, que as políticas para a educação em saúde vêm sendo pautadas por índices estatísticos de vulnerabilidade e de situação de risco. Eis aqui o estágio em que me encontro e que me convoca a pensar de outros

modos a relação entre educação, escola e saúde.

Centro meu interesse nas práticas de governmentamento que estão orientando e conduzindo as condutas dos escolares (docentes e discentes), levando-os a pensar e a agir uns sobre os outros e sobre si mesmos de forma a “conscientizar” os escolares sobre suas práticas e a (re)conduzi-los, quando necessário, a outras práticas de vida e de relação consigo mesmos e seu corpo consideradas mais “conscientes”, mais saudáveis e recomendáveis. Com isso, ao olhar para as políticas que articulam saúde e educação, tematizo as práticas discursivas que operam no enredamento dos escolares em uma racionalidade política, entre outros aspectos, para minimizar os potenciais riscos à saúde da população.

Dessa forma, dois conceitos ferramenta tornam-se fundamentais em minha tese, ambos de inspiração foucaultiana e emergindo das políticas e dos programas de saúde na escola, quais sejam: *discurso* e *governmentamento*. Resumindo, se, com o conceito ferramenta do *discurso*, busco por enunciações que me permitem ver os saberes que circulam nas políticas e, mais precisamente, no Programa Saúde na Escola, com o conceito ferramenta do *governmentamento*, busco pelas formas de condução das condutas dos escolares que colocam os sujeitos em determinadas posições de “(a)normalidades diferenciais”. Desenvolverei tais conceitos ferramenta mais adiante nesta tese, depois de apresentar os materiais de pesquisa e de sinalizar as formas de organização de dados que criei para a realização das análises.

Considerados os pontos já anunciados de minha pesquisa, penso ser importante deixar mais explícito, neste momento, os materiais de pesquisa sobre os quais me debrucei inicialmente nas análises: o Programa Saúde na Escola (PSE, 2007), produzido em caráter oficial pelo Ministério da Educação em parceria com o Ministério da Saúde e instituído pelo Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, bem como as Portarias que regulamentam a implementação do Programa. Cabe apontar que, neste trabalho, não discorrerei acerca de todas as regulamentações legais que viabilizam a implementação do Programa, apesar de entendê-las como importantes para sua operacionalidade. As dezesseis Portarias e o Decreto foram organizados em uma tabela (ANEXO A) e serão apresentados à medida que forem interessantes ao objetivo proposto por este estudo, tendo em vista o grande número de disposições legais. Do mesmo modo, foi possível inicialmente localizar uma quantidade significativa de materiais sobre o PSE com função informativa, outros de caráter didático-pedagógico e, ainda, materiais formativos para os profissionais da educação e saúde, os quais serão apresentados respectivamente nos anexos B, C e D. Desse conjunto de materiais referentes ao Programa Saúde na Escola, escolhi alguns para analisar. Eles serão

descritos no percurso metodológico, no primeiro capítulo desta tese.

Embora não entenda o conceito de biopolítica¹ como ferramenta analítica, pois ele lança mão de outras ferramentas operativas para efetivar-se, vale esclarecer que esse é também um conceito que aparecerá nas discussões que realizo na tese, uma vez que possibilita compreender melhor os investimentos do governo brasileiro em determinados segmentos populacionais, bem como em determinados problemas sociais.

Como anunciado anteriormente, tanto os deslocamentos que fiz até o momento quanto a forma de tensionar o que circula nos materiais de pesquisa e o que determina efeitos sobre as formas de vida dos escolares nas escolas envolvidas com o Programa Saúde na Escola foram sendo constituídos em meio às leituras e discussões feitas por colegas e outros autores/pesquisadores que se servem das teorizações foucaultianas. Foi no conjunto formado por leituras, discussões no grupo de pesquisa e de orientação, buscas por outras investigações e materiais que me permitiram conhecer como a saúde entra na escola – sendo esta responsabilizada pelas mudanças de práticas de vida observadas em setores específicos e considerados de vulnerabilidade social da população – que construí a presente proposta investigativa. Tenho como objetivo central de pesquisa *problematizar a relação saúde e educação no Programa Saúde na Escola (PSE) e o entendimento da escola como espaço de difusão de práticas de saúde na população*. Para tanto, defino o seguinte problema central de pesquisa: *como os discursos sobre educação e saúde posicionam a escola? Como tais discursos operam para o governo dos escolares no PSE?*

Ao percorrer os trilhos investigativos construídos até então, considerando os objetivos e o problema central de pesquisa, bem como o material selecionado para a investigação, proponho as seguintes questões orientadoras:

- a) Que discursos são vistos circular nos materiais de pesquisa?
- b) Como eles descrevem, definem a relação saúde e educação na escola?
- c) Como são pensadas e estruturadas as conduções das condutas dos escolares?

Considerando que, ao introduzir a tese, aponto algumas balizas que considero importantes para a leitura, a partir de agora, passo a fazer uma rápida apresentação de cada capítulo que compõe o trabalho. Com isso imagino localizar os leitores no texto e nas

¹ Antecipo, mesmo que rapidamente aqui na introdução, um pouco do conceito de biopolítica e de sua abordagem por Michel Foucault. Os conceitos foucaultianos de biopolítica e biopoder aparecem no início dos anos 70, principalmente em *A Vontade de Saber* (1976) e no curso *Em Defesa da Sociedade* (1975-1976), demarcando certo deslocamento das análises de uma genealogia dos micropoderes disciplinares.

discussões que faço em torno do tema e das inquietações que me movem a pesquisar.

O segundo capítulo, intitulado *A construção da tese: demarcações teóricas e metodológicas*, tem o objetivo de realizar uma discussão em torno do tema de pesquisa que proponho, ou seja, o Programa Saúde na Escola. Sistematizo as discussões que circulam sobre a relação saúde e educação para poder demonstrar as razões pelas quais a escola é chamada a assumir este papel. Ao trazer pesquisas que articulam a saúde e a educação, abordo a visão que vem sendo atribuída à educação pública dentro do cenário Contemporâneo de gestão de saúde. O capítulo está organizado em quatro seções. Na primeira seção, *Dos percursos feitos entre saúde e educação*, destaco alguns fragmentos dos caminhos que percorri da saúde até a instituição escolar onde atuo e alguns entendimentos dessa instituição que achei pertinentes para o momento, até para me situar, uma vez que a prática escolar está recentemente postada na minha atuação profissional. Na segunda seção, *Programa Saúde na Escola: uma política emergente na Contemporaneidade*, mostro algumas considerações que acredito serem pertinentes sobre a importância que o tema saúde nas escolas assume atualmente. Na terceira seção, *Das pesquisas feitas sobre o tema saúde na escola*, abordo algumas pesquisas feitas sobre o tema saúde na escola. A quarta seção, *O Programa Saúde na Escola: algumas questões para a estruturação da pesquisa*, apresento o Programa, destacando como as práticas discursivas colocam a atuação do Programa como uma necessidade para agir em defesa da vida e como ele vai se articulando no sentido de estabelecer vínculo com a comunidade escolar. Na última seção, *Rumos metodológicos: a escolha teórica e suas implicações*, descrevo o percurso metodológico que realizei para o desenvolvimento desta pesquisa, assim como as ferramentas metodológicas que permitirão a leitura e a descrição mais detalhada de algumas práticas de saúde na escola. Apresento também as escolhas dos materiais de pesquisa e trago as sistematizações a partir dos materiais que me conduziram a estabelecer as unidades analíticas para a construção da tese.

No terceiro capítulo, *Discurso e Governo: conceitos ferramenta do trabalho*, apresento, a partir das investigações de Michel Foucault, o entendimento de governo, governamentalidade e práticas discursivas para o desenvolvimento desta tese. Assim, centro-me mais em discussões teóricas apontadas por Foucault e discorro sobre artes de governar no liberalismo e neoliberalismo. Esses estudos foram fundamentais, pois me permitiram pensar as aproximações e os distanciamentos para perceber que as políticas de saúde no Brasil se desenvolvem dentro de uma racionalidade neoliberal. O capítulo está organizado em três seções. Na primeira, *Práticas discursivas de saúde na escola pública*, utilizo como ferramenta

de análise as práticas discursivas para problematizar os saberes mobilizados por meio da política de disseminação de saúde na escola, que utiliza a promoção da saúde para desenvolver ações com os educandos². Na segunda seção, *Governo e governamentalidade*, desenvolvo uma análise utilizando como ferramentas os conceitos de governo e de governamentalidade, desenvolvidos por Michel Foucault, especialmente no curso *Segurança, território, população* (1977-1978). Na terceira seção, *A governamentalidade (neo)liberal e a política de saúde escolar*, faço uma aproximação breve entre os estudos de Foucault, principalmente os desenvolvidos no curso *Nascimento da biopolítica* (1978-1979), acerca da governamentalidade liberal e neoliberal, e a política de saúde na escola pública brasileira atual. Essa relação foi importante, pois permite perceber algumas aproximações e distanciamentos entre o liberalismo e o neoliberalismo e o PSE.

No quarto capítulo, *Entrecruzamento entre escola – saúde – política*, explico a potencialidade da instituição escolar, que há pouco se estabeleceu como universal e obrigatória, estando nos discursos desde o século XVIII, sendo destacada como o local de muitas idealizações, entre elas, a de disseminação de saúde, com o intuito de gestão da vida. Na primeira seção, *Escola moderna/Contemporânea como espaço para a gestão da vida*, demonstro a necessidade de aproximação da escola com as práticas de saúde para a formação de sujeito que vão sendo requeridos na Contemporaneidade. Na segunda seção, *Histórico das práticas de saúde na escola brasileira*, descrevo o cenário composto pelos principais acontecimentos que marcam a história da entrada da saúde nas escolas no Brasil. Na terceira seção, *Escola, saúde e biopolítica: possíveis implicações na produção da seguridade*, a partir do pensamento de Foucault, explico que a biopolítica emerge como suporte para que se possa compreender como a saúde na escola se constitui como um acontecimento, ou seja, como um conjunto de práticas, sendo capaz de produzir maneiras de ser sujeito.

No quinto capítulo, intitulado *Disseminação de saúde na escola como estratégia de governo da população*, analiso as estratégias de disseminação de saúde que possibilitam a condução da conduta dos educandos da escola pública e, conseqüentemente, da população. Este capítulo está dividido em quatro seções. Na primeira seção, *Saúde na escola: ancorada em questões de vulnerabilidades*, demonstro que o Programa é direcionado para os educandos que se situam principalmente em zonas de vulnerabilidade social e quais os motivos que o levam a direcionar-se para esse grupo. Na segunda seção, *Saúde como investimento para o*

²Utilizarei o termo *educando* para definir o público alvo do PSE, pois atualmente o Programa está atuando também nas creches e pré-escolas.

desenvolvimento do país, explano como o PSE, por meio de ações relacionadas à saúde, possibilita o desenvolvimento do País. Na terceira seção, *Condições que possibilitam a disseminação de saúde na escola pública*, descrevo quais as ações dentro do PSE que proporcionam a propagação de conhecimentos e normas de condução de conduta. Na quarta seção, *Conhecer, vigiar, controlar como estratégia de governo*, demonstro como as ações do PSE envolvem a população para melhor conduzir a conduta do educando e dela mesma.

A partir dessa estrutura definida para este estudo, que abrange desde uma retomada histórica de saúde na escola, com a emergência do Programa Saúde na Escola, até as discussões apresentadas para desenvolver os conceitos e as análises aqui pretendidas, parece-me possível anunciar a tese que defendo: *os investimentos na política de saúde na escola são uma estratégia fundamental para a condução de práticas comportamentais do sujeito consigo mesmo e de outros, visando à diminuição dos riscos vividos, principalmente, por educandos em situação de vulnerabilidade social.*

2 A CONSTRUÇÃO DA TESE: DEMARCAÇÕES TEÓRICAS E METODOLÓGICAS

Existem momentos na vida onde a questão de saber se pode pensar diferentemente do que se pensa, e perceber diferentemente do que se vê, é indispensável para continuar a olhar ou refletir. [...] mas o que é filosofar hoje em dia – quero dizer, a atividade filosófica – senão o trabalho crítico do pensamento sobre o pensamento? Se não consistir em tentar saber de que maneira e até onde seria possível pensar diferentemente em vez de legitimar o que já se sabe? [...] O “ensaio” – que é necessário entender como experiência modificadora de si no jogo da verdade, e não como apropriação simplificadora de outrem para fins de comunicação – é o corpo vivo da filosofia, se, pelo menos, ela for ainda hoje o que era outrora, ou seja, uma “ascese”, um exercício de si, no pensamento. (FOUCAULT, 1984, p. 13).

Início este capítulo com essas palavras de Foucault, com as quais me identifico por demonstrarem que na vida é indispensável poder pensar e refletir diferentemente; elas me fazem perceber o que vem acontecendo comigo após esses estudos. Nesta atividade de escrita, de pesquisa, de estudo teórico, e pelo fato de perguntar-me seguidamente sobre os acontecimentos, sobre a vida em si e, mais especificamente, sobre o percurso da saúde entrando na escola, percebo o quanto o Estado tem interesse que isso ocorra. Ao mesmo tempo em que procuro demonstrar como percebo o Programa Saúde na Escola, destaco os investimentos em práticas direcionadas à constituição de sujeitos para o autogoverno, no sentido de ser/manter-se saudável. Com toda a problematização focalizada atualmente no ser saudável e com a infinidade de pesquisas que salientam a necessidade de articularem-se ações de educação e o cuidado com o corpo para os indivíduos, a saúde assume um lugar de destaque no interior das práticas educativas.

O Programa Saúde na Escola emerge no momento histórico presente como uma necessidade de diminuir os riscos à saúde populacional. O Programa permite ampliar as condições de saúde, possibilitando outras condições e tempo de vida dos indivíduos. Colocando de outra maneira, pautada pela perspectiva dos estudos foucaultianos, busco mostrar as condições do presente que permitem abordar as práticas de saúde dentro do processo educativo escolarizado. Assim, neste segundo capítulo, mostro os percursos trilhados para proporcionar o processo do desenvolvimento da pesquisa e a construção da tese. Esclareço que, conforme estabelecia vínculo com os materiais do Programa e adquiria conhecimentos para analisá-los, fui aprendendo a tensionar o tema para a construção do foco desta investigação.

Importa também evidenciar os movimentos de sistematização. Pensar a relação entre

saúde e educação escolar com base nas compreensões teóricas de Foucault e outros autores que compartilham de uma forma de pensar e de fazer pesquisa foucaultiana pode auxiliar na desnaturalização dessa vinculação, que nem sempre esteve presente, como muitas vezes nos é apresentado. Este tema está atualmente entre meus interesses por apresentar-se vinculado às minhas atividades profissionais.

2.1 Dos percursos feitos entre saúde e educação

A formação é como uma viagem aberta, uma viagem que não pode estar antecipada. É uma viagem interior, uma viagem na qual alguém se deixa influenciar a si próprio, se deixa seduzir e solicitar por quem vai ao seu encontro, e na qual a questão é esse próprio alguém, a constituição desse próprio alguém, e a prova é a desestabilização desse próprio alguém (LARROSA, 2001, p. 53).

Ao iniciar a escrita desta tese, ainda na introdução, disse que não iria fazer uma narrativa exaustiva de mim. Retomo aquela ideia, mas agora a articulo à citação de Larrosa. Ao revisitar o próprio processo de constituição da pesquisa, revisito a mim mesma e as crenças que me mobilizaram até o momento. Conforme anteriormente mencionei, já não sou mais a mesma que iniciou este doutorado e trabalho de pesquisa. Mudei várias vezes, não só de pesquisa, mas também de abordagem investigativa e teórica. O referencial foucaultiano que hoje me inspira não iniciou comigo o doutorado. Isso significa que ele é bastante novo para mim, por isso, assumo o risco de escorregar na abordagem que proponho para sustentar a forma de adentrar e de problematizar o tema da articulação saúde e educação na escola.

Como enfermeira no Instituto Federal de Educação, Ciência e Tecnologia do Rio Grande do Sul (IFRS), constantemente sou interpelada a realizar ou a responder por projetos que aproximam, de forma mais ou menos articulada, a saúde da educação e, mais especificamente, da escola. Parece haver uma crescente aposta das instituições de saúde e até mesmo educacionais em investir na educação para minimizar riscos postos à saúde, principalmente daquela parcela da população mais carente que está em situação de vulnerabilidade social.

Inúmeras são as ideias, dadas por distintos setores e instâncias governamentais e não-governamentais, de projetos de saúde para serem desenvolvidos nas escolas. Eles abarcam desde acompanhamento de vacinas até o uso de preservativos e alimentação saudável. Isso significa que, cada vez mais, uma postura preventiva é adotada pelo Governo brasileiro, que recorre, entre outras instâncias, à educação para efetivar seus objetivos de incluir em uma vida

mais saudável e segura aqueles que estão em situação de risco. Diante de tantas demandas para a educação e, em especial, para a escola, como enfermeira que atua no campo da formação profissional, sou interpelada a posicionar-me e a saber mais sobre as muitas formas de tradução dos desejos do Governo em projetos de educação e saúde. Entendo que é preciso criar um espaço onde eu possa pensar por mim mesma, bem como sobre as verdades que me regeram e continuam a reger, tanto como enfermeira quanto como professora.

A realidade por mim vivida como enfermeira sempre esteve atravessada por problemas sociais que sugeriam o descaso do Estado com a educação. Saúde e educação sempre foram campos que receberam poucos ou muito poucos investimentos no Brasil. Muitas vezes, pensava que a escola poderia ensinar seus alunos a cuidarem-se para que não tivessem doenças facilmente evitáveis se, pela educação, conduzíssemos crianças e jovens a agirem de forma prudente com sua saúde. Não me perguntava em momento algum sobre os compromissos já assumidos pela escola e sobre o próprio papel da escola na Modernidade e até mesmo na Contemporaneidade. Era mais uma a fazer cobranças e denúncias da falta de políticas que aproximassem a saúde e a educação e, mais especificamente, que responsabilizassem as escolas pela orientação para uma vida mais saudável. Enfim, como a grande maioria daqueles que constituem o campo da saúde, atribuía à educação e à escola a função de reeducar a população para minimizar os riscos vividos na saúde.

Hoje, ocupando um espaço na área de educação e fazendo doutorado nessa área, sou desafiada a pensar o que até então estava tão naturalizado para mim. Entrei no doutorado certa de ver como é possível potencializar a promoção da saúde por meio da educação escolar. Ao buscar apoderar-me do campo da Educação, confirmei primeiro o que já sabia – os recursos para a educação da população são escassos; além disso, confirmei a verdade que já tinha sobre as práticas de saúde adentrando cada vez mais na escola. Custei a dar-me conta de que o problema na saúde dos brasileiros não pode resolver-se com a inclusão de mais horas de práticas de saúde nos Projetos Político-Pedagógicos das escolas. O problema é bem mais profundo, pois tem razões históricas de condução das condutas da população que dificultam outras formas de entendimento sobre a saúde, bem como ultrapassam o aceite ou não da escola de mais um tema e/ou compromisso a ser assumido por ela.

A escola, ao educar, ensinar e transmitir conhecimentos, visa a conformar, controlar e proporcionar uma regulação social, conduzindo o indivíduo e, conseqüentemente, a sociedade. Sendo assim, está encarregada de construir sujeitos que saibam seguir regras e comportar-se conforme cada situação ou lugar exige, com uma conexão inseparável da

sociedade, “de modo que pensar qualquer mudança no âmbito da escola implica pensar como as coisas estão se passando no âmbito da sociedade” (VEIGA-NETO, 2003, p. 109). Isso também é possível na relação inversa, quando, ao perceber-se uma situação “problema” em uma camada específica da população, se busca a escola para uma modificação da população. Ou seja, qualquer situação adversa ou problema na sociedade é quase irredutivelmente transferido à instituição escolar para que ela resolva, ficando a escola com uma enorme responsabilidade social.

O espírito missionário da educação brasileira aparece fortemente marcado na noção que a população tem de escola, bem como na visão que os docentes têm de si mesmos como profissionais que devem aceitar distintas situações de trabalho e dar conta de “todos” os atravessamentos que constituem o dia a dia de seus alunos.

A fragilidade da educação brasileira não se dá na falta de conteúdos abarcados, mas na tradição de querer abarcar tudo. O ideal de *ensinar tudo para todos*, proferido por Comenius no século XVII (COMENIUS, 1954), reina no campo da Educação. Somados a esse ideal, os discursos missionários e redentores potencializam-se, sobrando para a escola assumir todos os compromissos que lhe são ofertados e demandados. As consequências desse processo já se mostram difíceis para a escola, que tenta definir suas funções em um universo maior de propostas. Além de propostas a serem desenvolvidas pela escola, percebe-se o constante apelo à figura do professor mediador. Dito de outra maneira, essa é a figura que cada vez mais assume o compromisso de tornar o espaço escolar agradável e suficientemente interessante para que o aluno aprenda.

A aprendizagem passou a ocupar, desde o final do século XX, lugar de destaque nos discursos educacionais, pedagógicos e psicológicos, entre outros. Diante de tal destaque, o ensino parece cada vez mais esmaecido.

No deslocamento da ênfase do ensino para a aprendizagem, como anunciado por Biesta (2013), proliferam investimentos na educação dos escolares. Entre os inúmeros investimentos, estão as ações do PSE, estas cada vez mais voltadas para o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento físico, para a aprendizagem dos alunos e para formas de comportamento que acarretem melhores índices de desenvolvimento populacional.

Muitas ações podem ser vistas nas escolas mobilizando alunos a quererem aprender, mas poucas são as discussões que ocupam os professores, fazendo-os pensar no papel da escola, no compromisso que possuem em ensinar os alunos e em conduzi-los na construção

do conhecimento. Portanto, parece não estar claro, nos dias atuais, o compromisso com o ensino. Então, com o crescente deslocamento do ensino para a aprendizagem, a escola está cada vez mais aberta para que mais temas adentrem os planos pedagógicos, bem como para que mais cobranças de insucessos a ataquem. Masschelein e Simons (2014, p. 157) apontam que temos uma escola com “apelos atraentes para maximizar os ganhos de aprendizagem e otimizar o bem-estar para todos” e que uma “nova lista de competências é acrescida a um currículo” (p.109). Diante da lista de competências acrescidas, está a ameaça do fracasso da escola.

Voltando ao que interessa problematizar nesta tese, entre as inúmeras tarefas dadas à escola, encontra-se a promoção da saúde da população. Daí o interesse em problematizarmos não a importância de educar a população para uma vida saudável, mas o porquê de tal projeto ser viabilizado no tempo escolar.

O marco inicial na integração educação e saúde que favoreceu o reconhecimento integral dos sujeitos e privilegiou o ambiente escolar como espaço potencial e necessário para a articulação entre a rede de ensino e de saúde, a família e a comunidade, ocorreu em meados de 2000, com a Escola Promotora da Saúde. O Ministério da Educação, o Ministério da Saúde, a Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura (UNESCO) e o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF) apresentaram às instituições de educação e de saúde e às organizações da sociedade civil as diretrizes norteadoras do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, prevendo contribuir para a redução da vulnerabilidade de adolescentes e jovens às DST/HIV/AIDS e à gravidez não-planejada, por meio do desenvolvimento articulado de ações no âmbito das escolas e das unidades básicas de saúde. Assim, “a geração jovem é, simultaneamente, considerada responsável pelos problemas sociais existentes e pela realização do sonho político de outra sociedade melhor” (MASSCHELEIN e SIMONS, 2014, p. 109).

É possível vislumbrar o alargamento da inserção de temas voltados à saúde desde os anos 90, quando se propõe uma abordagem transversal da saúde a ser trabalhada pela educação. O alargamento e transversalidade do tema constam na Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB– BRASIL, 1996), Lei 9394/96 e nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs – BRASIL, 1998a), considerando-se os PCNs de 1997, em que o ensino de saúde é abordado como um desafio para a educação na possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida.

Oferecer ao aluno informações que o incitem à busca pelo conhecimento e a mudanças

em relação à saúde desperta na sua família e na comunidade onde está inserido uma maior preocupação com seu bem-estar físico e mental. Tal como preconizado pelo Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007, verificam-se indicações legais pela inclusão de temáticas de educação em saúde nos projetos político-pedagógicos das escolas.

Com minha aproximação da instituição escolar, cada vez mais, interesse-me pela relação estabelecida entre esta política de saúde e a educação escolarizada. Percebo que as práticas se organizam a partir de uma racionalidade política que objetiva, de uma forma ou de outra, novas condições individuais e coletivas de vida. Tais condições almejadas pelo Estado, além de acarretarem mais saúde e menos gastos com a população doente, também implicam mais força de trabalho, mais investimentos externos e mais condições de sustentabilidade dos indivíduos.

2.2 Programa Saúde na Escola: uma política emergente na Contemporaneidade

Gerar uma sociedade mais saudável é possível somente com a proliferação discursiva do tema saúde³? Diariamente, ao assistir a programas de televisão, navegar na internet, escutar rádio, folhear revistas e ler jornais, é impossível não ser capturado com as notícias que circulam sobre boas práticas de saúde. Dia a dia, são elencados novos discursos para cuidarmos de nosso corpo. A base para os discursos políticos ou propagandas vinculadas à mídia está no objetivo de estimular atitudes e comportamentos que venham a interferir no modo de vidas das pessoas, ou seja, produzir indivíduos mais saudáveis. Essa proliferação de saberes ligados à saúde vem acontecendo continuamente, sendo um investimento interessante para o desenvolvimento do Estado e praticada pelos profissionais da saúde.

Cabe aqui situar o conceito de saúde do qual estou falando. Em 1948, a declaração da Organização Mundial de Saúde (OMS) provocou uma mudança significativa na concepção de saúde; antes vista somente como presença ou ausência de doença, nessa data, a saúde foi estabelecida como o estado de completo bem-estar físico, mental e social (OMS, 1986). Desse modo, ficam perceptíveis a demanda de recursos sociais, coletivos e pessoais e o investimento nas capacidades físicas para a promoção de saúde e bem-estar.

A partir da década de 1960, alguns segmentos da população brasileira e outros de

³A Organização Mundial da Saúde (OMS), desde 1948, define a saúde como sendo o estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não somente de ausência de enfermidade ou invalidez, ou seja, o conceito de saúde transcende a ausência de doenças. (OMS, 1986).

âmbito internacional tensionaram a formulação, implantação e implementação de políticas públicas, reivindicando direitos sociais, dentre eles, os de saúde. Em 1986, ocorreu a I Conferência Internacional de Promoção da Saúde⁴, em Ottawa/Canadá, a qual definiu a promoção da saúde como “o processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e de saúde, incluindo uma maior participação no controle desse processo” (OMS, 1986, p. 19). Já no Brasil, a Constituição Federal de 1988, também conhecida como Constituição Cidadã, ampliou os direitos humanos e garantias individuais e coletivas para a sociedade brasileira, dentre eles, os direitos à saúde e à educação, sendo um dever do Estado provê-los. Esses direitos foram sendo efetivados mediante políticas públicas, que se destacam atualmente pela interligação com o mundo social. Nesse contexto, percebemos que muitas políticas estão voltadas para práticas assistencialistas, estando ligadas, por vezes, a interesses econômicos e políticos.

Esse Estado provedor cria o Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, que integra elementos ligados às atividades de promoção, proteção e assistência à saúde, principalmente para as classes mais vulneráveis, estabelecendo princípios básicos da universalização, da equidade, da integralidade, da descentralização e da participação popular. Tornando-se uma proposta inovadora de transformação e organização dos serviços de saúde do Brasil, preconiza um modelo assistencial promotor de saúde, preventivo e interdisciplinar, com ações voltadas para acompanhamento, cuidado e tratamento da saúde coletiva e individual da população (WEBER, 2006).

A efetivação do SUS no Brasil foi estimulada pelo Movimento da Reforma Sanitária (1960), o qual apresentou como um dos pontos principais de suas propostas a necessidade de mudar o modelo de atenção (WEBER, 2006). Conforme esse autor, o modelo era focado primeiramente na dimensão biológica e individual, e as ações giravam em torno da cura de agravos à saúde, sendo redimensionado para uma concepção de saúde ampliada, centrada na prevenção e promoção.

⁴Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), a “promoção da saúde é um processo que objetiva ampliar as possibilidades dos cidadãos de controlar, de forma crescente, os determinantes sociais da saúde e, como consequência, melhorar sua qualidade de vida” (BRASIL, 2011a, p. 17). Para o Sistema Único de Saúde (SUS), a promoção de saúde: “é uma estratégia de articulação transversal na qual se confere visibilidade aos fatores que colocam a saúde da população em risco e às diferenças entre necessidades, territórios e culturas presentes em nosso país, visando à criação de mecanismos que reduzam situações de vulnerabilidade, defendam radicalmente a equidade e incorporem a participação e o controle social na gestão das políticas públicas da saúde” (ibidem, p. 17).

No Brasil, primeiramente chamada de atenção primária, a Atenção Básica⁵ foi concebida para alcançar a universalidade das ações no território nacional. Entretanto, na época da implantação, as ações eram bastante limitadas e, por diversas vezes, tiveram foco apenas no controle de doenças mais comuns e incidentes, sendo que muitas das discussões giravam em torno das práticas de saúde direcionadas somente a questões de gestão e financiamento (TEIXEIRA, 2006). Paim (2008) diz que, para solucionar os problemas e atender às necessidades de saúde, tanto individuais quanto coletivas, as práticas de saúde são o ponto estratégico de mudança. Assim, para o desenvolvimento de tais práticas, devem-se levar em consideração as dimensões política, organizacional e técnico-assistencial (TEIXEIRA, 2006). Dessa forma, em nome do bem comum e preconizada como direito de vida, a saúde é mais efetiva por meio de práticas de promoção de saúde e prevenção de doenças que agem diretamente sobre o indivíduo, pois são o que realmente modifica os comportamentos, os estilos de vida e a cultura da população.

Em 1994, foi criado o Programa Saúde da Família (PSF), destinado a atender principalmente a “população pobre”, pois se pretendiam a superação das desigualdades no acesso aos serviços de saúde e o alcance da equidade no sistema (WEBER, 2006). O Programa Saúde da Família (PSF), conhecido hoje como “Estratégia de Saúde da Família” (ESF), de acordo com a atual Política Nacional da Atenção Básica, tem um sistema de trabalho que deve ser caracterizado pelo desenvolvimento de ações multidisciplinares (BRASIL, 2012). Tais ações devem ser planejadas a partir das necessidades locais, por intermédio do diagnóstico territorial de saúde e de situações de risco, com o estabelecimento de vínculos entre profissionais e a população, a fim de garantir a efetividade da Atenção Primária (BRASIL, 2012). A ESF está baseada num modelo destinado à promoção, à assistência e à reabilitação da saúde da população que ela abrange. A Estratégia deve ter uma visão ampliada de saúde, saber os diversos fatores determinantes de doenças, ou seja, os riscos das condições de saúde e a qualidade de vida dos indivíduos nos diferentes contextos: sociais, econômicos, ambientais, psicológicos e políticos, entre outros. Suas prioridades devem estar nas ações educativas e intersetoriais⁶, no princípio da integralidade, na contínua

⁵A atenção básica caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde, no âmbito individual e coletivo, que abrange a promoção e a proteção da saúde, a prevenção de agravos, o diagnóstico, o tratamento, a reabilitação, a redução de danos e a manutenção da saúde com o objetivo de desenvolver uma atenção integral que impacte na situação de saúde e autonomia das pessoas e nos determinantes e condicionantes de saúde das coletividades (BRASIL, 2012, p. 19).

⁶A intersetorialidade é um modelo de gestão de programas do Ministério da Saúde, sendo uma “integração dos serviços de saúde e outros órgãos públicos com a finalidade de articular políticas e programas de interesse para a saúde, cuja execução envolva áreas não compreendidas no âmbito do SUS, potencializando, assim, os

relação com os demais níveis de assistência, no aumento do vínculo entre os profissionais e a comunidade e na corresponsabilização na resolução dos problemas de saúde.

Podemos notar que promover uma melhor qualidade de vida para a população brasileira é possível por meio de aprendizagens efetivas de educação em saúde. Trata-se de uma necessidade cada vez mais presente no cenário brasileiro, a ponto de constituir-se como uma urgência histórica que demanda a criação de programas e políticas específicos para o atendimento prioritário dos grupos em situação de vulnerabilidade social⁷.

Então, como se faz para atingir o maior número possível de indivíduos e efetivar a aprendizagens de saúde, principalmente dos que moram em zonas de maior vulnerabilidade nos pontos mais distantes do País? Por ser considerada de suma importância, tanto socialmente quanto econômica e politicamente, a promoção da saúde tem sido recomendada por diversos órgãos internacionais e nacionais (OPAS, 2003). No âmbito internacional⁸, tem sido incentivada pela iniciativa de Escolas Promotoras de Saúde (EPS), estando em consonância com uma tendência mundial de concretizar as escolas como locais para a promoção de saúde (BRASIL, 2007b).

No Brasil, ela vinha acontecendo a partir da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), com a Iniciativa Regional de EPS, implantada em alguns dos estados brasileiros, e também por meio da Política Nacional de Promoção da Saúde e, mais recentemente, pelo Programa Saúde na Escola (PSE), com articulação e integração entre os setores, para investir mais pontualmente nos educandos que moram em zonas de maior vulnerabilidade social (BRASIL, 2011a, p.8) a fim de disseminar a saúde.

Ensinar hábitos higiênicos às crianças, por exemplo, vem acontecendo desde 1920,

recursos financeiros, tecnológicos, materiais e humanos disponíveis e evitando duplicidade de meios para fins idênticos. Se os determinantes do processo saúde/doença, nos planos individual e coletivo, encontram-se localizados na maneira como as condições de vida são produzidas, isto é, na alimentação, na escolaridade, na habitação, no trabalho, na capacidade de consumo e no acesso a direitos garantidos pelo poder público, então é impossível conceber o planejamento e a gestão da saúde sem a integração das políticas sociais (educação, transporte, ação social), num primeiro momento, e das políticas econômicas (trabalho, emprego e renda), num segundo. A escolha do prefixo inter e não do trans é efetuada em respeito à autonomia administrativa e política dos setores públicos em articulação”. (BRASIL, 2014). Disponível em: <<http://www.redehumanizaus.net/glossary/term/121>>. Acesso em: 12 mai. 2014.

⁷ No quarto capítulo, explicarei a importância da atuação na população mais vulnerável socialmente.

⁸ Banco Mundial, cuja sigla é BIRD (Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento), é um organismo internacional de assessoramento técnico e de financiamento de projetos nas áreas social e de infraestrutura, com atuação no Brasil desde 1949. Esse banco financia programas para melhorar a saúde da população mais pobre. Outro órgão é a Organização das Nações Unidas (ONU), que destaca que, desde 1945, tem influenciado muitas das transformações sociais e econômicas e aponta que “atingir o ensino básico universal” é um dos cinco Objetivos de Desenvolvimento do Milênio, os quais deverão ser atingidos até 2015. <<http://www.onu.org.br/a-onu-em-acao/a-onu-em-acao/a-onu-co-desenvolvimento/>> Acessado em: 5 de dezembro de 2014.

quando ocorreu a incidência de várias doenças. O Instituto de Hygiene de São Paulo procurou intervir nas escolas, via educadoras sanitárias, abordando os problemas de saúde pública e centralizando as ações no contexto infantil, na tentativa de resguardar os indivíduos da debilidade e de moléstias por meio de hábitos salutareos desde a mais tenra idade (ROCHA, 2003).

Esclareço que, no Brasil, a inter-relação da saúde com a educação vem de longa data. Em 1930, um dos primeiros atos do governo provisório de Getúlio Vargas foi a criação do primeiro Ministério dos Negócios da Educação e Saúde Pública, permanecendo a educação e a saúde juntas no mesmo Ministério até 1953. Atualmente, apesar de estarem separadas, existe uma proximidade nessa relação, ora pelo compartilhamento do Ministério, ora pela projeção de ações em que se relacionam saúde e educação. Essa articulação fica mais visível na disseminação e tematização da saúde na escola no final do século XX, conforme demonstro no decorrer desta pesquisa.

Atualmente, no Brasil, há um grande número de programas inseridos em instituições escolares. Percebo que essas políticas sociais, dentre elas, as de saúde, não podem mais ser vistas apenas como ações beneficentes, cujo objetivo é somente ajudar as populações menos assistidas. Existe uma intenção clara de fazer com que cada indivíduo seja estimulado continuamente a ser o mais responsável possível pela sua saúde. Nessa perspectiva, observo os modos pelos quais alguns programas e políticas nacionais de educação e saúde contribuem na formação de escolares, tendo como sustentação as ações de educação, promoção da saúde e prevenção de riscos. São bases dessas ações: o Programa Saúde na Escola, o Programa Mais Educação e o Projeto Escola que Protege, entre outros.

As atividades do PSE desenvolvidas por meio da escola constituem-se em uma estratégia⁹ produtiva para alavancar práticas de preservação da saúde da população em geral. Isso porque os escolares compõem um grupo facilmente atingível, uma vez que já estão reunidos numa instituição para aprender. Tais práticas atualmente são estabelecidas ainda na creche e pré-escola, baseadas na sensibilização, conscientização e mudança de hábitos, de modo a tornar possível alcançar a meta de promoção da saúde ao longo desses anos em que os

⁹ Foucault distingue três sentidos do termo “estratégia”: 1) Designa a escolha dos meios empregados para obter um fim, a racionalidade utilizada para alcançar os objetivos. 2) Designa o modo em que, em um jogo, um jogador se move de acordo com o que pensa acerca de como atuarão os demais e do que pensa acerca do que os outros jogadores pensam acerca de como ele haverá de se mover. 3) Designa o conjunto de procedimentos para privar o inimigo de seus meios de combate, obrigá-lo a renunciar à luta e, assim, obter a vitória. Esses três sentidos se resumem na ideia de estratégia como “escolha das soluções ganhadoras” (CASTRO, 2009, p. 151-152).

escolares permanecem na rede de educação pública. Ao afirmar que os escolares compõem um grupo facilmente atingível, quero explicar que, por estarem capturados pela escola, se tornam mais facilmente aptos à recepção de informações e alterações de comportamento e hábitos do que um grupo de chão de fábrica, sem contar que, neste último, haverá alteração nas atividades do processo de produção, o que, conseqüentemente, afetará a produtividade e o mercado econômico.

A partir desse olhar, observo que o Programa Saúde na Escola faz parte de uma racionalidade política atual que, a partir dos desejos, necessidades e escolhas da população, atua para proporcionar saúde e auxiliar na aprendizagem dos alunos (BRASIL, 2010b). Esta política estabelecida pelo Governo em defesa da vida tem sucesso quando há uma população com várias carências - segundo o IBGE, em 2011, 58,4% dos brasileiros apresentavam ao menos um tipo de carência entre quatro itens avaliados: atraso educacional, qualidade dos domicílios, acesso aos serviços básicos e acesso à seguridade social (IBGE, 2011). Assim, por meio das estatísticas, ou seja, de índices, se tem a noção de que existem sérios problemas nessa camada da população, como: alto índice de analfabetismo, gravidez prematura, insegurança, desemprego, habitação precária, falta de saneamento básico e de água encanada, entre outros que fazem com que seja facilmente atingida por propostas que nem sempre vão resolver de maneira permanente suas reais dificuldades. Vários problemas são evitados e não especificamente atacados, entretanto muitos se contentam com esses procedimentos de mera evitação.

Algumas ações para resolver os problemas requerem elevado investimento, porém, não podemos de modo algum dizer que as do PSE não contribuem para a saúde da população, pois proporcionam bem-estar e cuidado, minimizando algumas situações mais relevantes, mas efetivamente não resolvem situações mais complexas, como o saneamento. Direcionam-se as ações para que cada indivíduo ou coletivo se responsabilize pela sua saúde e pela dos outros.

O PSE é importante porque, além de mapear as condições de vida da população em que atua, revela um grupo que não estava dentro das formas normalmente utilizadas de visibilidade, como Bolsa Família, declaração de imposto de renda, contas em banco e cartão de crédito, entre outras. Sem um saber sobre as condições de vida da população, não se tem como atender às suas necessidades de saúde.

O Programa, ao conhecer a população e disseminar conhecimentos, tem o intuito de conduzir as condutas dos sujeitos de acordo com determinados princípios, dentre eles, destaca-se a necessidade social e política de participação ativa de todos (BRASIL, 2011a). A

perspectiva de participação ativa de todos proporciona certo bem-estar nessa população, tão em voga na atualidade, e os investimentos educacionais são direcionados para configurar e demonstrar desejos e necessidades que estão sendo estabelecidos. Os especialistas dizem como educar, ensinar, vigiar e conhecer os educandos. A partir dos desejos, necessidades e problemas eleitos pelos integrantes do PSE em um território, as ações de saúde são direcionadas, oportunizando liberdade condicionada, conforme mostrarei no Capítulo 5 (os tipos de ações do PSE e seus direcionamentos).

Esse Programa propaga a possibilidade de fazer o indivíduo participar da economia neoliberal mesmo que apenas no local onde está inserido; conseqüentemente, acaba diminuindo o risco social dessa camada de população que antes tinha pouco acesso às informações para re(estabelecer) seu comportamento, hábitos e estilos de gestão de vida de si própria e de suas famílias. Partindo da perspectiva de ter mais saúde, de sentir-se cuidada, essa população poderá participar do mercado de consumo, ser incluída no jogo neoliberal, ainda que seja em uma pequena parcela do mercado econômico. Assim, a escola aparece como uma ponte de possibilidades para atingir a população. Entretanto, Masschelein e Simons (2014) problematizam a escola como lugar e tempo para a busca de soluções de problemas sociais, culturais e econômicos. Para estes autores, a escola deve configurar-se num “tempo sem destinação” ou, ainda, como “evento aberto de pura preparação, isto é, uma preparação que não tem um propósito pré-determinado, além de estar preparado e ‘em forma’” (MASSCHELEIN e SIMONS, 2013, p. 92-93) para o exercício do pensamento.

Nesse aspecto, a instituição escolar pública atualmente desvia-se dessa perspectiva dos autores. Ela parece constituir-se, na visão do Estado e de outros investidores, numa instituição mais direcionada para o processo de difusão e promoção de saúde, uma vez que regula e produz modos de ser nos sujeitos com relação à prevenção de doenças, cuidado com o corpo e promoção de comportamentos saudáveis, como veremos na próxima seção. Entendo que o Programa foi estabelecido a partir de necessidades criadas neste e para este tempo, ou seja, há um conjunto de situações que faz com que seja necessário e fundamental que esta política de Estado se propague no momento. Compreendo que algumas estratégias de ação para a educação em saúde difundidas nas escolas públicas se destinam a desenvolver estilos saudáveis de vida para a comunidade escolar e, assim, atingir a população em geral. Esclareço que, ao debater essa situação, não pretendo produzir um juízo valorativo sobre essa política, posicionando-a como positiva ou negativa para a comunidade escolar. Trata-se de

compreender que essa política se constitui em estratégia de governo¹⁰. Ela é pensada, organizada, disseminada no interior de uma racionalidade neoliberal, que pretende diminuir o risco social localizado principalmente por uma camada especial da população, com a pretensão de constituir sujeitos responsáveis pela sua saúde e produtivos, para que todos se sintam relativamente seguros dentro de um conjunto de ações predeterminadas.

O Estado brasileiro, ao conduzir as ações da população brasileira por meio de práticas de governo, dentre elas, as previstas no Programa de Saúde na Escola, busca alterar segmentos sociais considerados em situação de vulnerabilidade. Investindo na mudança mencionada acima, investe em todo o grupo social direta ou indiretamente envolvido nas ações escolares desencadeadas pelo PSE.

Após esses comentários que povoam meus pensamentos e me inquietam acerca do Programa Saúde na Escola, sinto a necessidade de verificar algumas pesquisas que foram desenvolvidas sobre a temática da saúde no ambiente escolar.

2.3 Das pesquisas feitas sobre o tema saúde na escola

Atualmente, por a saúde ser alvo de muitas discussões e pela ampla abrangência que as políticas de saúde assumem dentro de diferentes espaços sociais, pensei que, no âmbito acadêmico, deveria existir um número considerável de trabalhos sobre o tema saúde e educação escolar. O exercício que faço de revisitar algumas pesquisas que abordam, de alguma maneira, o tema da saúde e educação escolar tem o objetivo de conhecer a produção e discutir com os autores suas análises sobre as investidas do Estado na educação em saúde dos educandos.

Nessa perspectiva, primeiramente, realizei uma pesquisa no banco de teses e dissertações da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), para saber se existem muitas pesquisas sobre as políticas de saúde na escola e quais as discussões que desenvolvem. Fiz inicialmente uma busca nesse *site*, abrangendo o período de 2009 até 2014, para verificar aproximações e diferenciações dessas pesquisas em relação à que estou desenvolvendo. Digitei *Programa Saúde na Escola*, e apareceram 1.280 trabalhos, entre teses e dissertações; entretanto, percebi que qualquer uma das palavras estava presente nos trabalhos. Então, digitei *saúde-escola*, e apareceram 28 trabalhos, mas nenhum sobre o Programa nem sobre ações de saúde desenvolvidas nas escolas públicas; eram todos da área

¹⁰ O conceito de governo será desenvolvido no terceiro capítulo.

de conhecimento da saúde e abordavam temas como tuberculose, dengue, idosos e alimentação, idosos e qualidade de vida e de sono, crianças cegas, sexualidade e iniciação sexual, entre outros assuntos.

Em uma terceira busca, relacionada ao mesmo assunto, desta vez *saúde-educação escolar*, encontrei 33 trabalhos, a maioria relativos ao Programa Nacional de Alimentação Escolar quanto a histórico e implantação, monitoramento e dificuldades; educação continuada de professores, merendeiras e nutricionista; ou sobre saúde dos professores e atividades físicas correlacionadas à saúde, entre outros.

Numa próxima pesquisa, com os termos *saúde-na-escola*, encontrei um universo de 35 trabalhos, sendo quatro teses. Em relação à área de conhecimento, somente dois da área da Educação, sendo que um aborda a saúde na Educação de Jovens e Adultos e o outro trata sobre prevenção e controle de peso. Os demais trabalhos são da área da Saúde (Enfermagem, Nutrição, Saúde Pública e Coletiva); abaixo, abordarei os que acredito estarem mais voltados ao meu tema de pesquisa.

Em ainda outra pesquisa, com as palavras *programa-saúde-na-escola*, apareceram 19 trabalhos, sendo duas teses, somente uma da área da Educação. Destaco que todos esses trabalhos estão incluídos na pesquisa anterior, os quais vou abordar, assim como outras pesquisas relacionadas à saúde na escola, datados desde 2004, que já haviam sido selecionadas anteriormente à buscas ao *site* da CAPES, por entender que podem auxiliar nesta investigação. Algumas dessas pesquisas, estão elencadas nesta seção, assim como ao longo do trabalho.

Nesse conjunto de investigações, separei as pesquisas que me pareceram pertinentes para este estudo. Esclareço que os assuntos dos trabalhos que contemplam o PSE são: um sobre orientações de posturas preventivas; cinco textos dedicam-se a pesquisar sobre a avaliação de nutrição, alimentação, fatores associados ao excesso de peso, obesidade e práticas de prevenção direcionadas a essa temática; três analisam a importância da intersetorialidade dos setores saúde e educação no PSE, desde a gestão federal, estadual e municipal até a sala de aula, destacando o quanto é imprescindível este entrelaçamento para uma melhor atuação da saúde na escola, sendo que alguns coletaram dados sobre os desafios na implementação e andamento do PSE; quatro estudos foram sobre a temática da sexualidade (na percepção dos pais, gestores ou adolescentes), demonstrando a importância de esse tema ser desenvolvido nas escolas e apontando a vulnerabilidade juvenil quanto às doenças sexualmente transmissíveis e gravidez, inclusive, um estudo aborda o valor de se ter grupo

on-line para potencializar esses conhecimentos (FILHO¹¹, 2012); outros três estudos focam as competências dos gestores, profissionais de saúde ou enfermeiro em relação às práticas cotidianas observadas; um estudo demonstra como ocorreu a implantação do Programa em um município; outros são sobre assuntos trabalhados dentro do PSE, especificamente relacionados com dengue ou drogas. A maioria dos estudos considera ações produzidas em Estados ou Municípios específicos.

Observei que, das pesquisas encontradas com relação ao PSE, não me deparei com estudos que tenham empreendido o que proponho neste trabalho, nem a partir da perspectiva teórica que proponho aqui, a saber, a perspectiva foucaultiana. Entretanto, encontrei dois trabalhos pautados nos estudos foucaultianos abordando saúde na escola, os quais referenciarei mais adiante, que me chamam a atenção pela proximidade que podem ter com esta investigação. Não pretendo dizer com isso que não foram realizados estudos com essa perspectiva, nem que esta seja hegemônica em relação a outras pesquisas, apenas que fui interpelada com a possibilidade de olhar para o Programa de outro modo. Essa possibilidade pode ser compreendida como um olhar e análise na perspectiva de ver outras verdades e significações dessa política. Intenciono ir além das benevolências que alguns pensam acompanhar a história da exaltação de ser saudável e das práticas de promoção de saúde, ou das relações estabelecidas entre educação escolar e saúde, pois as compreendo como ações eficazes no governo dos sujeitos e da população em tempos neoliberais¹².

Citarei alguns estudos que demonstram a propagação das ações de saúde na instituição escolar e como essa instituição é considerada a mais adequada para a operacionalização de ações de saúde, dentre outras. Afirmarões desse tipo nos trabalhos são quase um consenso quando se pesquisa a opinião de profissionais da saúde e da educação, dirigentes governamentais, pais, educandos, etc. Digo mais uma vez que não entendo a disseminação das ações de saúde na escola como ações naturais, ou seja, há um conjunto de circunstâncias que criam maneiras de viver, de cuidar do corpo, de se relacionar, de perceber o tempo e o espaço, de participar politicamente, etc., o que faz com que seja necessária e fundamental a propagação de necessidades de ações de saúde na escola. Muitos são envolvidos para se tornarem os disseminadores da noção da instituição escolar pública como o local mais adequado para que este processo se desenvolva.

¹¹FILHO, E.B. **Grupo focal on-line, mídia de divulgação interativa, sexualidade e educação de adolescentes**. 2012. Mestrado acadêmico em engenharia e gestão do conhecimento instituição de ensino: Universidade Federal de Santa Catarina Biblioteca Depositária: B.U. DA UFSC.

¹²Assunto que me abordarei no Capítulo 3, onde demonstro a importância dessa racionalidade no mundo atual.

Início verificando pesquisas que demonstram a articulação saúde-escola e que abordam a opinião dos profissionais da educação sobre esse aspecto, embora sejam anteriores à efetividade do PSE. São trabalhos que demonstram a possibilidade de aceitação de emergência desse Programa. Entre várias teses e dissertações, temos os estudos de Lomônaco (2004), Barreto (2008), Paz (2006) e Andrades (2007), que analisaram práticas de saúde desenvolvidas nas escolas. As análises desses autores indicam que os temas relacionados à saúde continuavam sendo parte dos conteúdos de ciências ou eram desenvolvidos por meio de ações pontuais.

Andrades (2007) tem por objetivo verificar os problemas de saúde de uma comunidade do município de Pelotas. A autora buscou identificar como a escola, em seus planos de estudo, pode influenciar a situação da comunidade. Concluiu que é indispensável construir espaços de diálogo e ações entre alunos, professores, profissionais de saúde e comunidade, possibilitando a colaboração de cada um no processo de modificação da situação atual, principalmente nas questões de prevenção.

A tese de Valadão¹³ (2004) aborda a efetividade da promoção da saúde na escola como uma estratégia para a equidade e cidadania, uma vez que inexistiam serviços de saúde para essa comunidade. Ela destaca que as políticas de promoção de saúde na escola permitem ampliar as competências dessa instituição e que a aprendizagem em saúde é inerente à vivência escolar, sendo “desejável articular a promoção da saúde na escola às demais dimensões da vida cidadã” (VALADÃO, 2004, p. 110). Estamos sendo abarcados para ver com esses óculos a importância da articulação saúde e escola para a promoção de saúde, posicionando a escola como espaço social mais adequado para o desenvolvimento desse tema. É notável a grande influência escolar na produção social, principalmente quando se quer obter um senso comum hegemônico, nesse caso, da educação em saúde na escola, sendo esta instituição um importante campo de conhecimentos e de práticas para se promover a cidadania dos sujeitos.

Pode-se considerar também a opinião de alguns estudos sobre práticas de saúde na escola em relação ao trabalho docente, formação e capacitação dos professores, isso antes da criação do PSE. Conforme Pelicioni, Pelicioni e Toledo (2008), os professores convivem com os alunos no dia a dia, possuindo vínculo com a maioria dos familiares; então, depois da família, eles são os que têm maior contato com os alunos, sendo importantes dentro da escola e da comunidade como promotores da saúde. Um ponto abordado nas sugestões finais de

¹³ VALADÃO. **Saúde na Escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. 2004.

Pelicioni, Pelicioni e Toledo (2008) é a inclusão de uma política de educação continuada e capacitação para todos os profissionais da comunidade escolar, abrangendo questões relacionadas à saúde para que esses profissionais “educadores”, ao longo de sua vida, sejam promotores da saúde na escola.

Já Ferreira et al (2005), nas suas recomendações, propõem a revisão da formação dos profissionais de educação, no sentido de incluir temáticas ligadas à saúde. Os autores salientam que, quando os professores do ensino fundamental forem capacitados, se tornarão efetivos agentes multiplicadores de saúde nas instituições onde trabalham (FERREIRA et al., 2005). Verifico que essa necessidade já vinha sendo destacada e estava sendo naturalizada, a ponto de ser contemplada nas ações do PSE.

Neste aspecto, Souza (2008), ao investigar profissionais escolares, sendo a maioria professores, envolvidos com projetos e/ou atividades de promoção de saúde, constatou que há falta de capacitação dos professores para atuarem na área de saúde e que a promoção de saúde é indispensável para o desenvolvimento da cultura de saúde na comunidade escolar. O autor percebeu a falta de participação dos familiares para, conjuntamente com a comunidade escolar, desenvolver melhor o tema “saúde”. Quando o PSE refere no seu discurso que se estabelece com embasamento nos desejos e necessidades para “promover a articulação de saberes, a participação de alunos, pais, comunidade escolar e sociedade em geral” (BRASIL, 2011a, p. 3), vejo que esse discurso tem embasamento para ser pronunciado, pois foi criado o desejo de a escola ser a instituição propagadora de ações de saúde.

Camara¹⁴ (2012), ao analisar os fatores relacionados à vulnerabilidade para a transmissão do HIV, indica a necessidade de fortalecer as ações de protagonismo dos adolescentes para além das ações do PSE. É notável como a família é um instrumento privilegiado quando se quer atingir de algum modo os indivíduos quanto a comportamentos em seus mais diferentes aspectos e conhecimento da situação (FOUCAULT, 2008b).

Não percebi nos estudos acima a preocupação com o ensino do conhecimento específico ou com a utilização do espaço e tempo escolar, mas sim com a abrangência do papel da escola, aumento de informações para os profissionais desenvolverem ações de saúde na escola, aumento da participação da comunidade escolar quando se trata de abordar temas relacionados à saúde e importância da integração dos setores saúde e educação, dentre outras questões.

¹⁴ CAMARA. **Vulnerabilidades dos adolescentes à transmissão sexual do HIV/AIDS: uma análise no contexto do Programa Saúde na Escola.** 2012.

Em relação à importância de as ações de saúde serem ofertadas na escola e de os professores serem agentes de promoção de saúde, temos os estudos de Ferraro (2011) e Kubo (2010), que pesquisaram professores. Segundo Ferraro (2011), a escola é o local ideal para se trabalharem questões de saúde, uma vez que as crianças despendem ali muitos anos de seu período de desenvolvimento físico, cognitivo e de formação pessoal e social. O autor comenta que os professores exercem uma influência constante e ativa sobre os conceitos de saúde e doenças nos seus alunos e podem estimulá-los à compreensão e adoção de hábitos saudáveis, podendo também proteger a saúde dos educandos e até de seus familiares. Ressalta, ainda, que os professores não estão bem preparados para atuarem como agentes de promoção da saúde nas escolas e deveriam receber capacitação sobre os principais problemas de saúde dos escolares. A percepção dos professores quanto à importância de abordar o tema de saúde na escola vem ao encontro da tese de Kubo (2010), que aborda a opinião dos professores, principalmente sobre saúde bucal. Destaca que para, esses profissionais, a escola tem a função de orientar e conscientizar os alunos sobre saúde de maneira geral, no seu dia a dia. Nessa pesquisa, os professores destacaram a necessidade de parcerias em projetos entre as faculdades de odontologia e as escolas para auxiliar algumas dificuldades que enfrentam de abordar o tema da saúde bucal. Kubo (ibidem) concluiu que 94% dos professores incluíam educação em saúde nos seus planejamentos escolares.

Conforme as pesquisas apontadas, o ambiente educacional é tido como o local ideal para a promoção de saúde. Entretanto, é preciso mais; é necessária a entrada do profissional da saúde na escola para auxiliar com os temas de saúde na escola. Nesse ponto, trago dois estudos, para não me estender muito: de Coelho¹⁵ (2012) e de Mainardi¹⁶ (2010), que desenvolvem uma discussão sobre como os profissionais da educação trabalham o tema da saúde nas escolas públicas de ensino fundamental. Mainardi (2010) concluiu que, para os pesquisados, é um problema trabalhar o tema Saúde nas disciplinas e que eles sugerem a entrada dos profissionais da saúde para tratar de temas desta área, conforme preconiza o PSE. Na conclusão, ressalta que a “promoção da saúde em todos os sentidos tanto individual quanto social, deve ser o objetivo geral da educação” (ibidem, p. 76). Ela enfatiza que a população brasileira precisa muito da educação escolar, principalmente para a promoção de saúde ser mais efetiva (ibidem). A dissertação de Coelho (2012), por sua vez, destaca a importância do enfermeiro para atuar com adolescentes na escola, indicando que esse profissional deve repensar suas práticas para promover uma educação em saúde mais ativa e

¹⁵ COELHO. **Educação em saúde:** os ditos e não ditos da prática de enfermagem com adolescentes. 2012.

¹⁶ MAINARDI. **Educação em saúde:** problema ou solução? 2010.

real para os adolescentes.

Uma grande maioria dos trabalhos que pesquisei aborda a relação entre educação escolar e saúde, ou seja, a intersetorialidade entre estes setores, e indica a importância dessa articulação para facilitar o desenvolvimento das ações de saúde aos educandos. Nesse contexto, cito as pesquisas que considerei mais relevantes, entre elas, as de Paiva¹⁷ (2012), Rosa¹⁸ (2012), Ferreira¹⁹ (2012) e Carvalho²⁰ (2012), que apontam que essa interrelação deve ser reforçada, ampliada, para melhorar a qualidade de vida dos educandos.

Interessante observar que, por mais que as pesquisas citadas façam críticas às condições de saúde da população, à escola e ao seu papel junto às sociedades, todas concordam que a escola é um espaço a ser utilizado por ações de saúde para educar e criar outras práticas cotidianas. Todas vão ao encontro da criação do PSE, ou reafirmam a efetividade de suas ações e a benevolência do Estado em ofertar essas práticas na escola. Acredito que isso se dá por esses estudos serem, na maioria, provenientes da área da saúde e, conseqüentemente, desenvolvidos pela ótica dos profissionais da saúde na área da educação, ou seja, da perspectiva que os profissionais da saúde têm de cuidar da saúde da maneira mais abrangente possível. Isso auxilia a naturalização da entrada da saúde na escola e de esta ser uma instituição responsável pela disseminação de saúde, pois, digo por mim, muitos de nós percebemos a escola como mais um espaço a ser ocupado.

Analisando os estudos mencionados, entendo que o foco da promoção da saúde na educação está na importância da atuação da escola na ampliação dos conhecimentos relacionados à saúde. É factível que os estudos abordem essa temática no viés da importância da escola para a promoção de saúde, pois, conforme apontam os PCNs (1998a, p. 99), “todas as experiências que tenham reflexos sobre as práticas de promoção, proteção e recuperação da saúde serão, de fato, aprendizagens positivas, até porque não se trata de persuadir ou apenas de informar, mas de fornecer elementos que capacitem sujeitos para ação”. Em meu entendimento, isso significa tratar da saúde como um instrumento de qualidade de vida que estaria presente em diversos contextos da ação pedagógica.

Diante dessas pesquisas que mencionei acima e a partir dos documentos emitidos pelo Governo Federal, percebo que o ensino de saúde tem sido considerado um desafio para os

¹⁷ PAIVA. **Análise do Programa Saúde na Escola no município de Fortaleza**. 2012.

¹⁸ ROSA. **O desafio da intersetorialidade: a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) em Manguinhos, no município do Rio de Janeiro**. 2012.

¹⁹ FERREIRA. **Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola**. 2012.

²⁰ CARVALO. **A saúde na escola e a promoção da saúde conhecendo a dinâmica intersetorial em Duque de Caxias e Nova Iguaçu – RJ**. 2012.

profissionais de educação no que se refere à possibilidade de garantir uma aprendizagem efetiva e transformadora de atitudes e hábitos de vida saudáveis dos indivíduos e da sociedade, pois “as experiências mostram que transmitir informações a respeito do funcionamento do corpo e a descrição das características das doenças, bem como um elenco de hábitos de higiene, não é suficiente para que os alunos desenvolvam atitudes de vida saudável” (BRASIL, 1997b, p. 61). É preciso mais, é preciso atuar com práticas de saúde diretamente nos indivíduos que vivem nos locais mais vulneráveis, com maiores riscos. Assim, o Estado investe e cria o PSE para realizar essa prática mais individual, pontual.

Observo que estudos de mestrado e doutorado elaborados após a criação do PSE na área da Educação e da Saúde normalmente descrevem o PSE e as experiências de implantação. Outros destacam no título o PSE, mas, no decorrer da leitura, verifico a descrição do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas, ou seja, a efetiva implantação do Programa ainda não tinha sido contemplada quando foram realizados os estudos. A criação do Programa Saúde na Escola foi estabelecida no ano 2007, mas a primeira portaria de adesão ao PSE só ocorreu em dezembro de 2008. A partir desta data, foi possível algum estudo, direcionado inicialmente a somente algumas escolas, o que diminui a incidência de estudos sobre o Programa. Explico que, anteriormente ao Programa, tínhamos o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas em algumas escolas do Brasil. Porém, a importância e/ou relevância desses estudos não é discutida, sendo eles relevantes para minha temática de pesquisa.

Monteiro (2012) refere que os temas relacionados à saúde humana vêm sendo desenvolvidos desde os anos iniciais da escolarização formal, sendo obrigatórios na Educação Básica do Brasil desde 1971. Este mesmo autor demonstra que os livros didáticos dos anos iniciais do ensino fundamental no Brasil tendem a abordar o tema a partir de uma perspectiva que enfatiza e reduz a saúde a seus aspectos biológicos e atribui pouca relevância aos seus determinantes sociais. O autor observa que esses livros didáticos têm como foco o indivíduo e seu conjunto de comportamentos e hábitos que interferem na situação de saúde dos indivíduos em geral.

Nos estudos considerados acima, não percebi ser abordado se é na escola, ou seja, no seu espaço e tempo, que devem se desenvolver as ações do PSE com os alunos. Também não se abordam nem se tensionam outros motivos para a escola estar, cada vez mais, sendo considerada um espaço produtivo para educação da saúde da população. Outro ponto que não percebi contemplado nesses estudos é a inserção de ações de saúde nas escolas que ainda não adotaram a educação em tempo integral, quando tais ações coincidem com os horários das

atividades escolares, ou seja, ocupam o tempo destinado para o processo de ensino e de aprendizagem das disciplinas tidas como fundamentais nas próprias diretrizes educacionais, e qual o efeito dessas ações nesta situação.

Como referi anteriormente, encontrei duas pesquisas sobre saúde na escola pautadas pelos estudos foucaultianos (BARBOSA, 2012; SANTOS, 2004); elas chamam a atenção pela proximidade que podem ter com a investigação que proponho. Assim, trago a tese de Barbosa²¹ (2012), que estudou as agendas escolares de 2007 a 2011 e gincanas escolares de 2009 a 2011, que se destinam a ensinar maneiras de ser saudável, além de produtoras de uma cultura de saúde escolar. Estes artefatos, como designa a autora, agem como uma estratégia biopolítica voltada para a saúde escolar, tendo mais cunho preventivo, e possui um viés moral e humanizador.

Santos²² (2004), na sua dissertação, problematiza algumas campanhas de saúde na escola que aconteceram na década de 1990 e discute o caráter curativo/terapêutico da pedagogia, a partir da postura higienista. Santos (íbidem) aborda o *quanto* e *como* as campanhas nacionais da saúde escolar *Quem ouve bem, aprende melhor* e *Olho no olho* se disseminaram no espaço escolar para a prevenção e regulação da saúde do escolar. A autora destaca, ainda, que essas campanhas participam na produção de uma criança considerada saudável, sendo a escola uma das principais responsáveis pela educação em saúde, enfatizando os bons hábitos para a formação de bons sujeitos. Percebo que, o PSE, a instituição escolar ampliou muito sua atuação, pois vai além de cartilhas e vídeos para detecção de problemas de audição e de visão, atuando também para promoção de saúde e prevenção de doenças. Essa instituição foi convocada conjuntamente com o setor de saúde para ir além de avaliar as situações que Santos (2004) aborda, inclusive, na e com a comunidade de sua área abrangente.

A partir do conjunto de investigações que busquei ler e que referi anteriormente, após ler e manusear os materiais do PSE e sistematizar recorrências enunciativas nesses materiais, proponho no próximo capítulo, problematizar as práticas discursivas mobilizadas por meio dessa política voltadas para a disseminação de saúde que direcionam o governo da educação escolar brasileira. Assim, passo a fazer algumas considerações sobre o Programa

²¹BARBOSA, M. L. P. “**Cuide da Saúde**”: aprendendo a ser saudável com agendas e gincanas escolares. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.

²²SANTOS, I. U. M. **Cuidar e curar para governar**: as campanhas de saúde na escola. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

que considero necessárias para a continuação das discussões.

2.4 O Programa Saúde na Escola: algumas questões para a estruturação da pesquisa

O Governo Federal, em 5 de dezembro de 2007, tornou oficial o Programa Saúde na Escola por meio do decreto nº 6.286²³, com o objetivo 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, p. 1). De acordo com as normas preconizadas pela Política Nacional de Atenção Básica, articuladas com os Estados e Distrito Federal, o PSE foi sendo implantado inicialmente por meio da adesão dos municípios que já vinham funcionando com equipes de Saúde da Família. As ações que envolvem o Programa no âmbito das creches e/ou escolas e unidades básicas de saúde e são realizadas atualmente pelas Equipes de Saúde e de educação de forma integrada, com a finalidade de buscar desenvolver a educação integral dos educandos.

No *site* do Ministério da Educação²⁴ atual, na apresentação do PSE, considera-se que “a escola é o espaço para a convivência social e para o estabelecimento de relações favoráveis à promoção da saúde pelo viés de uma Educação Integral”. Conforme o Decreto nº 7.083/2010, os princípios da Educação Integral estão na “compreensão do direito de aprender como inerente ao direito à vida, à saúde, à liberdade, ao respeito, à dignidade e à convivência familiar e comunitária e como condição para o próprio desenvolvimento de uma sociedade republicana e democrática” (BRASIL, 2011b, p. 6). Percebo nesse material o discurso que enfatiza o direito de aprender, e assim o professor assume a posição de mediador dessa aprendizagem para produzir a sociedade almejada.

O público beneficiário do PSE é: educandos da rede pública de ensino, desde crianças, adolescentes e jovens até adultos do ensino público básico; “gestores, profissionais da educação e da saúde e comunidade escolar” (BRASIL, 2010b, p. 7). Destaco que o Programa potencializa a garantia dos princípios do SUS: universalidade, equidade e integralidade.

Os Ministérios da Educação e da Saúde, pela Portaria nº 1.861, no dia 4 de setembro de 2008, realizaram uma parceria visando à colaboração ativa entre a comunidade escolar e as equipes da Estratégia Saúde da Família como forma de instigar a adesão dos Governos estaduais e municipais ao PSE, ficando ao Ministério da Saúde a responsabilidade

²³O Decreto encontra-se em anexo.

²⁴Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/index.php?option=com_nt&id=14578:programa-saude-nas-escolas&Itemid=817>.

orçamentária. No início, o Programa Saúde na Escola não realizava o repasse de incentivo financeiro por meio da obrigatoriedade de alcançar metas por ações desenvolvidas intersetorialmente entre os setores de saúde e da educação por componentes. A partir de 2011, essa obrigatoriedade para o repasse dos recursos foi adotada como forma de monitoramento, avaliação das atividades essenciais e controle da aplicabilidade dos recursos. Essa alteração proporcionou a prática de registro nos sistemas de informação do PSE no desenvolvimento das ações como prestação de contas.

Desse modo, o repasse do incentivo financeiro se dá de maneira parcelada e está condicionado ao alcance das metas pactuadas no Termo de Compromisso pelos municípios, repassado fundo a fundo, via Piso da Atenção Básica (PAB - variável) para apoio ao desenvolvimento das ações no território, conforme monitoramento e avaliação das atividades e controle quanto à aplicabilidade dos recursos. A gestão local (GTM) organiza o desenvolvimento das ações para prestação de contas, adotando a prática de registro junto aos sistemas de informação do PSE. Ao Ministério da Educação, coube a responsabilidade de disponibilizar o material pedagógico e clínico para implementação das ações desse Programa.

A articulação das redes públicas de saúde e de educação ocorre por meio dos Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTIs) nas redes federal, estadual e municipal. Os GTIs têm a responsabilidade de gestão do incentivo financeiro e material, apoio institucional às equipes de saúde e educação na implementação das ações, planejamento, monitoramento e avaliação do Programa.

No Programa, consideram-se fundamentais os grupos de trabalho intersetoriais nas três esferas de Governo (federal, estadual e municipal), devendo ser constante a sua prática nos “campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios...” (BRASIL, 2011a, p. 14). A intersetorialidade demanda uma síntese de saberes e articulações de práticas capazes de unificar modos de produção de conhecimento e estratégias de ações, “convertidos em modos de cuidar pautados por universalidade, participação, integralidade, articulação e corresponsabilidade, em distintos territórios, para a produção de um novo cuidado em saúde na escola” (BRASIL, 2013, p. 5). Noto que a intersetorialidade é uma estratégia de governo tida como fundamental para que as ações ocorram na escola, no seu território, com o educando e a comunidade. A escola é o ponto de referência, como demonstrarei no Capítulo 3, para atingir o aluno e atuar na comunidade. O Estado direciona as ações do setor da saúde e da educação pública; como podemos observar na próxima figura (p. 42); para convergirem sua atuação nas comunidades de maior vulnerabilidade social, tidas

como as portadoras de maior risco para si e para os outros componentes da sociedade e para o Estado.

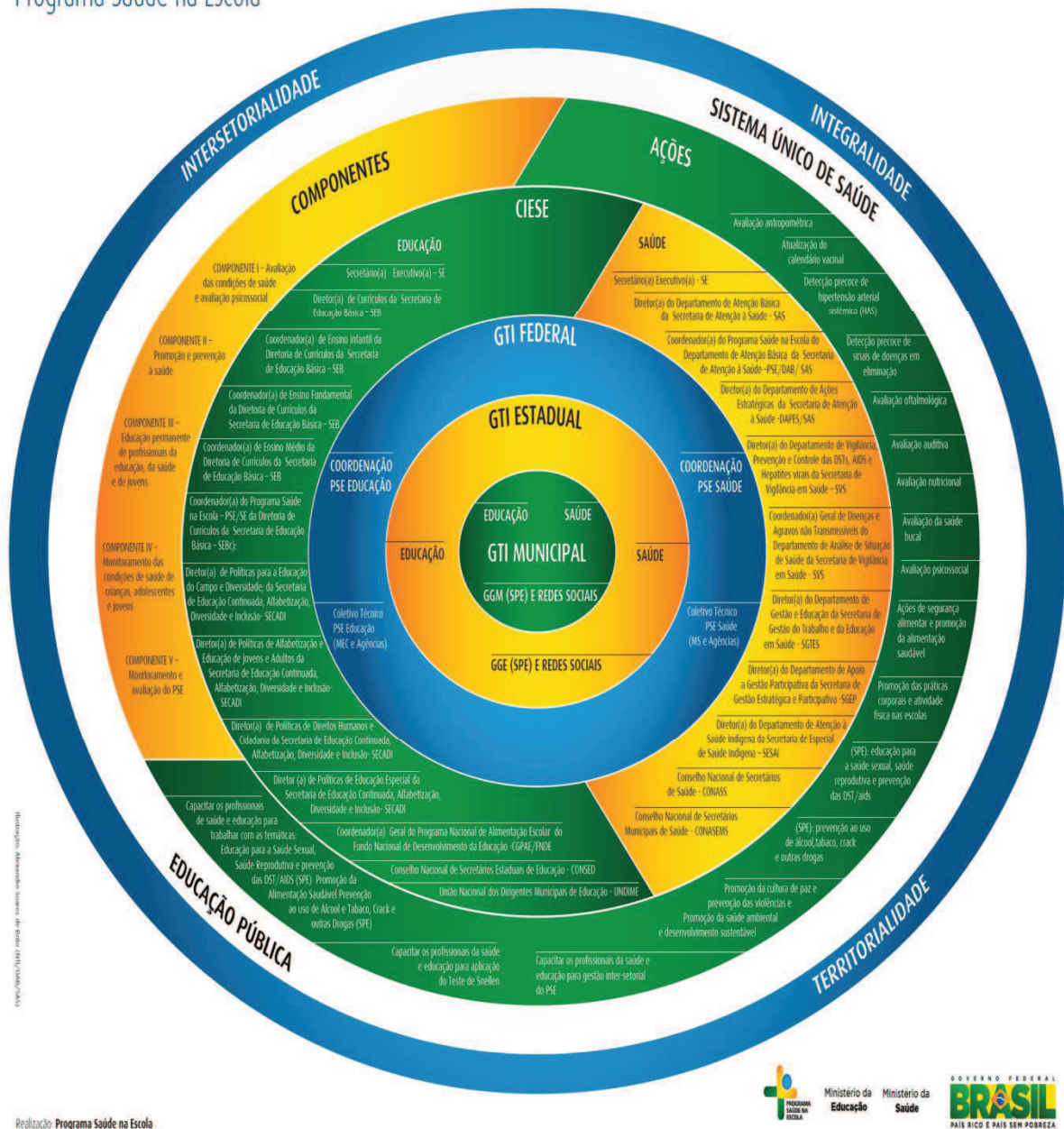
Essa ação conjunta, intersetorial, visa ao cruzamento e à influência de múltiplos fatores e forças na perspectiva de superação fragmentada do olhar, para poder intervir na comunidade, visto que se devem atentar para as dimensões biopsicossociais, ou seja, a integralidade do atendimento do educando. Esta intervenção pela escola desenvolve-se da maneira mais abrangente possível dentro da sua territorialidade²⁵, ou seja, de modo conjunto para que cada indivíduo (educando e outros componentes) se veja como corresponsável pelas ações, pelo seu bem-estar e pelo da sua comunidade. Podemos ter uma visão geral da gestão do PSE mediante a figura 1, onde demonstra a estratégia do Estado de entrelaçar os dois setores, para atuarem de forma convergente, ou seja, de como poder chegar até a escola com maior eficiência e aceitação para propagar suas ações.

Deste modo o Estado acionou as equipes do Ministério da Educação e da Saúde que compõem o GTI-F, e foi instituída a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE). Esta estabelece as diretrizes para o PSE, apresenta os referenciais conceituais de saúde e de educação necessários para os profissionais, propõe as estratégias de integração e acompanha a atuação do Programa. Ao estabelecer-se a intersetorialidade dos dois setores nas três esferas do Governo, todos são corresponsáveis pelo sucesso do Programa, todos se auxiliam, se vigiam e são vigiados, conforme está destacado nos componentes do PSE, com suas ações. Preconiza-se a integralidade de ações que estão descritas para atender o educando, que é o centro desse Programa, sendo atendidas as suas necessidades dentro do seu território, ou seja, estes setores irão agir dentro do território de correspondência e de corresponsabilidade, no educando e na população, para poder melhor atuar nos determinantes sociais de saúde.

²⁵O PSE desenvolve-se num espaço que integra escola e unidade de saúde, espaço coletivo da diferença, onde exerce seu poder de ação num determinado território. Este Programa desenvolve o sentido de “pertencer” a esse lugar, de ser parte dele, de responsabilizar-se e (re)construí-lo coletivamente.

Figura 1 – Matriz representativa da gestão PSE²⁶

MATRIZ DE GESTÃO PSE
Programa Saúde na Escola



Fonte: Brasil (2011b)

²⁶O Estado estabelece que os dois setores (SUS e Educação Pública), juntos, constantemente possibilitem um atendimento integral nos seus devidos territórios de atuação. Esses setores são corresponsáveis pela implantação dos componentes e das ações. Para aumentar a corresponsabilidade, estipula-se que cada setor, desde o nível federal até o municipal, será responsável pelo andamento do PSE. Verifica-se que os Grupos de Gestão Saúde e Prevenção nas Escolas também estão nessa interligação (atualmente, já foram inseridos no PSE), e as redes sociais são chamadas para auxiliar. Todos unidos para o PSE poder atuar.

Podemos ver que essa convergência do trabalho intersetorial potencializa a ação do Programa pelo trabalho de profissionais dos dois setores continuamente. Essa ação preconiza: a participação ativa dos gestores da saúde e da educação, entre outros participantes, a troca de saberes, a capacitação inicial de profissionais, equipe com vários profissionais, envolvimento dos familiares e inclusão no Projeto Político-Pedagógico- todos unidos para melhoria da saúde dos educandos.

As ações do PSE devem estar incluídas no Projeto Político-Pedagógico das escolas antes de iniciar sua atuação na instituição, de forma a atender às necessidades e demandas locais, mediante análises e avaliações construídas intersetorialmente com o auxílio da comunidade local (BRASIL, 2011a). A inclusão dos temas nos Projetos Político-Pedagógicos é considerada um facilitador para o importante processo de autocuidado dos estudantes, pois, ao serem trabalhados pedagogicamente, os temas como alimentação, visão, audição, práticas corporais, doenças e riscos, entre outros, instigam e despertam seu interesse para agirem nas suas próprias condições de saúde e riscos (ibidem).

De acordo com Figueiredo, Machado e Abreu (2010), a atenção à saúde escolar, desde o início, foi compreendida como uma prática localizada na intersecção de polícia sanitária, higienismo e puericultura, desenvolvendo-se conjuntamente com o conceito de promoção da saúde. Entretanto, tem-se que levar em consideração que a ação da promoção de saúde na escola, sob a perspectiva da melhoria da saúde, vai além dos limites desse grupo populacional que abrange, atingindo também as demais famílias, os outros profissionais da educação, assim como o espaço físico escolar e social, com vistas a assessorar e também qualificar os indivíduos em geral para um modo de vida cada vez mais saudável, produtivo e competitivo, que seja interessante para Estado e o mercado econômico.

Inspirada em Foucault (2008b), é possível afirmar que a população se destaca como o objetivo final do Governo no sentido de melhorar seu bem-estar e de aumentar sua longevidade e sua saúde. O Governo utiliza esse Programa para agir sobre a população a fim de alcançar determinados objetivos, tais como: reduzir a taxa de natalidade, aumentar o consumo, controlar o comportamento sexual, fazer o mapeamento de riscos e verificar o fluxo desta população, entre outros. Desse modo, o PSE torna-se um importante e eficiente modo de governar a população de maneira racional e planejada. Além do objetivo principal, apresento no Quadro 1 outros objetivos do Programa, de acordo com o Decreto que o alicerça, os quais serão analisados ao longo dos próximos capítulos.

Quadro 1 – Transcrição dos Objetivos do Programa Saúde na Escola

- I - promover a saúde e a cultura da paz, reforçando a prevenção de agravos à saúde, bem como fortalecer a relação entre as redes públicas de saúde e de educação;
- II - articular as ações do Sistema Único de Saúde – SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis;
- III - contribuir para a constituição de condições para a formação integral de educandos;
- IV - contribuir para a construção de sistema de atenção social, com foco na promoção da cidadania e nos direitos humanos;
- V - fortalecer o enfrentamento das vulnerabilidades, no campo da saúde, que possam comprometer o pleno desenvolvimento escolar;
- VI - promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes; e
- VII - fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nos três níveis de governo.

Fonte: Brasil (2007a, p. 1).

A implementação do Programa Saúde na Escola prevê a realização de diversas ações, que devem acontecer do modo mais articulado possível entre as equipes de saúde e educação, com o objetivo de garantir atenção à saúde e educação integral para os estudantes da rede pública básica de ensino. Consideram-se o respeito à competência política do Governo, a diversidade sociocultural das diferentes regiões do País, a autonomia dos educadores, as diferenças de gênero, raça, orientação sexual e religiosa e deficiência física ou mental (BRASIL, 2011a). As ações preconizam a garantia de direitos de crianças, adolescentes e jovens nas mais diferentes atuações que destacam o compromisso de garantir a atenção integral à saúde dos educandos, o que é enfatizado como uma política pública reivindicada pela sociedade. Para facilitar a execução das ações, o Programa foi organizado em cinco componentes ou áreas temáticas, agrupadas em concordância com a sua natureza, com a perspectiva de aproximar e integrar os profissionais entre si, os estudantes e a comunidade local. A seguir, são detalhados os componentes e suas ações, o que não inviabiliza a possibilidade de inclusão de novas ações, de acordo com a realidade de cada município, conforme está reproduzido no Quadro 2 (uma análise mais apurada será feita no Capítulo 5).

Quadro 2 – Componentes do PSE

COMPONENTE I – Avaliação clínica e psicossocial.

Onde se organizam as ações de atenção integral à saúde dos estudantes, por meio da avaliação das condições de saúde: avaliação antropométrica, atualização do calendário vacinal, detecção precoce de hipertensão arterial sistêmica (HAS), detecção precoce de sinais de doença em eliminação (prevalentes na região: hanseníase, tuberculose, malária, etc.), avaliação oftalmológica, avaliação auditiva, avaliação nutricional, avaliação da saúde bucal, avaliação psicossocial com enfoque na prevenção de doenças virais e cardíacas, além do encaminhamento para tratamento adequado quando necessário.

COMPONENTE II – Ações de promoção da saúde e prevenção das doenças e agravos.

As ações estratégicas para a promoção da saúde na escola são: Ações de Promoção da Saúde, Prevenção de doenças e agravos; Promoção da alimentação saudável; Promoção da atividade física; Educação para a saúde sexual e reprodutiva; Promoção da cultura de paz e prevenção das violências; Prevenção de acidentes; Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável; Prevenção ao uso do álcool, tabaco e outras drogas.

COMPONENTE III – Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e da Saúde e de jovens.

Educação permanente dos profissionais da área: cursos de saúde voltados para profissionais da educação e treinamento das equipes de saúde. Jovens também são qualificados para disseminar as informações entre outros jovens e crianças. O projeto de Formação Permanente tem sido elaborado a partir de três eixos: gestão da formação, operacionalização e organização dos diferentes formatos de formação.

COMPONENTE IV – Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes

O monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes são fundamentais para o direcionamento das ações de saúde e educação. Com os resultados do monitoramento, é possível a reorganização das ações e atividades com foco maior nas necessidades reais dos estudantes, adequando ações de promoção, proteção e recuperação da saúde, além de orientar o redirecionamento de investimentos e projetos. Para isso, é necessário realizar periodicamente inquéritos e pesquisas nacionais e regionais sobre fatores de riscos e proteção à saúde dos estudantes.

COMPONENTE V – Monitoramento e avaliação do PSE.

É realizado por meio de coleta de informações diretamente com as equipes, por meio de um formulário eletrônico, disponibilizado periodicamente para preenchimento. Um processo desse monitoramento se dá por meio do sistema SIMEC/PSE²⁷, que é direcionado para as ações realizadas nas escolas, desenvolvido pelo Ministério da Educação. Por meio do SIMEC/PSE e dos sistemas de monitoramento do Ministério da Saúde, é possível acompanharmos o desenvolvimento das ações do PSE em todo o território nacional.

Fonte: Decreto nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007

O planejamento desse conjunto de ações (componentes) do Programa deve primeiramente “levar em consideração o contexto escolar e social, o diagnóstico local em saúde do escolar e a capacidade operativa em saúde do escolar” (BRASIL, 2010b, p. 8). Os discurso preconizam que os profissionais do PSE devem compreender a sua importante

²⁷ SIMEC é uma plataforma de desenvolvimento do sistema do MEC que inicialmente se referia apenas ao Planejamento, Orçamento e Finanças do Ministério da Educação. Atualmente, esse sistema é organizado em módulos que se referem a: Módulo de Monitoramento e Avaliação; Programação Orçamentária; Elaboração e Revisão; Orçamentário e Financeiro; Monitoramento do Plano de Desenvolvimento da Educação; Gerenciamento de Projetos; Reestruturação e Expansão das Universidades; Plano de Metas Compromisso Todos pela Educação; Brasil Profissionalizado; Monitoramento de Obras; Informações Gerenciais; Recursos e Infraestrutura Financeira dos Hospitais Universitários Federais (REHUF). Dessa maneira, o Estado avalia o Programa do município por meio de indicadores que estão no Sistema Integrado de Monitoramento do Ministério da Educação – SIMEC. (BRASIL, 2011b).

participação no processo de disseminação de educação em saúde na escola, pois devem fomentar a ação do educador em sala de aula, e não apenas como simples ações pontuais de educação à saúde na escola. Estabelece algumas maneiras de capturar os professores com formação permanente para que percebam e naturalizem a importância da saúde na escola, e passem a serem disseminadores de saberes de saúde.

Destaco que as ações em saúde previstas no contexto do PSE, visualizadas nos componentes I, II e III do quadro anterior, serão estabelecidas como essenciais ou optativas, de acordo com o Governo Federal, e podem ser visualizadas na próxima figura (p. 47). As ações essenciais são as ações cujo desenvolvimento pelo PSE é obrigatório e estão vinculadas a programas prioritários do Governo Federal (Plano Brasil sem Miséria e sua ação Brasil Carinhoso; Projeto Olhar Brasil; Programa Brasil Sorridente; e Programa Crack: é possível vencer), sendo que “o registro nos sistemas de monitoramento será considerado para o alcance das metas e repasse de recurso financeiro” (BRASIL, 2013a, p. 10). Inclusive, é estabelecido um parâmetro de quantidade de educandos por tipos de equipes de Atenção Básica, mas não entrarei nesse detalhe, pois não o considero relevante para este estudo.

As ações optativas não estão vinculadas a programas prioritários do Governo Federal e são de livre escolha; “seu registro nos sistemas de monitoramento não será considerado para repasse de incentivo financeiro” (BRASIL, 2013a, p. 10). O Governo direciona a atuação dos profissionais do PSE, estabelece quais saberes quer visualizar e conhecer e quais quer difundir para o educando, ou seja, para conduzir a conduta dos educandos e das comunidades mais vulneráveis socialmente. Deste modo vou abordar as ações essenciais conforme podem ser visualizadas na figura 2.

Figura 2 – Descrição das ações essencial/optativa por componentes e modalidade de ensino/2013.

AÇÃO			
Creche	Comp. I	Avaliação antropométrica	Essencial
		Promoção e avaliação da saúde bucal	Essencial
		Sondagem da realização do teste da crelhinha e do teste do olhinho.	Essencial
		Verificação da situação vacinal	Optativa
		Vigilância e prevenção das violências e acidentes	Optativa
	Comp. II	Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Essencial
		Promoção da cultura de paz e Direitos Humanos	Essencial
		Criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiências, com mediação da creche/escola e/ou saúde	Essencial
		Fortificação com micronutrientes	Optativa
		Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal	Optativa
Pré - Escola	Comp. I	Avaliação antropométrica	Essencial
		Promoção e avaliação da saúde bucal	Essencial
		Sondagem da realização do teste do olhinho.	Essencial
		Verificação da situação vacinal	Optativa
		Identificar educandos com possíveis sinais de alteração na audição	Optativa
	Comp. II	Identificar educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral	Optativa
		Vigilância e prevenção das violências e acidentes	Optativa
		Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Essencial
		Promoção da cultura de paz e Direitos Humanos	Essencial
		Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal	Essencial
Ensino Fundam	Comp. I	Criação de grupos de famílias solidárias para encontro e troca de experiências, com mediação da creche/escola e/ou saúde	Essencial
		Promoção das práticas corporais e atividade física e lazer nas escolas	Optativa
		Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável	Optativa
		Avaliação antropométrica	Essencial
		Promoção e avaliação da saúde bucal	Essencial
	Comp. II	Avaliação oftalmológica	Essencial
		Verificação da situação vacinal	Optativa
		Identificação de possíveis sinais de agravos de saúde negligenciados e doenças em eliminação	Optativa
		Identificar educandos com possíveis sinais de alteração na audição do educando.	Optativa
		Identificar educandos com possíveis sinais de alterações de linguagem oral	Optativa
ensino Médio	Comp. I	Vigilância e prevenção das violências e acidentes	Optativa
		Saúde e prevenção nas Escolas: educação para a saúde sexual, saúde reprodutiva e prevenção das DST/AIDS	Essencial
		Saúde e prevenção nas Escolas: prevenção ao uso de álcool e tabaco e outras drogas	Essencial
		Promoção da cultura de paz e Direitos Humanos	Essencial
		Criação de grupos entre pares para fomento e estímulo ao protagonismo infanto juvenil a partir de manejo de conflitos no ambiente escolar	Essencial
	Comp. II	Criação de grupos intersetoriais de discussão de ações de saúde mental no contexto escolar, em articulação com o GTI municipal	Essencial
		Ações de segurança alimentar e promoção da alimentação saudável	Essencial
		Promoção das práticas corporais e atividade física e lazer nas escolas	Optativa
		Promoção da saúde ambiental e desenvolvimento sustentável	Optativa
		Capacitar os profissionais da saúde sobre a importância da Vigilância Alimentar e Nutricional	Essencial
Comp. III	Capacitar profissionais da saúde e educação para trabalhar com as temáticas de promoção da alimentação saudável	Essencial	
	Capacitar os profissionais de educação para trabalhar com as temáticas: Prevenção ao uso de Alcool e Tabaco, Crack e outras Drogas	Essencial	
	Capacitação de profissionais de saúde e educação sobre a temática de sexualidade e prevenção das DST/AIDS	Essencial	
	Capacitar os profissionais da saúde e educação sobre a importância e uso da fortificação com micronutrientes na creche	Optativa	
	Capacitar os profissionais da saúde e educação para gestão intersetorial do PSE	Optativa	
	Capacitar os profissionais de saúde e educação para notificação de violências	Optativa	
	Capacitação de profissionais de saúde e educação sobre o Desenvolvimento Infantil	Optativa	
	Capacitação para Promoção da Saúde nas Escolas	Optativa	

Fonte: Brasil, 2013a

Quanto ao quesito do componente I (avaliação das condições de saúde) em todas as modalidades de ensino, as ações essenciais são: avaliação antropométrica, avaliação da saúde bucal, teste da orelhinha (avaliação de audição) e do olhinho (avaliação oftalmológica). Essas ações são realizadas anualmente, menos a última, que se destina a creches e pré-escolas. Essa avaliação das condições de saúde, como vemos, são direcionadas para algumas ações e refere-se que não se trata de uma consulta médica para “medicalização ou diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, mas apenas para triagens” (BRASIL, 2011a, p. 6). As dificuldades no processo ensino-aprendizagem não estão nas metas prioritárias, como poderemos ver na figura apresentada, mas se houver ligação com problemas de visão e audição, será um meio de interferir no processo de ensino-aprendizagem. Embora seja perceptível que é direcionada para triagem e coleta de dados²⁸, ela vai além, faz encaminhamentos ao detectar alterações de saúde (veremos no Capítulo 4), principalmente quando observa anormalidades nas ações prioritárias, observáveis na figura 2.

Na avaliação das condições de saúde, os dados do educando serão colocados no sistema de cadastro do SUS, onde serão mantidas por toda a sua vida. A primeira ação é direcionada às medidas antropométricas, as quais devem ser inseridas também no Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN), que realiza "os cálculos identificando as situações de baixo peso, excesso de peso e obesidade" (BRASIL, 2011a, p. 6). Constatamos uma avaliação direcionada às alterações referentes a uma vigilância das medidas do corpo, sendo uma ação que pretende conhecer e vigiar o educando para, se necessário, acionar o controle a fim de restabelecer os parâmetros de peso.

Quanto ao componente II, realiza ações de prevenção e promoção de saúde, estando previstas ações quanto a: alimentação saudável, direitos humanos e cultura da paz e criação de grupo para o envolvimento da família. Ainda no ensino médio, preconiza-se o protagonismo do jovem, para a saúde sexual, reprodutiva e prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e prevenção ao uso de drogas, como álcool, tabaco, *crack* e outras. Essas ações essenciais tem o intuito de disseminar conhecimentos para se ter um corpo saudável, em que a família ou educando estejam envolvidos e sejam parceiros nesse processo de disseminar informações, vigiar e controlar cada um e todos. Disseminam-se, assim, comportamentos,

²⁸A coleta de dados na avaliação de saúde pode ser realizada em fichas de papel que se chamam Coleta de Dados Simplificada (CDS), sendo depois os dados lançados no Prontuário Eletrônico do Cidadão (PEC), do Sistema de Informação em Saúde da Atenção Básica (SISAB), o qual faz parte de um sistema maior -SUSAB - e permite o monitoramento de Programas do Governo, tal como o Programa Saúde na Escola (PSE). (BRASIL, 2013 d). http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_esus_pse.pdf acessado em 14 de janeiro de 2015.

atitudes, hábitos adequados, corretos e saudáveis que, de alguma maneira, não afetem negativamente o crescimento e o desenvolvimento do educando, da família, da comunidade ou do Estado como um todo.

Percebo que o quesito referente às ações de promoção sobre alimentação saudável, segurança alimentar, vigilância alimentar e saudável e avaliação antropométrica está em destaque nos três componentes. Foucault (2008a) afirma que todo esse cuidado com fatores relacionados com a alimentação se constitui, para o neoliberalismo, como um investimento que vai contribuir para o capital humano da criança. Esse cuidado, dentre outros, está relacionado com o controle do excesso de peso, que pode causar doenças crônicas que podem ser prevenidas, como as cardiorrespiratórias, diabetes tipo II, incapacidades de trabalho e óbitos precoces. Dessa forma, pode-se entender todo esse conjunto de ações prioritárias no PSE.

A intenção de investir na prevenção ao uso de drogas, pois o envolvimento com elas causa aumento de faltas na escola e no trabalho, descaso com a família e com a comunidade, conflitos, como desentendimentos, violências e acidentes, dentre muitas outras situações que podem acometer a estabilidade e o desenvolvimento do País. O envolvimento com drogas, principalmente as ilícitas, leva ao aumento da criminalidade, pois o usuário vai querer a qualquer preço encontrar sua mercadoria; por isso, é importante investir na prevenção para desmistificar essa prometida “fonte de prazer”. Os tratamentos são dispendiosos e as dificuldades para largar o vício são muito grandes, sem contar as recaídas e o custo com todo o sistema penal. O Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID) revela que a redução da criminalidade não se dará pelo sistema de policiamento e penal, pois essas são medidas de controle, e não são eficazes como prevenção, manutenção da normalidade (FOUCAULT, 2008a). Assim, investir no educando mais vulnerável, ou seja, mais exposto aos riscos que possibilitam maior delinquência, tanto no quesito prevenção, quanto no seu protagonismo, torna-se um investimento positivo no educando e, conseqüentemente, um ato produtivo para o Estado.

Ao abordar direitos humanos e cultura da paz, ação essencial, a intenção está em propagar que educação e saúde são direitos humanos fundamentais que estão sendo dispensados a esses educandos e, conseqüentemente, à comunidade; ao mesmo tempo, seus direitos estão sendo reconhecidos. Entretanto, é uma maneira de proporcionar bem-estar, gerar contentamento, no sentido de evitar revoltas, mobilizações da comunidade, ou seja, da população, que possam proporcionar certos desequilíbrios no Estado. Desse modo, a

promoção da cultura da paz e direitos humanos torna-se um meio de conseguir maior governamento desse grupo, pois estão certos da intenção protetora do Estado e ficam aptos a ver as ações como benéficas somente para eles. Outro ponto que desenvolverei no Capítulo 3, quanto a esse tópico, é que a escola é destacada como o local para formar cidadãos, que têm plenos direitos e deveres em relação ao Estado.

Foucault (1984, 2009) problematiza a história da sexualidade na cultura ocidental, desde o século XVII, e afirma que os discursos sobre sexualidade emergem na tentativa de normalizar as práticas sexuais. Assim, a partir do século XVIII, especialistas voltam-se ao estudo da sexualidade. Avelino (2008, p. 12) destaca que “foi, sobretudo em relação ao sexo que governo e verdade foram indexados, na medida em que não foi possível controlar o sexo pela força ou pela violência, mas foi necessário governá-lo, dominá-lo ou limitá-lo através de uma relação com a verdade”. Desse modo, a educação sexual funciona como uma estratégia de governamento que objetiva conduzir as condutas dos sujeitos com o intuito de gerenciar os perigos que algumas atitudes, tais como a promiscuidade, a falta de higiene e o sexo sem proteção, possam causar aos próprios sujeitos que têm esses comportamentos e ao restante da população.

Por isso, várias instituições e estratégias discursivas passam a focalizar a sexualidade das crianças e jovens (FOUCAULT, 2009). Conforme esse autor, a regulamentação da sexualidade vem sendo abordada como um assunto de Estado (controle de doenças, demografia, “pecados”, dentre outros) e da religião, sendo que cada instância tem seu discurso moral para normalizar as manifestações de “desviantes”. O controle social e político poderia ser alcançado pela vigilância e controle do corpo e da sexualidade (FOUCAULT, 2009). O autor afirma que a sexualidade permanece inseparável do discurso e do jogo de poder que a instituem. Desse modo, fica perceptível o interesse do Estado e de outras instâncias internacionais na disseminação de assuntos sobre a saúde sexual e reprodutiva no PSE. O discurso da sexualidade no PSE é uma tentativa de normalizar os educandos e a comunidade, pois propaga padrões e valores morais. Nesse Programa, são destacados os discursos da promoção de saúde, da prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e de gravidez na adolescência, direcionados como problema de saúde de ordem física e social.

Continuando com as análises das ações essenciais, no componente IV, a capacitação é voltada para os profissionais para que tenham a mesma concepção (vou abordar melhor no Capítulo 4) ao trabalharem as temáticas de alimentação, nutrição, drogas e sexualidade, doenças sexualmente transmissíveis (DST), prevenção de riscos, o corpo, comportamentos

adequados e padronizados, de modo a serem mais produtivos e menos dependentes do Estado. Uma visão mais clara para uma melhor noção da classificação das ações do PSE é possível ao observar-se a segunda figura, onde constam as ações essenciais e optativas conforme estabelecidas pelo Estado. As ações optativas serão realizadas a partir do diagnóstico das necessidades de saúde do território onde vivem os educandos ou conforme os integrantes do PSE determinam ou têm disponibilidade de ofertar.

As “ações prioritárias” são consideradas de maior risco, de maior incidência, de maior problema no crescimento, desenvolvimento e aprendizagem dos educandos no momento. Outro ponto que percebo é que algumas das ações já vinham sendo realizadas nas escolas públicas brasileiras, na forma de campanhas de saúde, conforme pude observar na pesquisa de Santos (2004).

A oferta dessas ações em saúde, como podemos perceber, dá-se inicialmente conforme os investimentos e padrões estabelecidos pelo Estado, seguidos pela determinação dos integrantes do Programa, e a comunidade tem certo grau de liberdade de escolha. Destaca-se nos discursos que as ações são desenvolvidas conforme “planejamento e gestão participativa” (BRASIL, 2010b, p. 21) e “atendendo às expectativas dos professores e, principalmente, dos educandos” (BRASIL, 2011a, p.16), gerando contentamento e bem-estar; nesse sentido, os sujeitos sentem-se importantes, incluídos, envolvidos e participativos.

Esse envolvimento aumenta a capacidade das pessoas de valorizar as ações e os saberes desenvolvidos no Programa, e, com isso, é mais provável que se atinjam os resultados esperados pelo Estado, pois os indivíduos internalizam mais facilmente a norma moral pública. Com essa perspectiva, o Estado consegue estabelecer um elo maior para conduzir o educando e a comunidade circundante da escola pública, que normalmente é classificada nas zonas de maior vulnerabilidade social. Desse modo, o Estado precisa ter certo conhecimento a respeito dos governados, pois “‘objetos’ tais como a economia, a empresa, o campo social e a família são transformados em uma forma conceitual particular e permeabilizados para a intervenção e o controle” (MILLER e ROSE, 2012, p. 44). É fundamental para o Governo conhecer os riscos que essas pessoas representam para o próprio Estado e para o restante da população e intervir tanto com disseminação de conhecimentos quanto com o controle para a normalização e padronização destes, a fim de “gerar uma sociedade mais saudável” (BRASIL, 2010b, p. 5). Então, disseminam-se práticas de prevenção, ou seja, de segurança da comunidade, para a condução das condutas, na intenção de minimizar os riscos.

Esse Programa prevê o monitoramento da saúde dos escolares (componente IV) e

realiza a Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (PeNSE) do IBGE, a partir de convênio entre o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e o Ministério da Saúde, com o apoio do Ministério da Educação; a pesquisa é efetuada em consonância com as normas e diretrizes utilizadas em âmbito nacional e internacional (BRASIL, 2013c). O público-alvo desta pesquisa foram os estudantes do 9º ano (antiga 8ª série) de escolas públicas e privadas com mais de 15 alunos matriculados no 9º ano, em turmas regulares diurnas, tendo como objetivo conhecer os diversos fatores de risco e de proteção à saúde desse grupo. A pesquisa de 2012 foi feita por meio de um questionário eletrônico autoaplicável e sem identificação, respondido por 109.104 escolares do 9º ano do ensino fundamental – 86% deles com 13 a 15 anos de idade – e também pelos diretores ou responsáveis pelas 2.842 escolas escolhidas (BRASIL, 2013c). No ano de 2012, a abrangência geográfica da pesquisa foi ampliada para o conjunto do País e com as cinco Grandes Regiões. A edição de 2009 trazia apenas informações sobre as 27 capitais, abrangendo 1.507 escolas.

No Brasil, a PeNSE investiga os seguintes temas com os escolares: aspectos socioeconômicos; contexto familiar; hábitos alimentares; prática de atividade física; hábitos sedentários; experimentação e consumo de cigarro, álcool e outras drogas; saúde sexual e reprodutiva; violências, segurança e acidentes; percepção da imagem corporal: trabalho; higiene; saúde mental; saúde bucal; uso de serviço de saúde e prevalência de asma; escolaridade dos pais; posse de bens; e conhecimento de serviços, entre outros (BRASIL, 2013c). Ao observar os índices do PeNSE, não encontrei nenhuma referência ao IDEB nem ao quesito aprendizagem. Diretores ou responsáveis também respondem um questionário sobre a estrutura e o entorno das escolas. Algumas perguntas e respostas permitem comparações internacionais²⁹. Lopes (2011) diz que o Estado, para estar dentro dos países considerados em desenvolvimento, deve seguir recomendações internacionais e agir sobre as condições de vida da sua população no quesito regulação e controle. Entendo que, dentro essa regulação, esteja o monitoramento de saúde, tornando-se perceptível o envolvimento do Estado para adequar-se aos padrões internacionais.

Esse monitoramento, que vai além de conhecer a saúde do educando, adquire um caráter de vigilância que, com as intervenções técnico-científicas, poderá atuar de maneira mais ativa naquela comunidade e corrigir os desajustes, a partir de “um conhecimento

²⁹A avaliação pode ter dados de comparabilidade com pesquisas internacionais conduzidas pela Organização Mundial da Saúde – OMS (World Health Organization - WHO) e o Centro de Controle e Prevenção de Doenças (Centers for Disease Control and Prevention - CDC), como a Global School-Based Student Health Survey - GSHS e o Youth Risk Behavior Surveillance System - YRBSS (BRASIL, 2013c, sp).

quantitativo parcial e fragmentador que busca previsibilidade e controle” (CASTIEL, 1996, p. 96). Com posse dessas informações, o Estado, não precisamente por meio do PSE, poderá traçar estratégias para combater os índices que considera desfavoráveis e diminuir as situações negativas. A fim de alcançar a pretendida garantia de segurança, poderá intervir e modificar outras situações, além dos problemas de saúde que possam afetar os educandos, seu rendimento escolar e seu desenvolvimento como cidadão.

Percebe-se, pelo componente V, que ocorre monitoramento e avaliação das ações desenvolvidas pelo PSE, isto é, o Governo precisa ter um controle permanente do Programa, que se realiza da seguinte forma:

- Preenchimento de códigos específicos para as atividades no Sistema de Cadastro Nacional de Estabelecimentos de Saúde (SCNES);
- Registro e avaliação das informações antropométricas: Sistema de Gestão Federal/Estadual da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN);
- Registro e avaliação das informações de Hipertensão e Diabetes: Sistema de Cadastramento e Acompanhamento de Hipertensos e Diabéticos (SIS/HIPERDIA);
- Sistema de Informação do Programa Nacional de Imunização (SI-PNI);
- Alimentação do SIA (Sistema de Informações Ambulatoriais do SUS) – Códigos de triagem e consulta oftalmológica, Projeto Olhar Brasil;
- Alimentação do SIA – Boletim de Produção Ambulatorial Individualizado das próteses disponibilizadas aos estudantes do PSE;
- Construção da planilha de distribuição dos insumos previstos no Componente I (BRASIL, 2009a).

Nesta lista, observam-se algumas informações que o Estado solicita que sejam registradas de modo praticamente cotidiano, para poder ter um maior conhecimento do grupo em análise. O Estado avalia, vigia, constata as condições gerais de saúde individualmente; com esses dados, constitui-se um objeto analisável dentro de um controle permanente. Digo permanente porque esses registros ficam armazenados no SUS, onde há grande possibilidade de o sujeito utilizar o sistema durante toda a sua vida. Com todos esses dados no sistema, é possível a constituição de uma representação comparativa nos mais diversos aspectos e características de situações, desde probabilidade de desvios e anormalidades dos sujeitos entre si até a distribuição na comunidade como um todo.

Para adesão ao PSE, o município deve criar o Grupo de Trabalho Municipal com representante das Secretarias de Educação e Saúde para elaborar o Projeto do PSE do município (BRASIL, 2009, 2011b). Esse Grupo precisa seguir os seguintes passos: a) Diagnóstico situacional com determinantes sociais, cenário epidemiológico e modalidades de ensino das escolas selecionadas, Estratégias de Saúde da Família (ESF) ou Unidades Básicas de Saúde (UBS) que atuarão no PSE; b) Mapeamento da Rede SUS de Atenção Básica (AB)/Saúde da Família (SF) e da Rede de Escolas – Estadual e Municipal, verificando os territórios de corresponsabilidade; c) Atribuições das ESF/UBS e das escolas selecionadas, quantificando o número de alunos de cada escola e definindo responsáveis das áreas da saúde e da educação pelo PSE; d) Identificação de cada instituição de ensino atendida pelo PSE e do professor responsável pela articulação das atividades; e) Programação das atividades do PSE que deverão ser incluídas no projeto político-pedagógico de cada escola (BRASIL, 2009a, 2011b).

O PSE desenvolveu-se a partir de prioridades de adesão para as escolas dos municípios; isso significava que nem todos os municípios brasileiros estavam contemplados. O Programa, entretanto, foi aos poucos ampliando sua abrangência a fim de poder alcançar a totalidade dos municípios brasileiros, conforme será apresentado no próximo quadro. Esse quadro foi construído em conformidade com as portarias do PSE que estabeleciam os critérios de adesão aos municípios participantes (anexo A). Os critérios de municípios elegíveis para adesão ao PSE publicados a partir de 2008 consideram indicadores de vulnerabilidade no âmbito da educação a partir do Índice de Desenvolvimento Educacional Básico (IDEB), combinado com indicadores de cobertura da Estratégia Saúde da Família (Atenção Primária) e municípios que possuam, em seu território, escolas participantes do Programa Mais Educação.

Desde o ano de 2008, vêm paulatinamente ocorrendo alterações nos critérios, até que houve uma grande ampliação no ano de 2013, com a universalização do PSE, isto é, todos os municípios brasileiros estão aptos a participar de suas atividades, e mesmo os que não alcançaram metas em 2012 também podem aderir. Atualmente, todas as equipes de Atenção Básica em Saúde (ABS) podem participar do Programa, e as ações foram expandidas para as creches e pré-escolas, conforme demonstra o Quadro3.

Quadro 3 – Critérios de adesão ao PSE

Ano	IDEB/ ano referente	Cobertura ESF	Programa Mais Educação
2008	$\leq 2,69$	100 %	Municípios que possuam em, seu território, escolas participantes do Programa Mais Educação
2009	$\leq 3,10$	$\geq 70\%$	
2010	$\leq 4,50$	$\geq 70\%$	
2011/2012	$\leq 4,50$	$\geq 70\%$	
2013/2014	Todos os municípios podem aderir ao Programa		

Fonte: Legislação sobre os critérios de adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE)

Percebe-se que, a cada ano, a partir de 2008, os critérios para adesão foram sendo modificados na perspectiva de aumentar o número de municípios, escolas e equipes de saúde, com a meta de ampliar a abrangência de educandos, ou seja, universalizar sua atuação. Em 2013 e 2014, observa-se que não existem mais critérios para a adesão ao PSE, entretanto, algumas instituições são consideradas prioritárias. Assim, todos os municípios passam a ser aptos à adesão ao PSE, pois os critérios anteriores que restringiam a participação da escola não são mais destacados. Esses critérios, como já apontei, eram referentes à cobertura da ESF e IDEB; assim, agora podem aderir todas as equipes de atenção básica (ESF, Equipes parametrizadas e Equipes especiais) no processo de adesão dos entes federados para o cuidado dos educandos.

Existe um grupo de escolas denominadas prioritárias. Para que o município possa avançar nas etapas de adesão, pelo menos 50% do total de estabelecimentos selecionados devem pertencer a esse grupo e pelo menos uma creche deve ser escolhida (em casos em que não há creches no município, deve ser selecionada no mínimo uma pré-escola).

Quadro 4: Escolas prioritárias para a adesão ao PSE

<p>Compõem o grupo de Escolas Prioritárias:</p> <ol style="list-style-type: none"> Todas as creches e pré-escolas públicas e conveniadas do município; Todas as escolas do campo; Escolas participantes do Programa Saúde na Escola 2013; Escolas participantes do Programa Mais Educação em 2013; Escolas que, em 2013, tiveram adolescentes matriculados em medidas socioeducativas; Escolas que tenham, dentre os educandos matriculados, pelo menos 50% deles pertencentes a famílias beneficiárias do Programa Bolsa Família.
--

Fonte: Brasil, 2013a, p.12

Apesar de o PSE ser colocado nos discursos como sendo de adesão espontânea, em que todos podem participar, existem as escolas prioritárias, isto é, o Estado aponta as

instituições de ensino que o município deve priorizar; este tem certo grau de liberdade, desde que aquelas escolas consideradas prioritárias estejam entre as contempladas.

No Quadro 5, fica mais visível a expansão do PSE quando se observa a crescente participação de municípios, Equipes de Saúde da Família, UBS e, conseqüentemente, de estudantes ao longo dos anos.

Quadro 5 – Nº de municípios que aderiram ao PSE por ano

Ano	Nº de Municípios	Unidades de saúde	Total de estudantes
2008	608	5.130	1.941.763
2009/2010	1.253	9.014	8.502.412
2011/2012	2.495	12.899	11.220.050
2013	4.861	30.041	18.713.940

Fonte: <https://i3.gov.planejamento.gov.br/textos/livro3/3.2_Educacao.pdf>.

À medida que ocorre o aumento gradual do número de estudantes atendidos pelo Programa, são destacados nos discursos a garantia da atenção à saúde dos escolares de forma inclusiva e o atendimento de necessidades de saúde das diversas faixas etárias. Um indicador interessante a se considerar no êxito desse modelo de gestão baseado em GTIs refere-se à adesão ao Programa no exercício de 2013, quando 87 % dos municípios brasileiros aderiram ao PSE³⁰, que teve como referência o apoio interfederativo.

Os indivíduos capturados pela instituição escolar da rede pública vão se tornando sujeitos e sendo também capturados por práticas de saúde escolhidas por determinados saberes e poderes que difundem uma vida saudável. Durante as práticas, ocorre (re)produção de verdade, proporcionando modos desejáveis de condução do educando e da comunidade escolar por meio da relação que se estabelece com eles mesmos, com os outros e, inclusive, com o meio ambiente, refletindo-se em toda a comunidade abrangente.

Os educandos são, assim, conduzidos a práticas consideradas mais “conscientes”, mais saudáveis e recomendáveis, constituindo-se em novos sujeitos para que cada vez mais assumam seu cuidado e o dos outros. Nos últimos tempos, o efetivo diálogo entre a saúde e a educação fortalece as ações do governo, referenciadas no sentido de harmonizar as relações

³⁰ Disponível em: <<http://www.mds.gov.br/bolsafamilia/informes/informe-gestores/Informe,P20388,P20PSE,P20FINAL.pdf.pagespeed.ce.gXo4wznHcy.pdf>>. Acesso em: 8 abr. 2014.

em prol do cuidado integral das crianças e adolescentes, principalmente os tidos como em situação de vulnerabilidade.

Depois de procurar trazer esclarecimentos gerais sobre o PSE e sobre o que possibilita que as ações possam ser desenvolvidas na escola pública, vou demonstrar na próxima seção o percurso que desenvolvi para a construção desta tese. Evidencio os materiais escolhidos, os conceitos ferramenta que utilizo e as unidades analíticas que compõem esta pesquisa.

2.5 Rumos metodológicos: a escolha teórica e suas implicações

Nenhum saber se forma sem um sistema de comunicação, de registro, de acumulação, de deslocamento, que é em si mesmo uma forma de poder e que está ligado, em sua existência e em seu funcionamento, às outras formas de poder. Nenhum poder, em compensação, se exerce sem a extração, a apropriação, a distribuição ou a retenção de um saber. (FOUCAULT, 1997, p. 19).

É na tentativa de conhecer cada vez mais o pensamento de Foucault que utilizo essas palavras. Conhecer melhor o seu pensamento provoca em mim importantes reflexões e mudanças. Tais modificações fazem-me compreender como sou objetivada e subjetivada, ou como me constituo nas práticas de que participo.

No cenário de último ano de doutorado, com tema de pesquisa bem diferenciado do que aquele com que iniciei, bem como diferente aporte teórico/metodológico, atualmente baseado nos estudos foucaultianos, se fez necessário como, em qualquer pesquisa, realizar algumas escolhas, selecionar materiais, conhecê-los, organizar dados, criar estratégias metodológicas por mim desconhecidas e eleger algumas ferramentas que pudessem auxiliá-me a direcionar meu olhar para a construção do objeto de estudo.

Entendo que o viés pelo qual se observa e se analisa acaba por constituir aquilo que investigamos, isto é, o objeto pesquisado. É nesse sentido que esta pesquisa não poderá ser considerada neutra, imparcial ou desinteressada, pois será realizada conforme o olhar que trago comigo, com algumas (im)possibilidades de ver, o que direciona a investigação por caminhos diferenciados, estabelecendo algumas possibilidades de análise e, ao mesmo tempo, podendo afastar-se ou aproximar-se de tantas outras.

Procuró nesta seção apresentar o material de pesquisa, as maneiras como fui escolhendo esses materiais e como fui classificando e construindo os elementos para a produção das análises. Assim, para compreender a relação saúde e educação na Contemporaneidade, foi preciso entender os documentos e materiais como constituintes e

constituídos por uma trama histórica. Uma visão produtiva dessa concepção é a noção de trama desenvolvida por Paul Veyne (1995). De acordo com esse autor, a história é uma trama, pois os fatos não existem de maneira isolada e as tramas são sempre múltiplas – “nenhum historiador descreve a totalidade deste campo, pois um caminho deve ser escolhido e não pode passar por toda parte, nenhum destes caminhos é verdadeiro ou é a história” (VEYNE, 1995, p. 30).

A história, como Foucault pensa, “nos cerca e nos delimita; não diz o que somos, mas aquilo de que estamos em vias de diferir” (DELEUZE, 2007, p. 119), pois por meio dela podemos ter noção de como somos constituídos e de como agimos de determinado modo. Assim, realizei uma pesquisa das práticas discursivas acerca da disseminação de saúde na educação escolar. Para olhar o presente, as ações de saúde que se efetivam e que atuam sobre os sujeitos e a população, foi necessário retornar ao passado, de modo a compreender as condições históricas que compuseram a abrangência de ações, práticas, estabelecimento de comportamentos, hábitos e estilos de vida que possibilitaram a disseminação de saúde nas escolas públicas e transformaram tal articulação em uma necessidade na Contemporaneidade.

Parto inicialmente do histórico para ter um maior conhecimento sobre como a saúde vinha se relacionando com a instituição escolar. Então, na seção intitulada *Histórico das práticas de educação em saúde nas escolas brasileiras*, teço as primeiras tramas da pesquisa, fazendo um levantamento que conta a história da saúde escolar no Brasil. Com base nesse estudo inicial, no Anexo E, destacam-se os principais movimentos ou concepções de saúde, as legislações vigentes³¹, as práticas discursivas que proporcionaram o processo de inserção da saúde nas escolas públicas brasileiras ao longo dos tempos (1900 a 2014). Foucault (2009), em uma das definições de discurso, destaca essa conjunção de teoria e prática, essa possibilidade de transformação, situando que práticas discursivas ou o discurso é:

Um bem – finito, limitado, desejável, útil – que tem suas regras de aparecimento e também suas condições de apropriação e de utilização: um bem que coloca, por conseguinte, desde sua existência (e não simplesmente em suas “aplicações práticas”), a questão do poder; um bem que é, por natureza, o objeto de uma luta, e de uma luta política. (FOUCAULT, 2009, p. 139).

³¹Esclareço que não está no contexto da pesquisa a pretensão de fazer uma analítica das políticas do século XX, nem dos Governos que atuaram durante o período das concepções de saúde nas escolas. Entretanto, digo que essas concepções estão dentro de um contexto político, social e econômico, sendo marcadas por cada época do Estado.

Foi possível perceber algumas articulações entre os setores da Educação e da Saúde, determinadas práticas discursivas mobilizadas a cada momento de emergência, que tiveram determinações para se estabelecerem, num processo de luta política, possibilitando as ações de saúde na escola do início do século XX até a emergência do PSE.

Com o apanhado de pesquisas revisadas acerca da disseminação de saúde nas escolas públicas, com ênfase em ações para a aproximação entre saúde e educação, detenho-me naquelas poucas voltadas para as análises e avaliações das práticas atuais que possam explicar tramas políticas, sociais e econômicas, entre outras, para a sua efetivação. Durante a revisão de pesquisas, verifiquei vazios sobre o que é produzido por meio das políticas públicas que proporcionam a propagação das ações de saúde na educação escolar. A proliferação de ações visando à saúde na escola pública parece estar a serviço de um conjunto de modificações de cunho social, econômico e político que requerem a produção de outras formas de comportamento ou, melhor dizendo, que organizam formas específicas de intervenção sobre os educandos e suas condutas.

Constatei nas pesquisas que, no final da década de 1990, teve início uma maior movimentação de práticas discursivas sobre saúde nas escolas no Brasil. Tal movimento se deu após a promulgação da Constituição Federal de 1988. Nesses últimos 20 anos, ocorreram investimentos importantes que desencadearam a disseminação legal de práticas de saúde nas escolas do Brasil, proporcionando o alargamento das funções da instituição escolar, o que produz um deslocamento nos conhecimentos da comunidade escolar. Esse movimento de utilizar a escola para a disseminação de saúde culminou coma criação do Programa Saúde na Escola. Assim, ao pesquisar e entender este como prática estruturante da propagação de saúde com diversas ações na educação pública, observei que o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE), de 2003, funciona desde a sua implantação. Entretanto, destaco que foi integrado pelo PSE.

A partir deste momento, apresento os materiais de pesquisa que utilizo. Optei por selecionar os documentos que considere ser o arcabouço para o desenvolvimento do PSE, aqueles que fornecem importantes informações, dentro do meu entendimento, sobre o funcionamento dessa política de saúde na escola desde a sua implantação. Para fazer parte do conjunto de materiais de análise desta pesquisa de doutorado, elegi, destacando por ordem cronológica:

- 1) Orientações sobre o Programa Saúde na Escola para a Elaboração dos Projetos Locais (2008a), direcionado para os profissionais e gestores de ambos os setores, com a

proposta inicial de apresentação do PSE e o primeiro passo de adesão;

2) Agenda – Educação e Saúde (2010b), que expõe os tópicos do Projeto Municipal para a adesão ao PSE e como desenvolver detalhadamente a proposta de implementar as ações compartilhadas nos territórios da escola;

3) Passo a Passo PSE – Tecendo Caminhos da Intersetorialidade (2011a). Explica o PSE e suas diretrizes, as formas de gestão, as ações dos componentes I e II bem detalhadas (com as ações, orientações gerais, o resultado esperado e instrumentos de apoio) e orientações gerais para preencher o sistema de monitoramento do PSE;

4) Orientação para Elaboração do Projeto Municipal PSE (2011b), que demonstra as diretrizes e objetivos, o papel do GTM, componentes com mais detalhes e a ampliação das ações, assim como sugestão de estruturação do Projeto Municipal;

5) Manual Instrutivo – PSE (2013a), direcionado a gestores, detalha rapidamente o PSE, destaca quem atualmente pode participar, como funciona a gestão, quais as escolas prioritárias, as ações essenciais e optativas, cálculos e repasse dos recursos financeiros e sugestão de planejamento de adesão.

Depois das escolhas de materiais, fiz várias leituras, destacando as frases que me despertavam interesse, e empreendi exercícios de sistematização sobre o grupo de documentos escolhidos para a pesquisa. Esclareço que seguidamente refiz as leituras, pois frases que marquei no momento das primeiras leituras e que pareciam importantes para mim, com o andamento da tese, deixaram de ser significativas. Explico que muitos materiais não serão contemplados, pois os considerei importantes de início, mas nem sempre estavam de acordo com a proposta desta tese. Então, parti para a construção de alguns quadros com excertos extraídos dos documentos, que apresento ao longo da tese.

Ao ler os documentos do PSE, pude perceber as informações que demarcavam inicialmente, quais os critérios de adesão e o desenvolver de sua atuação. Como já demonstrei na seção anterior, essa atuação foi sendo modificada para atingir cada vez mais uma parte da população considerada em situação de vulnerabilidade social. No Capítulo 5, faço uma discussão abarcando a noção de vulnerabilidade social e mostrando recorrências enunciativas sobre tal noção.

Em contato com esses documentos do PSE que detalham as frentes de atuação e as ações que se desenvolvem para atender principalmente as comunidades escolares em situação de vulnerabilidade social, acredito que pude verificar os discursos mobilizados que ampliam

as práticas de saúde efetivadas nas escolas públicas brasileiras. Segundo Castro (2009), a partir de Foucault, entendo por prática “a racionalidade ou a regularidade que organiza o que os homens fazem” (ibidem, p. 338). As práticas tornam-se uma necessidade a partir das emergências políticas, econômicas e sociais que vêm provocando investimentos na disseminação de saúde na educação escolar e ampliando sua atuação.

Foucault diz que “todo sistema de educação é uma maneira política de manter ou de modificar a apropriação dos discursos, com os saberes e os poderes que eles trazem consigo” (FOUCAULT, 1996, p. 44). O Estado, na tentativa de criar, inserir, manter e difundir novos tipos de práticas discursivas de educação em saúde na escola, quaisquer que sejam os motivos (políticos, econômicos, sociais, recomendação de instituições internacionais, demandas locais de doenças, riscos, vulnerabilidades, dentre outros), estabelece o PSE. Este se torna um modo eficaz de estabelecer parceria com a população para melhor gestão interna do País, a partir de várias estratégias para a condução da conduta da população, como forma de governo.

Ao atentar para as ações utilizadas por meio dessa política de saúde, considero os conceitos ferramenta *governo* e *discurso*, desenvolvidos por Michel Foucault, que me permitem enxergar e problematizar as discussões que desenvolvo neste estudo. No Capítulo 3, aprofundo esses conceitos ferramenta para dar sustentação à tese. As discussões que trago nos próximos capítulos foram surgindo conforme fui aprendendo perceber o tema com outros olhos, para poder construir o foco desta pesquisa.

O Governo brasileiro, ao instituir o PSE, e este, ao adentrar cada vez mais nos espaços da instituição escolar, proporcionam mais uma entre muitas alterações na dinâmica escolar, influenciando a produção de novos comportamentos. Isso porque o que é abordado na escola tem repercussões no modo de vida e no desenvolvimento de valores do educando e da população. A importância da escola para essa política de saúde se desenvolver está descrita no Capítulo 4. Por meio dessa política, o Estado reforça a importância dos investimentos com relação à saúde e incentiva a participação ativa da população, estando em sintonia com as demandas dos novos tempos.

A partir do entendimento de que é preciso investir na saúde do educando para mudar a condução de conduta deste e atingir a população, demonstro as unidades analíticas, a saber: *disseminações de saúde como investimento social e econômico na população e conhecer, vigiar e controlar: estratégias de governo da população*.

Para entender que o PSE se constituiu em estratégia de governo a partir da disseminação de saúde, refiz a leitura e destaquei nos materiais o que achei adequado, baseada

em perguntas que fiz a esses materiais. Eis algumas delas: como o Programa é apresentado? Como são vistas as ações do PSE? Como se possibilita a disseminação de saúde na escola? Como se consegue o consentimento da população e dos profissionais da saúde e da educação para que essas ações se concretizem? Constatei que o Programa utiliza no discurso as expressões “formação integral”, “promoção de saúde”, “melhor qualidade de vida” e “cotidiano mais prazeroso” (BRASIL, 2011b). Então, selecionei partes que considereei produtivas e agrupei-as no Quadro 6³², a fim de saber quais as estratégias para a disseminação de saúde na população.

Quadro 6 – Estratégias para disseminação de saúde na população.

Estratégias para disseminação de saúde na população	Alguns excertos dos materiais
<p>a) Estreitar laços entre a saúde e a educação, por isso a importância da intersectorialidade, inclusão no projeto político-pedagógico das escolas focando integralidade, territorialidade, entre outras...</p>	<p>Somente a gestão intersectorial do PSE, fortalecida pelos GTIs (saúde e educação), impulsionará os avanços necessários (BRASIL, 2011a, p. 2).</p> <p>O PSE é uma estratégia de integração da saúde e educação para o desenvolvimento da cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras (BRASIL, 2013a, p. 6).</p> <p>Para que o PSE alcance seus objetivos, é primordial a prática cotidiana da intersectorialidade nos campos da gestão, do planejamento, dos compromissos dos dois setores e da abordagem nos territórios (BRASIL, 2011a, p. 14).</p> <p>As ações do PSE, em todas as dimensões, devem estar inseridas no projeto político pedagógico da escola (BRASIL, 2011a, p. 6).</p> <p>Trata a saúde e educação integrais como parte de uma formação ampla para a cidadania e o usufruto pleno dos direitos humanos (BRASIL, 2010b, p. 3).</p> <p>Abrir a escola para os projetos de saúde abrangendo educandos, educadores e comunidade determina os passos em busca dos saberes educacionais, pois encontram uma boa relação entre os grupos envolvidos, a valorização humana e a compreensão da importância da relação entre educação e saúde (BRASIL, 2011b, p. 13).</p> <p>Permitir a progressiva ampliação intersectorial das ações executadas pelos sistemas de saúde e de educação com vistas à atenção integral à saúde de crianças e adolescentes (BRASIL, 2011a, p. 7).</p>

³² Com relação aos excertos apresentados neste quadro e no próximo, esclareço que o fato de um mesmo trecho extraído dos materiais aparecer mais de uma vez neste estudo pode indicar diferentes entendimentos referentes ao material.

(Continua)

Estratégias para disseminação de saúde na população	Alguns excertos dos materiais
b) Capacitação de recursos humanos para a formação: de Grupo de trabalho Intersetorial, de jovens protagonistas, dos profissionais de educação e saúde.	<p>A capacitação de jovens, professores e profissionais da área de Educação e da Saúde pode e deve ser feita de forma presencial, mas também pode ser feita a distância (BRASIL, 2008a, p. 8).</p> <p>O processo de formação dos gestores e das equipes de educação e de saúde que atuam no Programa Saúde na Escola (PSE) é um compromisso das três esferas de governo e deve ser trabalhado de maneira contínua e permanente, sendo fundamental no enfrentamento do desafio da prática intersetorial e da produção de educação e de saúde integral (BRASIL, 2013a, p. 10).</p> <p>As avaliações das condições de saúde precisam envolver de forma protagonista os educandos, é preciso que eles saibam o que está acontecendo e para que servem as ações realizadas, as atividades são melhores sucedidas quando se convertem em processos de educação em saúde. Não basta detectar problemas, é importante ter compromisso com a produção de autonomia e de autocuidado dos escolares (BRASIL, 2013a, p. 9).</p>
d) Distribuição de materiais e recursos financeiros	<p>Garantir que os materiais do PSE, enviados pelo Ministério da Educação, sejam entregues e utilizados de forma adequada pelas Equipes (BRASIL, 2013a, p. 6).</p> <p>Compete ao Ministério da Saúde o repasse do incentivo financeiro do Programa Saúde na Escola, o qual se dará por meio de transferência na modalidade fundo a fundo (BRASIL, 2013a, p. 16).</p> <p>Identificar experiências exitosas e promover o intercâmbio das tecnologias produzidas entre os Municípios do PSE, em parceria com o GTI-F (BRASIL, 2013a, p. 7).</p> <p>Articular as ações do Sistema Único de Saúde - SUS às ações das redes de educação básica pública, de forma a ampliar o alcance e o impacto de suas ações relativas aos estudantes e suas famílias, otimizando a utilização dos espaços, equipamentos e recursos disponíveis (BRASIL, 2011b, p. 3).</p>
e) Ampliação do número de instituições escolares e flexibilização das exigências para participar no Programa, ou seja, a universalização.	<p>A partir de 2013, todos os Municípios do País estão aptos a participar do Programa Saúde na Escola. Podem participar todas as equipes de Atenção Básica e as ações foram expandidas para as creches e pré-escolas, assim todos os níveis de ensino passam a fazer parte do Programa (BRASIL, 2013a, p. 14).</p>

(Conclusão)

Estratégias para disseminação de saúde na população	Alguns excertos dos materiais
f) Práticas abrangentes que envolvem ações desde o educando até as necessidades locais para maior protagonismo.	<p>[...]construção em que tanto o planejamento quanto a execução, monitoramento e a avaliação das ações são realizados coletivamente, de forma a atender às necessidades e demandas locais (BRASIL, 2011a, p. 9).</p> <p>O encontro entre os saberes das áreas de educação e de saúde potencializa o desenvolvimento de ações que privilegiam a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente, provocando efeitos no desenvolvimento saudável e protagonismo do educando e da comunidade onde vive, permitindo que realize opções que melhorem sua qualidade de vida (BRASIL, 2013a, p. 9).</p> <p>Planejamento integrado das ações do PSE nos Municípios entre a rede de saúde, integrada pela atenção básica e especializada e pela rede de urgência e emergência, e a rede de educação pública básica (BRASIL, 2013a, p. 7).</p>

Fonte: excertos dos materiais de pesquisa desta tese.

A partir dos itens denominados e fundamentados nos excertos destacados, observam-se algumas das estratégias que possibilitam a disseminação de saúde na escola e sua ampliação. Com isso, pude perceber um conjunto de práticas discursivas que, expressas por meio de conceitos, objetivos, vocabulário, entre outros, têm a intenção de conduzir os sujeitos a assumirem a responsabilidade por si mesmos, pela sua família e, na extensão, pela comunidade e território.

Foi com esse conjunto de elementos que construí a unidade analítica: disseminações de saúde como investimento social e econômico na população. A partir dos investimentos de saúde na instituição escolar, percebo que as ações de saúde disseminam saúde e se desenvolvem para promover a saúde e prevenir os riscos de saúde. Para a gestão de riscos, o Estado precisa conhecer, vigiar e normalizar o educando e a população. Essa gestão tem o intuito de conseguir um cidadão mais saudável e por mais tempo, com isso produzindo um sujeito mais ativo, produtivo, que possibilita o desenvolvimento social, político e econômico do País. Explico melhor no Capítulo 5 essa disseminação de saúde com esse direcionamento.

Para construir a segunda unidade analítica, fiz as seguintes perguntas, dentre outras: como o Programa conhece o aluno e a população? Como é capaz de vigiá-los? Como possibilita a disseminação de saúde na escola? Como consegue normalizar esses educandos? Como instiga as pessoas a conduzirem suas condutas? O segundo conjunto de materiais, que agrupei no Quadro 7, tem o intuito de evidenciar quais são as estratégias estabelecidas, além das apresentadas anteriormente, que podem garantir uma melhor condução de conduta da população escolar.

Quadro 7 – Elementos que estabelecem um governo nos educandos.

Elementos que estabelecem um governo nos educandos	Alguns excertos dos materiais
a) Atividades para conhecer o educando e o território por meio de observação e avaliação.	<p>Para garantir a implementação do Programa Saúde na Escola é preciso avaliar as condições de saúde de crianças, adolescentes, jovens e adultos. Essas avaliações têm o objetivo de conhecer como anda o crescimento e o desenvolvimento das crianças, adolescentes e jovens, levando em conta também os aspectos relativos à sua saúde mental (BRASIL, 2011b, p. 7).</p> <p>O importante aqui é buscar descrever como está a saúde da população de escolares do município: principais causas de óbito, de internação, situações como uso de álcool e drogas, tabagismo, sedentarismo, obesidade, gravidez na adolescência e outras (BRASIL, 2011b, p. 11).</p> <p>Promover a comunicação entre escolas e unidades de saúde, assegurando a troca de informações sobre as condições de saúde dos estudantes (BRASIL, 2011b, p. 3).</p> <p>Os sistemas de informação do SUS podem não ser suficientes para identificar questões de cunho comportamental, psicológico e social. Assim, no diagnóstico situacional, podem ser acrescidos aos indicadores de saúde a análise de outros dados provenientes dos outros setores, como indicadores de desempenho escolar, censos e inquéritos escolares, indicadores sociais, como acompanhamento de condicionalidades de programas de transferência de renda como o Programa Bolsa-Família, entre outros (BRASIL, 2011b, p. 11).</p>

(Continua)

Elementos que estabelecem um governo nos educandos	Alguns excertos dos materiais
b) Disciplinamento dos educandos	<p>Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em saúde (BRASIL, 2011a, p. 15). O desafio das ações desse componente é trabalhar as temáticas por meio de metodologias participativas e ativas de aprendizagem, que superem e componham com as tradicionais ações de repasse de informações relevantes (BRASIL, 2013a, p. 9).</p> <p>Faz-se necessário sensibilizar os educandos para a identificação, prevenção e controle de riscos à saúde humana causados pelas inter-relações produção – ambiente – saúde (BRASIL, 2011a, p. 44).</p> <p>É preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida (BRASIL, 2011a, p. 6).</p>
c) Ações para vigiar a saúde dos educandos e o PSE	<p>O monitoramento da saúde dos escolares é um dos componentes mais importantes do PSE, pois por meio de suas atividades é possível saber e acompanhar o impacto das ações, respondendo à pergunta: a saúde dos escolares melhorou? (BRASIL, 2011b, p. 9).</p> <p>É sem dúvida importante proceder a uma análise epidemiológica, com base nos principais indicadores de saúde referentes a esse grupo, como: indicadores de mortalidade (SIM), principais causas de internação hospitalar (SIH), informações sobre gravidez na adolescência (SISPRENATAL), indicadores alimentares (SIAB e SISVAN), entre outros (BRASIL, 2011b, p. 11).</p> <p>[...] qualificar e garantir o preenchimento do Sistema de Monitoramento e Avaliação do PSE (BRASIL, 2013, p. 6).</p>

(Conclusão)

Elementos que estabelecem um governo nos educandos	Alguns excertos dos materiais
d) Estabelecimento de controle	<p>Monitoramento e avaliação permanentes (BRASIL, 2011b, p. 2).</p> <p>Após inserção dos dados antropométricos deles no SISVAN, o sistema realizará os cálculos identificando as situações de baixo peso, excesso de peso e obesidade, que deverão ser comunicadas aos pais e responsáveis e encaminhadas para a Unidade Básica de Saúde de referência para acompanhamento e a gestão do cuidado a ser realizado pela equipe de Saúde da Família (eSF) de referência da escola e pela equipe escolar (BRASIL, 2011a, p. 24).</p> <p>É importante lembrar que as famílias beneficiárias do Programa Bolsa-Família têm o compromisso como condicionalidade, da atualização do calendário vacinal (BRASIL, 2011a, p. 25).</p> <p>A estratégia mais importante é a informação sobre os sinais dos agravos de saúde, pois, quanto mais cedo forem identificados, mais fácil e rápido será o tratamento (BRASIL, 2011a, p. 28).</p>
e) Baseado em índices	<p>Para isso, é necessário realizar periodicamente inquéritos e pesquisas nacionais e regionais sobre fatores de riscos e proteção à saúde dos educandos (BRASIL, 2008a, p. 9).</p> <p>As ferramentas de registro, organização e apresentação dos resultados garantirão o acompanhamento do que está sendo realizado (BRASIL, 2010b, p. 24).</p>
e) Aumento da participação popular	<p>Fortalecer a participação comunitária nas políticas de educação básica e saúde, nas três esferas de governo (BRASIL, 2011b, p. 4).</p> <p>O envolvimento de pais e responsáveis na agenda da avaliação clínica e psicossocial amplia o universo de cuidado ao qual queremos envolver o educando (BRASIL, 2011a, p. 4).</p> <p>Contribuir para a solução de problemas, transformando IDÉIAS em AÇÕES (BRASIL, 2011b, p. 1).</p>

Fonte: excertos dos materiais de pesquisa desta tese.

A partir dessas atuações do PSE, percebi que essas estratégias permitem que o Estado tenha uma maior visibilidade e controle da situação da população. Esse Estado, percebido como provedor e protetor da população, operacionaliza técnicas no intuito de conhecer, disciplinar, estabelecer índices, vigiar e (re)estabelecer as atitudes e comportamentos. Nesse sentido, percebo que o PSE foi formulado pelo Estado sendo não apenas destinado à assistência de saúde dos educandos por meio de recursos humanos e materiais, mas também sendo direcionado ao controle da vida dos educandos, no sentido de conduzir: o corpo, o viver, o local de moradia, as formas de cuidado de higiene, a alimentação, as doenças, como as relações que se estabelecem no cotidiano com os outros e com o meio como um todo, assunto que desenvolverei no Capítulo 4. Busco entender como o Programa utiliza a escola como estratégia para desenvolver uma série de ações, não só para consolidar e controlar o funcionamento das próprias políticas de saúde na escola, mas também para agir sobre a comunidade que lá está capturada, numa ação de controle e condução das condutas, ou seja, de governo.

Penso que essas duas unidades de análise constituem o conjunto de práticas discursivas que possibilita ao Estado um melhor governo. Em suma, partindo dessas primeiras análises dos materiais, encaminho-me para o próximo capítulo, onde abordo os conceitos ferramenta de discurso e governo, bem como a noção de população, a qual penso ser fundamental para as discussões desenvolvidas ao longo da pesquisa.

Destaco que o meu interesse ao estudar o Programa Saúde na Escola está em compreender os discursos, as racionalidades, as regularidades que fazem com que a disseminação das práticas discursivas de saúde se constitua em uma necessidade na atualidade, conforme tratarei nos próximos capítulos.

3 DISCURSO E GOVERNAMENTO: CONCEITOS FERRAMENTA DO TRABALHO

Ao adotar discurso e governo como ferramentas analíticas utilizadas para o desenvolvimento desta tese, apresento alguns deslocamentos destacados por Michel Foucault nas formas de governar os homens ao longo da história do Ocidente, para assim perceber como atualmente, na lógica neoliberal, a saúde na escola se apresenta como uma estratégia de governo da população. Primeiramente e antecipadamente ao Capítulo 4, destaco a importância que a instituição escolar vem assumindo ao longo dos tempos, disciplinando e conduzindo a conduta dos sujeitos, pois vem capturando o educando desde a mais tenra idade e ensinando-lhe o autogoverno para que assuma para si mesmo a gestão de sua vida.

O filósofo francês afirma que, em torno do século XVIII, as atenções dos governantes se voltam para a condução das condutas da população. Cuidar das condições de vida na população e de sua saúde tornou-se pauta da agenda do Estado. Para tanto, disciplinar a população era uma tarefa importante, pois se fazia necessário que uns cuidassem dos outros para que uma nação e um espírito de sociedade se fortalecessem. O corpo dos indivíduos, assim como seus comportamentos, tornou-se alvo de investimentos para que fosse possível o governo desse corpo-espécie de muitas cabeças. Para tanto, as condições do século XVIII propiciaram a emergência das maquinarias disciplinares, sendo a escola a que mais eficiência mostrou ao longo do tempo ou em toda Modernidade.

Pela escola, passou-se a educar as crianças, e, por meio delas, educaram-se também suas famílias. A escola, portanto, somou-se a outras maquinarias, como a fábrica, a Igreja, os quartéis e os hospitais, atuantes sobre os comportamentos e a vida dos indivíduos. Tais instituições de sequestro do tempo da vida (FOUCAULT, 2004) foram, ao longo da Modernidade, articulando práticas discursivas e não-discursivas que constituem o que somos hoje – sujeitos modernos, ou seja, dóceis, acessíveis, flexíveis, autogovernados, produtivos, empreendedores, etc. (MENEZES, 2011; LOUREIRO, 2013; NOGUEIRA-RAMÍREZ, 2011).

Também constituíram um tipo de sujeito que parece estar cada vez mais exposto aos riscos, pois tudo à sua volta passou a ser observado e medido estatisticamente pelo Estado. Sendo a saúde um dos atravessamentos que mais afetam a qualidade de vida da população, ela passou a ser acompanhada e promovida pelo Estado. Assim, do século XVIII para cá, ações sobre a saúde foram somadas às ações sobre educação, potencializando-se. Por isso não é de se estranhar que, desde o século XX, a escola esteja tão implicada na saúde.

Também é fácil de entender por que no Brasil, um país com imensas desigualdades econômicas, sociais, culturais, de educação, saúde, etc., a qualidade da saúde passou a ser promovida e acompanhada também do interior da escola. Afinal, a escola, em nosso país, ao tornar-se obrigatória para todos e, de forma mais intensa na primeira década do século XXI, ao ter apoio de diferentes instâncias e até econômico, tornou-se um dos aparatos mais produtivos na condução das condutas dos indivíduos. Além de a escola disseminar práticas disciplinares capazes de educar, também dissemina o cuidado que cada um deve ter consigo mesmo, além da responsabilidade com a geração de condições econômicas e de segurança individuais. Assim, a educação e saúde, de forma articulada, investem na promoção da vida. Para tanto, a quaisquer ações que voltemos nossa atenção e tendo como alvo a população, veremos a mão do Estado – ora não tão interventor; ora mais presente, embora não tanto quanto as realidades brasileiras demandavam; e por último um Estado mais interventor e atuante na população, estando de forma cada vez mais articulada ao mercado.

Deste modo, os discursos constituem uma forma de governar que aproxima Estado e mercado na condução da vida e da educação, pois é nessa aproximação que são produzidas verdades que cada vez mais acrescentam tarefas para a escola cumprir, esmaecendo outras que, por definição, seriam suas.

Neste capítulo, após muito adentrar nos materiais de pesquisa, defino discurso e governmentação. Ambos são conceitos-ferramenta utilizados para analisar as ações de saúde do PSE.

3.1 Práticas discursivas de saúde nas escolas públicas

[...] o que há, enfim, de tão perigoso no fato de as pessoas falarem e de seus discursos proliferarem indefinidamente? Onde, afinal, está o perigo? (FOUCAULT, 1996, p. 8).

É importante que os profissionais de saúde e educação “*falem a mesma língua*”, ou seja, que haja certa uniformidade de discurso no sentido de promover educação em saúde, enfatizando as ações específicas consideradas importantes no período escolar (redução da morbimortalidade por acidentes e violências; prevenção e redução do consumo de drogas, álcool e tabaco e outros comportamentos de risco; promoção da saúde sexual e reprodutiva; promoção da cultura da paz; entre outras). (BRASIL, 2009b, p. 28). (Grifos meus).

Início com esses questionamentos de Michel Foucault, tentando compreender como as formas de poder se entrelaçam a alguns discursos com a finalidade de produzir efeitos de verdade. Foucault investiga e problematiza as relações de poder desde seus primeiros escritos, fazendo-as ganhar expressão de forma ímpar em *Vigiar e Punir*. Ao definir a positividade do poder nas relações sociais, subverte a compreensão pela negatividade. O caráter produtivo do poder permitiu que entendêssemos a liberdade dos indivíduos em fazer escolhas. Preparar ou educar os indivíduos para que saibam fazer escolhas é uma tarefa fundamental para redução dos riscos. Em a *Ordem do Discurso*, aula inaugural do Collège de France, em 2 de dezembro de 1970, Foucault afirma:

[...] em toda sociedade a produção do discurso é ao mesmo tempo controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certos números de procedimentos que têm por função conjurar seus poderes e perigos, dominar seu acontecimento aleatório, esquivar sua pesada e temível materialidade. (FOUCAULT, 1996, p. 8-9).

A partir da citação de Foucault, intenciono conduzir a reflexão para o entendimento de que tudo é perigoso e de que, sobre a materialidade, há realidades construídas a partir de relações de forças, impressas pelos discursos. São discursos que constituem as realidades que exigem nossa atenção no presente, assim como são os discursos que nos mostram a potência de investigá-los, percebendo as relações de poder que se formam a cada tempo e espaços definido.

Ao entender com Foucault que o poder não está atrelado a uma instituição ou ao Estado, mas que se movimenta em todas as relações sociais e passa por todos os sujeitos, manifestando-se no corpo ou em qualquer materialidade, enquanto o saber se estabelece por meio de conhecimento, elemento que pode ser ensinável, apreendido e manejado, invisto na problematização dos discursos que produzem e sustentam a articulação saúde e educação na escola.

Nos discursos médicos sanitaristas, que nos fornecem elementos para acreditarmos que, na saúde pública, precisamos investir em educação para instaurarmos outras práticas de vida na população, podemos perceber a importância de problematizá-los. Então, ao propor o desenvolvimento de uma analítica a partir das práticas discursivas dos documentos selecionados referentes ao PSE, busco descrever as práticas a que eles fazem referência (FISCHER, 2002). Foucault (1996b, p. 10) refere que “[...] o discurso não é simplesmente aquilo que traduz as lutas ou os sistemas de dominação, mas aquilo por que se luta, o poder do qual nos queremos apoderar”. Desse modo, almejo atentar para a produtividade das palavras,

das ações e dos dados que entrelaçam essas relações de saber e poder atravessadas nas práticas discursivas de saúde na escola, a fim de poder contextualizá-las e tentar estabelecer as condições propícias para a sua ocorrência.

Embalada por discursos salvacionistas e modernos, há a compreensão de escola como espaço de socialização, de disciplina, onde deveriam ocorrer intensa produção e movimentação de conhecimento e saberes, onde o educando potencializa o desenvolvimento de sua cidadania. Nesse processo educativo ou nessas práticas discursivas da educação, temos a intervenção de vários sujeitos, desde os que analisam e selecionam os conteúdos a serem trabalhados, os que avaliam os parâmetros e as probabilidades, os que elaboram o currículo escolar, os que potencializam e traduzem os saberes, os educandos e os que fazem parte da comunidade escolar (pais, merendeiras, higienizadoras, dentre outros) até aqueles que entendem que, pela educação, podem criar novas práticas políticas, sociais, de saúde etc. Segundo Foucault, “as práticas discursivas não são simplesmente modos de fabricação de discursos”, como alguns pensam, pois “ganham corpo em conjuntos técnicos, em instituições, em esquemas de comportamento, em tipos de transmissão e de difusão, em formas pedagógicas que, por sua vez, as impõem e as mantêm” (FOUCAULT, 1997, p. 12). Assim, ainda com o filósofo, entendo que

As práticas discursivas caracterizam-se pelo recorte de um campo de projetos, pela definição de uma perspectiva legítima para o sujeito de conhecimento, pela fixação de normas para a elaboração de conceitos e teorias. Cada uma delas supõe, então, um jogo de prescrições que determinam exclusões e escolhas. (FOUCAULT, 1997, p. 11).

No planejamento educacional sobre saúde escolar, ocorre a determinação de ações e assuntos por “escolha” e “exclusões” em meio a um jogo de poderes; assim, a instituição escolar, mediante o conjunto de ações de saúde, é tida como mobilizadora de mudanças na população. Explico melhor: as ações de saúde na escola pública são determinadas por práticas discursivas provenientes de diferentes racionalidades políticas que as pensaram e as colocaram em funcionamento no decorrer dos tempos. São práticas discursivas que, ao mesmo tempo em que são determinadas por sujeitos, também são produtoras de comportamentos sociais, políticos, econômicos e de saúde dos sujeitos, conforme os tempos. Assim, por meio das práticas discursivas de saúde, são operacionalizadas estratégias de condução das condutas de si mesmo e dos outros, a partir de “verdades” estabelecidas.

De acordo com Foucault:

Cada sociedade tem seu regime de verdade, sua política geral de verdade: isto é, os tipos de discurso que aceita e faz funcionar como verdadeiros; os mecanismos e instâncias que permitem distinguir entre sentenças verdadeiras e falsas, os meios pelos quais cada um deles é sancionado; as técnicas e procedimentos valorizados na aquisição da verdade; o status daqueles que estão encarregados de dizer o que conta como verdadeiro. (FOUCAULT, 2007, p. 131).

O PSE, por meio das práticas discursivas, institui “verdades” e subjetiva os indivíduos para proporcionar mudanças não só na comunidade a quem é destinado, como também nos próprios profissionais da educação e da saúde, assim como nos gestores e na comunidade em geral que atuam ou são afetados pelas práticas do PSE. A aceitação social de certa “verdade” fortalece as práticas de saúde na escola, transformando tal espaço em um alvo cada vez maior de discursos sanitaristas e médicos.

A “verdade” seria, numa relação social, mais precisamente, “um aspecto da forma hegemônica de dominação ou de uma pretensão a dominar pela hegemonia” (BAUMAN, 2010, p. 246). Segundo Rose (2011, p. 87), existem duas técnicas de verdade que estabelecem cientificidade: a “estatística” e o “experimento”. Ele explica que a estatística naturalmente emergiu como “ciência do Estado”, que, ao coletar informações e acontecimentos, os transforma em dados numéricos com o objetivo de conhecer e governar a população em uma região, enquanto o experimento apareceu como testes, essencialmente para a demonstração de verdade. Ambas as práticas (estatísticas e experimentos) contribuem para a presença dos discursos clínicos com força hegemônica sobre os discursos educacionais e pedagógicos dentro das escolas públicas, determinando a diferença entre o que se ensina e se faz nas escolas públicas e o que se ensina e se faz nas escolas particulares, estas cada vez mais voltadas para o conhecimento e para a formação de lideranças.

Desde o século XVIII que “verdades” sobre boa saúde circulam e se fortalecem na população. Discursos sobre saúde foram sendo desenvolvidos de diversas formas para o bem-estar físico, a longevidade e o controle de epidemias. Foucault (2004) diz que a medicina moderna nasceu como medicina social, pois as intervenções estavam geralmente ligadas ao cuidado com o ambiente, as condições de saneamento, etc. Resumindo, desde o século XVIII que podemos perceber o Estado agindo fortemente na população: primeiro, levantando dados para conhecer a situação em que vivem distintos grupos; segundo, intervindo quando os dados mostravam problemas ou desvios na normalidade. Para corrigir os desvios que mostram situações precárias de vida que podem ameaçar a população, investimentos em campanhas,

vacinação e em educação são feitos pelo Estado, sendo que cada vez mais a educação escolar é convocada a agir sobre os indivíduos visando à mudança de comportamento.

A educação e a saúde são áreas de conhecimento distintas, entretanto, por meio de biopolíticas, articulam-se para vigiar e modificar as verdades populares e suas práticas. Juntas e por meio do PSE, agem nas escolas “para o desenvolvimento da *cidadania e da qualificação das políticas públicas brasileiras. Sua sustentabilidade e qualidade dependem de todos nós!*” (BRASIL, 2013 a. p. 4, grifos meus). Com esse discurso, o PSE confere legalidade para que os educandos possam sentir-se inseridos, convocados como integrantes e cidadãos deste País; como cidadãos, têm direitos e deveres em relação ao Estado, e a instituição escolar tem a função essencial de possibilitar essa atividade pública. Com o PSE, essa cidadania é reforçada, conforme demonstrarei melhor no Capítulo 5.

A escola, além de ser o local legítimo para formar o cidadão, é o local para que ocorra propagação da promoção da saúde. Para isso, é “importante que os profissionais de saúde e educação ‘falem a mesma língua’” (BRASIL, 2009b, p. 28). Assim, ao uniformizarem-se os discursos, é possível difundir uma trama de saberes de cunho científico e de interesse do Estado. Os saberes científicos são os da medicina, da psicologia, da epidemiologia, entre outros que são elevados a “verdades evidentes”, a fim de incorporar, modificar ou adequar estilos de vida, passando-os de indesejáveis a desejáveis, de inadequados a adequados, de anormais a normais. Jorge Larrosa (2000) salienta que a educação vem sendo entendida e praticada como se guardasse uma “similitude estrutural” com as práticas e os saberes terapêuticos e vice-versa. Na entrevista à revista *RET- SUS* (2008, p. 6), Jaqueline Moll, diretora de Educação Integral, Direitos Humanos e Cidadania, da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade (SECAD), do Ministério da Educação (MEC), diz que o Programa contribui também para a educação integral e destaca:

Vamos levar o profissional de saúde para dentro da escola e o aluno para a unidade de saúde. A ideia é permitir o acompanhamento do crescimento das crianças, como os filhos da classe média fazem. Para isso, haverá um diálogo entre os professores e os profissionais de saúde. Trata-se de uma mudança de paradigma em relação ao trabalho educativo da escola, que será ressignificado a partir do envolvimento de outros atores. (MOLL, 2008, p.6).

Com esse discurso de estabelecer a equidade de atendimento de saúde, o PSE afirma-se na escola pública com suas diversas ações. O intuito dessa política de saúde é capturar o educando para cuidar da saúde física e mental e poder disseminar os saberes à comunidade. Nesse contexto, as práticas discursivas utilizam uma rede de representações, como textos,

imagens e indicadores de comportamento, entre outras que contribuem para constituir a vida dos indivíduos que estão nesse leque de interação. Ao serem destacadas como uma necessidade da população, fica mais fácil a entrada da vigilância, com suas técnicas disciplinares e normalizadoras; assim se tem o consentimento da população, e este processo ocorre sem revoltas, diferentemente do que aconteceu no Brasil no início do século XX, com a revolta da vacina³³. Rose (2011) aponta que, por meio das estratégias do Estado, se pretende conhecer, compreender e tratar os indivíduos de uma população, de tal maneira que se sintam dentro dos objetivos políticos, pois esses sujeitos são alvos de vários tipos de ações do Estado.

O Estado, numa estratégia política, coloca no centro dos discursos a promoção de saúde na escola para ter um controle que captura e disciplina o corpo, os acontecimentos de uma população. Para tanto, utiliza a normalização, transformando a política pública de saúde numa questão de controle individual e social. De acordo com Gadelha (2009), a norma é a ligação crucial para aproximar biopolítica e educação. Segundo o autor (ibidem, p. 175), Foucault indica que a “norma” é o elo entre a população ou espécie humana e o corpo ou indivíduo:

[...] pode-se dizer que 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, esse elemento que circula entre um e outro é a “norma”. A norma é o que pode tanto se aplicar a um corpo quanto a uma população que se quer regulamentar. (FOUCAULT, 1999, p. 302).

Lopes (2009, p. 159), ao desenvolver o tema da inclusão, afirma que “a partir do normal se determina a norma”, que é “um movimento típico da sociedade de seguridade”. Normal é aquele que é capaz de moldar-se no modelo; inversamente, o anormal é considerado aquele que não se enquadra no modelo (VEIGA-NETO e LOPES, 2007). Lopes (2009, p. 159) diz que o Estado, a partir das irregularidades da população, ou seja, das anormalidades, dos problemas detectados, visa à normalização, “que implica tanto trazer os desviantes para a área da normalidade, quanto naturalizar a presença de tais desviantes no contexto social onde circulam”. Desse modo, o Estado posiciona os profissionais da educação e da saúde para normalização, conforme as ações são determinadas no PSE, e todos estão capturados pela norma, os normais e os anormais (LOPES, 2009). Isso é possível na “interação com troca de saberes, poderes e afetos entre profissionais da saúde e da educação, educandos, comunidade

³³Na época, tínhamos uma campanha de vacinação obrigatória contra a varíola, que foi aplicada de forma autoritária e violenta, provocando a revolta da vacina.

e demais redes sociais” (BRASIL, 2011a, p. 8). Esse disseminar de saberes para o contexto social dá-se no sentido de demonstrar quais condutas, comportamentos, corpos que são/estão em desvio - os anormais - e os que são/estão em conformidade com o que foi inventado e delimitado como normal. Disseminam-se, então, saberes de saúde que zelam pelos interesses e verdades permitidas e tidas como verídicas, em que os educandos e a comunidade são abarcados; sendo assim, todos são atingidos por essas práticas discursivas tidas como de promoção de saúde, em direção à normalização.

Entendo que os discursos de promoção da saúde se constituem em importantes sinalizadores dos investimentos do Estado, tanto na saúde quanto na educação, pois “visam a garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde” (BRASIL, 2011a, p. 17), no intuito de ampliar a normalização de todos. Divide-se, portanto, a responsabilidade com os cidadãos, dizendo-se que todos nós somos responsáveis pela gestão de nossa saúde. Estabelece-se a maneira como devemos viver e nos cuidar, por meio de ações, comportamentos, atitudes e estilos de vida para aumentar a expectativa de vida. Cada indivíduo é convocado a administrar riscos e, com isso, melhorar a qualidade de vida de todos, isto é, da população brasileira. Tenta-se ao máximo investir no corpo e no psicológico dos indivíduos, prolongando a vida, bem como promovendo a sua qualidade. Enfim, cada vez mais, as biopolítica potencializam-se por meio da articulação da saúde com a educação.

Nos excertos retirados dos materiais de pesquisa, podemos observar discursos que fazem a afirmação de que somos responsáveis pela gestão de nossa saúde e da população. As ações de saúde na escola serão capazes de produzirem “impacto sobre a saúde, autoestima, comportamentos e desenvolvimento de habilidades para a vida de todos os membros da comunidade escolar” (BRASIL, 2011a, p. 36), estando os sujeitos “aptos a fazer uma reflexão acerca dos problemas da comunidade e a propor ações para resolvê-los” (BRASIL, 2011a, p. 17). Rose (2011) evidencia que essa prática discursiva faz com que os indivíduos se coloquem como cidadãos capazes, potentes, diante dessa sociedade competitiva; quanto mais cedo aderimos ao sistema, mais nos constituímos nos moldes preconizados. Podemos, então, observar como é considerado fundamental que a saúde esteja coligada à instituição escolar, pois a ideia apresentada de saúde é evidenciada nos discursos e práticas dos educandos e é reconstruída e reproduzida constantemente nos micro espaços que eles ocupam.

Os discursos de saúde difundidos na escola são tomados como verdadeiros e têm a intenção de deslocar o eixo da responsabilidade mais para o indivíduo do que para o Estado

no que diz respeito ao corpo e à vida, pois os sujeitos estão veementemente sendo proclamados protagonistas de sua saúde. O PSE promove a conexão entre saúde e educação; na sua prática discursiva, essa aproximação ocorre para promoção de saúde dos educandos, ficando mais fácil a sua implantação com suas diversas ações. É importante perceber que essa proposição de saúde na escola se gesta, se organiza e se implementa em um período tido e reconhecido como neoliberal. Isso significa que, entre outros atravessamentos, os sujeitos devem ter liberdade de fazer escolhas e ter independência para agir sobre si mesmos. Diante da independência e liberdade dos sujeitos, o Estado vê-se frente ao que podemos chamar de crise de governo.

3.2 Governo e governamentalidade

Aqui dou continuidade à discussão que vinha desenvolvendo no início deste capítulo sobre o quanto a maquinaria escolar atualmente é fundamental para a condução das condutas dos educandos no que se refere a temas ligados à saúde. Na escola, deve-se “sensibilizar os educandos para a identificação, prevenção e controle de riscos à saúde humana, causados pelas inter-relações produção – ambiente – saúde” (BRASIL, 2011a, p. 25). A escola está implicada na racionalidade política neoliberal, ou seja, atua para a constituição de sujeitos que tenham comportamentos saudáveis para o tempo atual.

Para compreender a atual atuação da política de saúde na escola, ou seja, o Programa Saúde na Escola, e seu atrelamento ao pensamento político, econômico, cultural e social do nosso tempo, é preciso conhecer os deslocamentos analisados por Foucault (2008b) nas formas de governar a vida dos homens e das populações ao longo dos tempos. O filósofo dedicou-se a reconstruir a história das “grandes economias de poder no Ocidente” (ibidem, p. 145). A partir de seus estudos, Foucault demonstra a ocorrência de diferentes formas de governar, desde a Idade Média até o século XX. O autor mostra o deslocamento do poder pastoral e soberano para o disciplinar, o biopoder e, deste, para a governamentalidade, isto é, ele evidencia como ocorreu a “governamentalização do Estado”³⁴. Michel Foucault enfatiza que a governamentalidade é entendida por ele a partir de três elementos característicos:

³⁴Alguns autores vêm trabalhando com os estudos de Foucault sobre as artes de governar e retomam os deslocamentos históricos destacados. Vou citar somente alguns: Alfredo Veiga-Neto (2000), Silvio Gadelha (2009), Santiago Castro-Gomez (2010) e Edgardo Castro (2011), dentre outros. A partir da leitura de seus textos e de Foucault, das aulas e do grupo de pesquisa com minha orientadora, Maura Corcini Lopes, foi que adquiri esse conhecimento, para desse modo poder desenvolver o assunto.

[...] o conjunto constituído pelas instituições, os procedimentos, análises e reflexões, os cálculos e as táticas que permitem exercer essa forma bem específica, embora muito complexa, de poder que tem por alvo principal a população, por principal forma de saber a economia política e por instrumento técnico essencial os dispositivos de segurança. Em segundo lugar, por “governamentalidade” entendo a tendência, a linha de força que, em todo o Ocidente, não parou de conduzir, e desde há muito, para a preeminência desse tipo de poder que podemos chamar de “governo” sobre todos os outros – soberania, disciplina – e que trouxe, por um lado, o desenvolvimento de toda uma série de aparelhos específicos de governo [e por outro lado], o desenvolvimento de toda uma série de saberes. Enfim, por “governamentalidade”, creio que deveria entender o processo, ou antes, o resultado do processo pelo qual o Estado de justiça da Idade Média, que nos séculos XV e XVI se tornou o Estado administrativo, viu-se pouco a pouco “governamentalizado”. (FOUCAULT, 2008b, p.143-144).

Seguindo o caminho desse autor, é possível entender o conceito de governamentalidade, o qual foi desenvolvido na aula de 1º de fevereiro de 1978 do curso *Segurança, território, população* (1977-1978), em que Foucault mostra os três grandes pontos de apoio que possibilitaram a emergência da governamentalidade: a pastoral cristã, a técnica diplomática militar e a polícia.

Foucault diz que, a partir de século XV, passa a existir a preocupação com a arte de governar referente às formas de “[...] como ser governado, por quem, até que ponto, com que fim, por que métodos” (FOUCAULT, 2008b, p.119), ou seja, como governar os outros e se autogovernar. Para ele, essas preocupações com o governar aparecem

[...] com relação a questões bastante diferentes e sob múltiplos aspectos: problema do governo de si mesmo – reatualizado, por exemplo, pelo retorno ao estoicismo no século XVI; problema do governo das almas e das condutas, tema da pastoral católica e protestante; problema do governo das crianças, problemática central da pedagogia, que aparece e se desenvolve no século XVI; enfim, problema do governo dos Estados pelos príncipes. (FOUCAULT, 2007, p. 277).

Como podemos ver, governar os indivíduos e a população gerou uma multiplicação das formas de governo: governo de si mesmo, das crianças, dos pobres, das famílias, das casas, do exército, das cidades, dos Estados, do próprio corpo e da alma (FOUCAULT, 1999). Assim, essa busca para encontrar meios de se autogovernar e governar a alma e a conduta dos homens proporcionou práticas sociais, econômicas e políticas para cada época histórica e para cada sociedade (FOUCAULT, 2008b). A partir de certas finalidades, essas práticas permitem impor certas verdades aos indivíduos para conduzir suas condutas.

Para descrever os deslocamentos históricos das artes de governar, inicio descrevendo o poder pastoral. Segundo Gadelha (2009), esse poder coexistiu com outro modelo, que é o da soberania. O poder pastoral não contemplava uma totalidade, pois era pautado num modelo

individualizante voltado para a condução individual e não era um poder exercido sobre um Estado, uma cidade ou um território. No poder pastoral, segundo Foucault (2008b), o dirigente político conduziria os indivíduos da mesma maneira que um pastor faria com suas ovelhas, ao mesmo tempo velando por todas e por cada uma e atentando para o detalhe. Esse pastor sabe e ensina a verdade e, se necessário, sacrifica-se pelo seu rebanho, pois seu alvo estaria na salvação desse rebanho. Foucault diz que esse poder, conforme a história no Ocidente, é um modelo de governo dos homens que deve sempre ser associado ao cristianismo, o qual guia “os indivíduos e a comunidade pela vereda da salvação” (FOUCAULT, 2008b, p. 221). Para isso, os indivíduos devem obedecer às leis divinas, ter uma relação de total submissão e renunciar às suas vontades. Gadelha (2009, p. 122) afirma que, com o pastorado, ocorrem práticas para individualização, como “o exame, a confissão, a direção da consciência e a relação de submissão absoluta”, que garantem “a inculcação de uma moral sexual nos indivíduos”. O autor ressalta, ainda, que esses mecanismos são reativados a partir do século XVIII, “no âmbito da educação, adaptando-[se] a uma nova economia de poder” (GADELHA, 2009, p. 122).

O poder de soberania, segundo Foucault (2008b), estava vinculado a um tipo de poder centralizador, fundamentado na existência física do soberano. Estava baseado em manter o território e com ele adquirir bens e riqueza, não se detendo nos indivíduos. Esse poder não era um poder salvacionista como o pastoral, pois o soberano tinha o poder de decidir sobre a vida e a morte dos súditos, sendo considerado um poder negativo sobre a vida: “faz morrer ou deixa viver”. Conforme Foucault (2008b), esse poder era o da monarquia feudal. Nessa época, as imposições do rei ou do senhor feudal eram baseadas num sistema de código penal, que se exercia sobre um território e depois sobre os súditos que nele habitavam, e a grande preocupação girava em torno de manter o território. Com o seu declínio, ocorreu um deslocamento da atenção para a população em relação ao território, ocorrendo a “superação da estrutura feudal com a instauração dos grandes Estados territoriais, administrativos, coloniais” (FOUCAULT, 2008b, p. 119).

Segundo Foucault (1995, p. 244), a crise do poder pastoral e do poder de soberania, destacada a partir do século XV, está vinculada predominantemente com a decadência do feudalismo e com o processo da Reforma e da Contrarreforma, quando ocorre a “dispersão e dissidência” religiosa e se passa “a questionar o modo como se queria ser espiritualmente dirigido para alcançar a salvação”. Foucault (p. 37) destaca que esse tipo de exercício de poder, no final do século XVI e início do século XVII, “[...] foi felizmente substituído por

problemas, técnicas e procedimentos mais eficazes e mais racionais”, numa nova forma de exercício de poder. Nesse período, ocorreu uma explosão populacional, oportunizando as navegações, entre outras coisas. Essa crise propicia a instauração da primeira arte de governar, chamada de razão de Estado.

Para Veiga-Neto (2000, p. 2), essa nova arte de governar o Estado provocou o deslocamento do princípio centrado no governante para “novos princípios segundo os quais o que mais importa é conhecer o que é bom para a segurança e o desenvolvimento do Estado”. Veiga-Neto também destaca que os princípios centrados no Estado³⁵ se referem “mais em termos de sua população do que de seu território” (ibidem, p. 2). Segundo esse autor, ocorre o deslocamento da ênfase sobre o território e o governante para a ênfase do Estado, que deseja proteger a sua população. Essa descrição histórica está sendo desenvolvida para compreender melhor o PSE como política de governo que deseja conduzir, proteger a sua população.

Assim, os eventos ocorridos entre os séculos XVI e XVIII reconhecem a importância da população, e a infância, como parte desta, foi percebida como uma etapa da vida; a partir daí, são designados cuidados específicos para essa fase do desenvolvimento humano. Esse despertar do Estado para a importância da população foi se estabelecendo à medida que os governantes voltavam sua atenção para a administração dos indivíduos em detrimento do território. Em Foucault, “[...] nunca se governa um Estado, nunca se governa um território, nunca se governa uma estrutura política. Quem é governado são sempre pessoas, são homens, são indivíduos ou coletividades” (2008a, p. 164). Assim, cada vez mais, o Governo direciona a sua atuação conforme as necessidades populacionais, pois “é a população, muito mais que o poder do soberano, que aparece como o fim e o instrumento do governo: sujeito de necessidades, de aspirações, mas também objeto nas mãos do governo” (FOUCAULT, 2008b, p. 140). A população passou a constituir-se como objetivo final de governo.

Portanto, é na Modernidade que as relações de poder relativas à arte de governar as

³⁵ Para compreender as estratégias movimentadas por meio da arte de governar, parafraseando Loureiro (2013), que entende que Foucault (2008b) se dedica a analisar a literatura anti-Maquiavel que se difundiu no século XVI, e ainda, partindo-se de algumas dessas obras, percebe-se que a habilidade do Príncipe descrito por Maquiavel (governar, para esse autor, consistia em manter, reforçar e proteger o principado; o príncipe deveria conhecer e demarcar os perigos e desenvolver a capacidade de manipular as relações de forças para proteger o seu território) não tem nada a ver com a arte de governar que estava sendo instituída. Loureiro (2013) diz que, a partir de Foucault (2008b), numa continuidade ascendente, para ser um bom governante, aquele que quer saber governar o Estado deve primeiramente saber governar a si próprio, a sua família, seus bens, etc. Numa continuidade descendente, se um Estado é bem governado, os pais de família sabem governar seus bens e sua família, e todos sabem como devem se comportar. Essa forma de condução que repercute na conduta dos indivíduos e na gestão das famílias, o bom governo do Estado, é o que naquela época era denominado Estado de polícia. 2008b. (FOUCAULT, 2008b).

coisas do Estado adquiriram outra abrangência. Foucault (2007, p. 280) demonstra a existência de três tipos de governo, cada um se referindo a uma forma específica de ciência: “o governo de si, que diz respeito à moral; a arte de governar, à economia; a ciência de bem governar o Estado, que diz respeito à política”. Economia, no século XVI, era entendida como uma forma de governo e, no século XVIII, como campo de intervenção pelo qual ocorre uma série de processos complexos (FOUCAULT, 2008a).

Com a instauração dessa nova arte de governar, emerge o Estado administrativo, que corresponde a uma sociedade de regulamentos e de disciplinas, sendo que “o Estado se governa segundo as regras racionais que lhe são próprias, que não se deduzem nem das leis naturais ou divinas, nem dos preceitos da sabedoria ou da prudência” (FOUCAULT, 2007, p. 181). Assim, seguindo o pensamento e parafraseando Lockmann (2013), a gestão interna da razão de Estado é estruturada por duas frentes diferenciadas: técnica diplomático-militar e a polícia, que almejam a autorregulação.

A técnica diplomático-militar regulava as ações externas ao Estado, para que um Estado não ameaçasse outros Estados (FOUCAULT, 2008b), ou seja, buscava um equilíbrio europeu, limitando as forças do Estado. Essa busca de equilíbrio utilizaria instrumentos como a guerra, a diplomacia e o estabelecimento de um dispositivo militar permanente, se fosse preciso, para manter o crescimento e o fortalecimento dos Estados.

Foucault (2008b) mostra que o princípio do Estado de polícia intentava regular a vida dos indivíduos no interior do próprio Estado, isto é, os problemas que afetavam a vida nas cidades; tinha o objetivo de assegurar a ordem e o crescimento das forças do Estado. O autor diz que a saúde cotidiana de todas as pessoas será “um objeto permanente de preocupação e intervenção para a polícia. Portanto, vai ser necessário estar atento a tudo o que possa causar doenças em geral” (ibidem, p. 436). As disciplinas tornaram-se fundamentais para ter um Estado totalmente administrativo, que regulava as circulações das pessoas e mercadorias para um progressivo e permanente controle. Esse controle se dava no sentido de administrar a vida e o bem-estar das populações quanto ao número de cidadãos e sua circulação, às necessidades da vida, à saúde, às profissões, às condutas (FOUCAULT, 2008b). A estatística aí se destaca para aumentar o conhecimento do Estado sobre a população, verificando seus fenômenos e limitando as práticas de Estado corporificadas por meio do Estado de Polícia (FOUCAULT, 2008b). O Estado estaria pautado na condução dos indivíduos em questões de segurança e no seu desenvolvimento, ocorrendo o reconhecimento da população como aumento da força produtiva - aumentando-se a mão de obra, aumenta-se o enriquecimento do Estado.

Castro-Goméz (2010), ao abordar Foucault (2008b), esclarece que, até o século XVIII, as artes de governar continuam bloqueadas, mesmo nessa nova razão de Estado, com desenvolvimento de práticas disciplinares. Refere que o mercantilismo, por ter o objetivo de aumentar a riqueza do soberano para dispor de riquezas, exércitos e assim poder fazer a sua política, manteve o bloqueio do Estado. Outra situação que teria possibilitado manter esse bloqueio foi a tentativa de alicerçar a economia política no modelo considerado frágil, por estar restritamente limitado à família; com a noção de população, elimina-se o modelo familiar, e a família torna-se instrumento de governo no interior da população. “A constituição de um saber de governo é absolutamente indissociável da constituição de um saber de todos os processos que giram em torno da população em sentido amplo, o que chamamos precisamente economia” (FOUCAULT, 2008b, p. 300).

Um conjunto de situações no início do século XVIII, segundo Castro-Goméz (2010), proporcionou o desbloqueio da arte de governar, como a expansão demográfica, o aumento da produção agrícola e a abundância monetária, todas interligadas com o problema da população. Esse autor analisa os meios que o Estado emprega para controlar os problemas das cidades que foram fundamentais para a emergência de saberes, como a estatística, que teve grande relevância, a economia e a demografia, seguidas por outros, como a saúde pública, a probabilidade, as ciências humanas da psicologia, psiquiatria e psicanálise, entre outros saberes indispensáveis ao governo biopolítico. Para Foucault (2007, p. 288), a estatística

[...] descobre e mostra pouco a pouco que a população tem suas regularidades próprias: número de mortos, de doentes, regularidade de acidentes. A estatística mostra igualmente que a população comporta efeitos próprios da sua agregação e que esses fenômenos são irredutíveis aos da família: serão as grandes epidemias, as expansões epidêmicas, a espiral do trabalho e da riqueza. [...] mostra [também] que, por seus deslocamentos, por seus modos de agir, por sua atividade, a população tem efeitos econômicos específicos. (FOUCAULT, 2007, p. 288).

A estatística, segundo Foucault (2008b), foi o que deslocou a família do centro do modelo da economia e desbloqueou a arte de governar ao revelar o problema específico da população, ou seja, os seus fenômenos, como índice de óbitos, doenças, regularidades de acidentes. Castro-Goméz (2010) refere que a população se torna o objetivo final do governo, que tende a governar para melhorar suas condições de vida, aumentar suas riquezas e sua longevidade e garantir sua saúde.

E o instrumento que o governo vai se dar para obter esses fins, que, de certo modo, são imanentes ao campo da população, será essencialmente a população, agindo diretamente sobre ela por meio de campanhas ou também, indiretamente, por meio de técnicas que vão permitir, por exemplo, estimular, sem que as pessoas percebam muito, a taxa de natalidade, ou dirigindo nesta ou naquela região, para determinada atividade, os fluxos de população. (FOUCAULT, 2008b, p. 140).

Para Foucault (2008b), o governo, agora no domínio político, deveria atentar para elementos da época, como a economia e a opinião. O autor afirma:

[...] a razão de Estado deve intervir sobre a consciência das pessoas, não simplesmente para lhes impor um certo número de crenças verdadeiras ou falsas, como quando os soberanos queriam fazer crer em sua legitimidade ou na ilegitimidade do seu rival, mas de maneira que a opinião delas seja modificada e, com a opinião delas, a maneira delas agirem, seu comportamento como sujeitos econômicos, seu comportamento como sujeitos políticos. (FOUCAULT, 2008b, p. 367).

As mudanças das formas de governar os sujeitos e a população, ao longo da história do Ocidente, proporcionaram a aproximação da relação entre segurança, população e governo, marcando o processo de governamentalização do Estado (VEIGA-NETO, 2002a). Esse modelo de segurança efetiva-se por meio de um conjunto de mecanismos, dentre eles, técnicas de vigilância dos indivíduos, de diagnóstico, de classificação, normas, regras e escolhas estratégicas de saberes que surgem em uma manifestação de verdade e de poder. Conforme esse autor, tal processo combina múltiplas técnicas entrelaçadas do poder pastoral, de vigilância e de segurança para poder governar a condução da conduta do indivíduo e da população, ou seja, são práticas de governo de si e do governo das condutas do outro.

Neste momento, acredito que é importante atentar para o sentido dado por Foucault à palavra “governo” e aqui utilizo a explicação oferecida por Veiga-Neto (2002a). O autor (2002a) destaca que o sentido dado por Foucault à palavra “governo” pode ser ambíguo, pois seu uso pode estar se referindo tanto à instituição governo quanto à ação de governar. Por essa razão, Veiga-Neto (2002) sugere que utilizemos a palavra *governo* – com letra minúscula – no sentido de condução das condutas, e a palavra *Governo* – grafada com letra maiúscula – quando se refere às esferas Federal, Estadual ou Municipal. O autor ainda sugere que “governo” diz respeito às ações que são “distribuídas microscopicamente pelo tecido social” (ibidem, p. 15), ou seja, um conjunto de práticas que governam a população. Tal esclarecimento é pertinente para o contexto desta pesquisa, pois, ao longo da investigação, a noção de governo será trabalhada, sendo ferramenta importante nas análises dos saberes que circulam no PSE, na intenção de conduzir a conduta da comunidade escolar. Assim, ao

referir-me à ação de governar, utilizarei o termo “governo”, pois a prática de governar nem sempre está intimamente ligada ao Governo (VEIGA-NETO, 2002a).

Veiga-Neto (2008b, p. 25), ao falar do conceito envolvido no termo *governo*, reporta-se a Foucault e afirma que:

Nunca é demais lembrar o uso que o filósofo faz da palavra *governo*: a saber, um modo de ação que não é nem guerreiro nem jurídico, mas que é, sim, estruturante do “eventual campo de ação dos outros” [Foucault, 1995, p. 244]. Desse modo, nunca é demais insistir: Foucault retoma o verbo *governar* também na sua acepção clássica de, além de gerir os Estados e o funcionamento da política, gerir a conduta das pessoas – naquilo que elas faziam em termos de trabalho, lazer, saúde, higiene etc. – quer no âmbito individual, quer no âmbito da família e dos pequenos grupos humanos. (VEIGA-NETO, 2008b, p. 25).

Trata-se de gerir a conduta tanto no nível individual quanto no social, no sentido de ensinar a conduta adequada de trabalho, de higiene, de prevenção de doenças, a fim de garantir todo um processo mais seguro. A partir dessas informações, podemos ver que o PSE atua para conduzir a conduta dos educandos, da família, da comunidade escolar, por meio de uma série de estratégias que visam a gerenciar e prevenir os riscos sociais. Veiga-Neto (2000, p. 2) afirma que as constatações de Foucault o levaram a propor

[...] o conceito de governamentalidade, que tanto aponta para uma razão ou tática de governo, uma racionalidade governamental que descobre a economia e que faz da população o seu principal objeto, quanto denota o “contato entre as tecnologias de dominação dos outros e as [tecnologias] voltadas para [a dominação] do *eu*.” (FOUCAULT, 1991, p. 49).

Abordando o Programa Saúde na Escola como política que se estabelece estrategicamente para governar práticas sociais, sigo o sentido que Foucault (1995, p. 244) estabelece para *governo*, ou seja, “não apenas às estruturas políticas e a gestão dos Estados, mas a maneira de dirigir a conduta dos indivíduos ou dos grupos: governo das crianças, das almas, das comunidades, das famílias, dos doentes”. Assim, para complementar, verifica-se que o exercício do poder se refere “a modos de ação mais ou menos refletidos e calculados, porém todos destinados a agir sobre as possibilidades de ação dos outros indivíduos. Governar, nesse sentido, é estruturar o eventual campo de ação dos outros” (FOUCAULT, 1995, p. 244).

Lopes (2011, p. 291) diz que o governo é “o conjunto de técnicas, processos, meios e instrumentos para a condução de conduta humana”, que se concretiza por meio de ações que podem agir tanto no nível individual quanto na coletividade. No Capítulo 5, tentarei

descrever mais detalhadamente como o Programa Saúde na Escola se apresenta como uma política de governmentamento e por que o Estado se utiliza dela para proteger e governar a população.

Para Foucault, a partir do século XVI, surge a noção de governo como órgão que administra um Estado; uma forma bem reduzida de entendê-la é como uma maneira de dirigir a conduta dos sujeitos, seja por meio de políticas, de instituições ou de práticas realizadas pelos próprios sujeitos. Essa noção desenvolve-se entre indivíduos tidos como livres, como forma de governamentalidade com a intenção de melhorar a vida do indivíduo e da população. Com o surgimento do Estado moderno, ocorre um deslocamento, pois o foco de interesse do Estado passa a ser a população, ou seja, o que está dentro do território - melhor dizendo, surge o governo das pessoas e das coisas.

Castro-Goméz (2010) afirma, a partir de Foucault, que essa arte de governar, a razão do Estado (séculos XVI e XVII), está diretamente implicada com a noção de população e com as formas de condução das condutas, que criam a possibilidade da emergência do liberalismo (século XVIII). O liberalismo surge como uma prática que rompe com a razão de Estado por suspeitar de que este governa demais e, então, precisa regulá-lo para que intervenha o mínimo possível na Economia. Assim, em resposta à crise do liberalismo, no século XX, surgem o liberalismo alemão (ordoliberalismo) e o liberalismo norte-americano (neoliberalismo), sendo consideradas formas de governo representativas das artes de governar.

Na próxima seção, dou seguimento à discussão sobre governamentalidade, abordando elementos das racionalidades liberal e neoliberal, pois penso que têm aproximações com as estratégias atuais desenvolvidas no âmbito da saúde escolar.

3.3 A governamentalidade (neo)liberal e a política de saúde escolar

Nesta seção, faço uma aproximação breve entre os estudos foucaultianos acerca da governamentalidade neoliberal e a saúde na escola pública que vivemos no cenário brasileiro atualmente.

No curso *Nascimento da biopolítica* (1978-1979), Foucault dedica-se a compreender como se produziu e se governamentalizou o Estado Moderno. Nesse curso, problematiza as racionalidades políticas do liberalismo (século XVIII) e do pós-liberalismo a partir de duas versões, o norte-americano (neoliberalismo) e o alemão (ordoliberalismo), como estilos da arte de governar (FOUCAULT, 2008a). Essas diferentes formas e concepções definem

técnicas empregadas para governar os indivíduos e populações. Pretendo trazer os principais deslocamentos para tornar esta pesquisa mais produtiva no que concerne à ampliação da discussão da saúde nas escolas públicas brasileiras.

Michel Foucault (2008a) refere que, com o início da razão governamental moderna, ocorre um deslocamento em relação à razão do Estado, oportunizando-se uma nova arte de governar, o liberalismo. Surgido em meados do século XVIII na Europa, caracterizava-se pela intervenção mínima do Estado na economia. Na época, a premissa era de que se governava demais, e era preciso limitar o poder de governar a partir do interior do próprio Estado (CASTRO-GOMÉZ, 2010). Foucault (2008a, p. 40) afirma: “é a razão do governo mínimo como princípio de organização da própria razão de Estado”. Desse modo, essa nova arte de governar contrapõe-se à razão de Estado por entender que o Estado governava demais.

O Estado, nessa nova arte, intervém o mínimo possível sobre os indivíduos, ficando a arte de governo direcionada ao mercado, que passa a regular os processos econômicos e sociais como regime de verdade (FOUCAULT, 2008a). O objetivo era manter certo equilíbrio a partir da economia máxima e de Estado mínimo, ou seja, entre a liberdade de mercado, considerada de maior valor para o desenvolvimento de um Estado, e a mínima intervenção do Estado, que possibilitava o livre mercado (CASTRO-GOMÉZ, 2010). Foucault (2008a, p. 86) diz que essa razão governamental “não se contenta em respeitar esta ou aquela liberdade, garantir esta ou aquela liberdade. [...] Consome liberdade, ou seja, é obrigada a produzi-la. É obrigada a produzi-la e obrigada a organizá-la”. Segundo Lockmann (2013), essa liberdade era percebida com certa naturalidade, pelo *laissez-faire*, que significa “deixar fazer”. Então, era preciso intervir o mínimo possível para deixar as leis do mercado consideradas verdadeiras e naturais agirem, se autorregularem, se estabelecerem com preço bom, verídico.

O liberalismo tem necessidade de liberdade, contudo, esta não pode constituir um perigo nem para os indivíduos, nem para a sociedade numa relação recíproca, ou seja, não pode tornar-se um perigo nem para os trabalhadores, nem para as empresas, nem para a produção (FOUCAULT, 2008a). Essa razão governamental, o liberalismo,

[...] se justifica pelo papel que a liberdade desempenha na arte liberal de governar: liberdade garantida, sem dúvida, mas também produzida por essa arte, que para alcançar seus fins necessita suscitá-la, mantê-la e enquadrá-la permanentemente. Assim, o liberalismo pode ser definido como o cálculo do risco - o livre jogo dos interesses individuais - compatível com o interesse de cada um e de todos. É por isso que a incitação a "viver perigosamente" implica o estabelecimento de múltiplos mecanismos de segurança. (FOUCAULT, 2008a, p.444).

É possível compreender o liberalismo como um jogo entre liberdade e segurança, com o intuito de gerir os riscos que possam acometer os indivíduos e a população para que fiquem o menos possível expostos; por esse viés, é presumível a emergência da biopolítica, que abordarei no próximo capítulo. Vou destacar uma aproximação com o PSE, pois este objetiva, por meio dos saberes difundidos e de mapeamento, estabelecer verdades e liberdades, conhecer e minimizar os riscos e os perigos que possam acometer a população, principalmente determinada parte da população que porventura coloque em risco outras classes sociais ou o País.

Foucault (2008a, p. 90) descreve algumas consequências do liberalismo. Inicialmente, destaca que “os indivíduos são postos perpetuamente em situação de perigo”, ocorrendo uma espécie de estimulação do medo, do perigo e, inclusive, da degeneração (indivíduo, família, raça e espécie humana), para mostrar que se está em constante perigo. Desenvolvem-se, então, campanhas sobre doenças e higiene. O autor destaca que muitos dos perigos diferentes da Idade Média (peste, morte, guerra) eram frutos de imaginação apocalíptica.

A segunda consequência descrita por Foucault (2008a, p.90) dessa arte liberal de governar é referente à “extensão dos procedimentos de controle, de pressão, de coerção que vão constituir como que a contrapartida e o contrapeso das liberdades”. Refere que a instalação de técnicas disciplinares que vigiam cotidianamente o comportamento “até em seus mais íntimos detalhes” e só agem quando se verifica que algo não acontece. O “panoptismo de Bentham” descreve como as escolas, fábricas e prisões possibilitariam “vigiar as condutas dos indivíduos” (FOUCAULT, 2008a, p. 90). A partir disso, percebo uma correlação com a implementação do PSE, ou seja, as ações de saúde na escola, além de propagarem saberes e minimizarem riscos, têm o intuito de aumentar o disciplinamento, a vigilância e o controle permanentes dos educandos e da população em geral.

Uma terceira consequência do liberalismo refere-se a “ampliar as liberdades, introduzir um ‘a mais’ de liberdade por meio de um ‘a mais’ de controle e de intervenção” (FOUCAULT, 2008 a, p. 92). Ele ressalta que o controle não é apenas um contrapeso à liberdade, e sim o seu princípio motor. Com o PSE, ao se ampliar o conhecimento conjuntamente se amplia o controle, se aumenta a normalização.

Foucault (2008a) demonstra que a crise do liberalismo na segunda metade do século XX, foi desencadeada por vários motivos. Entre eles, está a ampliação da liberdade e segurança, ou seja, dos procedimentos de controle, sendo que as formas de intervenção do Estado constituíram o que se poderia denominar “crise de governamentalidade”. Por acreditar

que o Estado governa demais, sendo preciso controlar o Estado para intervir menos na Economia. Essa crise criou a possibilidade de novas formas de governar emergirem, as neoliberais. O neoliberalismo é fundamentado pela concorrência e competição, que aos poucos foram substituindo a liberdade de troca que ocorria no liberalismo.

Foucault dedica-se a analisar duas formas neoliberais de governamentalidade Contemporâneas: a forma neoliberal alemã (ordoliberalismo) e a forma norte-americana (neoliberalismo). Farei uma abordagem resumida dessas artes de governar neoliberais³⁶, com base nas considerações do filósofo Michel Foucault.

O ordoliberalismo estruturou-se após uma oposição ao Estado nazista, dedicando-se a reconstruir a Alemanha após a Segunda Guerra Mundial e baseando-se na liberdade econômica. Essa liberdade econômica é que deve legitimar o Estado, que deve ter sua intervenção limitada. O Estado atém-se à política interna de vigilância e intervenção social. Essa intervenção social considera os fenômenos próprios da sociedade e, segundo Foucault (2008a, p. 194), deve ser

[...] discreta no nível dos processos econômicos propriamente ditos, como, ao contrário, deve ser maciça quando se trata desse conjunto de dados técnicos, científicos, jurídicos, demográficos, digamos, grosso modo, sociais, que vão se tornar agora cada vez mais o objeto da intervenção governamental. (FOUCAULT, 2008a, p. 194).

Considerando as práticas discursivas já abordadas neste estudo, percebo a partir de Foucault a articulação entre a saúde e a educação, ao ponto de as ações de saúde interferirem no currículo e na vida do escolar. Tal interferência demonstra certo objetivo da intervenção governamental capitalista para que o Estado consiga ser mais produtivo e lucrativo. Desse modo, o Programa Saúde na Escola, a partir do conjunto de suas ações diversas, que já foram descritas no capítulo anterior, tem o propósito de intervir na população para fortalecer os processos econômicos, ou seja, pretende que os educandos consigam ter maiores condições de saúde para poderem competir futuramente.

Foucault (2008a) considera que essa arte de governar o Estado tende a proteger a propriedade privada para que a liberdade econômica seja garantida. Assim, projeta-se como uma forma de gestão de vida para conduzir a população a comportar-se como uma empresa, concorrendo e competindo. O autor aponta que os indivíduos passam a ser agentes

³⁶ Foucault analisa o ordoliberalismo alemão de forma detalhada no curso *Nascimento da Biopolítica*, nas aulas de 7 e 21 de fevereiro e 7 de março de 1979, e o neoliberalismo norte-americano nas aulas de 14 e 21 de março do mesmo ano..

investidores, parceiros no jogo econômico da liberdade, ocasionando um bem-estar social propiciado pelo enriquecimento gradual dos jogadores. O autor ainda diz que

a concorrência, em seu jogo, em seus mecanismos e em seus efeitos positivos que identificamos e valorizamos, não é em absoluto um fenômeno natural, não é o resultado de um jogo natural dos apetites, dos instintos, dos comportamentos, etc.[...] É, de certo modo, um jogo formal entre desigualdades. Não é um jogo natural entre indivíduos e comportamentos. (FOUCAULT, 2008a, p. 163).

Essa concorrência tem algumas consequências, como o protecionismo, o monopólio e as desigualdades. Para resolver tais problemas, surgem políticas sociais de bem-estar compensatórias, tendo como meta o desenvolvimento econômico sem prejudicar a estrutura econômica.

Nessa lógica neoliberal de o Estado ofertar políticas de saúde, entre elas, o PSE, principalmente com a intenção de melhorar a saúde da população mais vulnerável, conforme as suas prioridades, observa-se que a saúde não se estabelece como um direito humano para todos, como dizem os discursos da Constituição de 1988, a Constituição Cidadã, como é chamada. Estabelece-se uma ação compensatória do Estado pelo fato de este deslocar-se de um direito de toda a população brasileira para prioritariamente destinar a saúde de uma parte da população mais vulnerável, ou seja, as escolas da rede pública localizadas nas zonas de maior vulnerabilidade. Esse fato se verifica também em outras políticas públicas de saúde, como a Política Nacional de Promoção da Saúde de 2006, que é a base do Programa Saúde na Escola.

O PSE tem como uma das principais diretrizes a “formação ampla para a cidadania e usufruto dos plenos direitos humanos” (BRASIL, 2011a, p. 7). O termo cidadania implica que todos somos cidadãos de direitos e, ao sermos constituídos na escola, temos uma ligação com os preceitos do Estado. O Estado, ao ofertar o PSE na escola pública, destaca o usufruto dos direitos humanos, pois atua no nível de educação e de saúde, tornando o educando mais saudável, ativo e útil para o progresso e para o desenvolvimento econômico e social do País. Nesse processo de garantir esses dois direitos numa única instituição - a escola pública -, o Estado consegue maior eficiência para conduzir a conduta dos educandos. Partindo-se da prática discursiva acima, a perspectiva do PSE é a de ter maior aceitação da população para poder desenvolver suas ações e tornar-se uma importante estratégia de governo. Foucault (2008a) refere que, com o desenvolvimento do capitalismo, a vida dos indivíduos tidos como pobres é alterada, pois são percebidos como força de trabalho, de produção; então,

a sociedade disciplinar atua neles com suas práticas higienistas, afim de modificar a situação de vida dessa população.

Outro ponto a ser observado que está correlacionado com essa política é que, com as ações de saúde, ao investir-se no educando, se gera uma competição não natural, uma vez que os sujeitos são incentivados a competir para terem mais saúde, serem mais saudáveis, se exercitarem mais, comerem melhor, terem um corpo sarado; enfim, várias são as situações que incitam desde cedo esse jogo de competição, tendo por meta uma população mais ativa e produtiva. Rose (2011, p. 214) amplia esse entendimento ao referir que essa racionalidade

constitui uma mentalidade de governo, uma concepção sobre como as autoridades devem usar seus poderes para melhorar o bem-estar nacional, sobre os fins que devem buscar, os males que eles devem evitar, os meios que devem usar e, em especial, a natureza das pessoas sobre as quais eles devem agir. (ROSE, 2011, p. 214).

Com isso, dá para perceber que o PSE atua como um jogo de gestão da vida, por isso o chamamento para a instituição escolar de práticas de saúde, pois assim é mais fácil atingir objetivos, podendo-se atuar tanto no meio³⁷ quanto na comunidade, ou seja, na compreensão do PSE, chega-se a um termo mais abrangente, o território³⁸. É possível entender a intenção do Estado de ampliar o número de educandos e instituições escolares (como demonstrei no primeiro capítulo), já que, para gerenciar um maior número de pessoas e melhorar a qualidade de vida destas, deve ter maior abrangência. Com essa concepção, é interessante observar que, por meio dos investimentos do PSE, os educandos são estimulados a assumir para si a necessidade de conduzir suas condutas e as dos outros conjuntamente com o Estado. Devem saber se autogovernar, devem ser capazes de gerir suas vidas de forma independente da possibilidade de provimento que o Estado futuramente possa disponibilizar.

Voltando as formas neoliberais de governar, o neoliberalismo norte-americano, “[...] é toda uma maneira de ser e de pensar. É um tipo de relação entre governantes e governados, muito mais que uma técnica dos governantes em relação aos governados” (FOUCAULT, 2008a, p. 301). Foucault (2008a) aborda o neoliberalismo americano pela Teoria do Capital Humano (que abordarei um pouco mais no Capítulo 5) e o problema da delinquência, no qual

³⁷Estilo de vida que entendo ser determinado pela compreensão que se tem de saúde e doença, que pode ter várias significações, conforme cada indivíduo.

³⁸Segundo o PSE, esse todo corresponde ao território, pois “um território é composto de pessoas, seus deslocamentos, ocupações e expectativas e de espaços públicos e privados, que chamamos de infraestrutura consolidada na interação das relações sociais” (BRASIL, 2010b, p. 19). Assim, ao abordar o PSE e referir-me a território, estarei me reportando a essa citação.

não me deterei.

Foucault (2008a) diz que o neoliberalismo não é entendido como uma possibilidade política, pois tem uma ampliação multiforme, em que os fenômenos não-econômicos, dentre eles, as relações sociais, a taxa de natalidade e de mortalidade e a família, passam a ser considerados, corroborando o processo econômico. Desse modo, conforme Foucault (2008a), o neoliberalismo se estabelece como princípio de inteligibilidade das relações sociais e de comportamentos individuais e sociais, com a intenção de firmar um Estado mais econômico e produtivo.

Segundo o autor (2008a), o neoliberalismo converte os elementos não-econômicos ou, melhor dizendo, os relacionados ao comportamento humano, para efetivar as análises econômicas. Assim, a economia deve ser entendida, percebida como a ciência de análise do comportamento humano, uma estratégia para direcionar as atividades dos sujeitos. Enfim, na lógica neoliberal, é pensado um modo de governo que consiga gerenciar o comportamento dos governados para estes se tornarem sujeitos economicamente ativos, competitivos, comprometidos consigo, com os outros e com o Estado.

As políticas de disseminação de saúde na educação são fundamentais para a reestruturação do padrão de desenvolvimento assumido pelo País desde a década de 1990, pois “as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens e adultos da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público” (BRASIL, 2011a, p. 17). O PSE, nessa lógica neoliberal, busca investir nos educandos tanto na parte física quanto no nível psicológico, “recoloca[ndo] o sujeito no centro do paradigma do cuidado, compreendendo-o nas dimensões física, psicológica, social e cultural” (ibidem, p. 37). Dessa forma, interfere no seu modo de ser, agir e relacionar-se, agindo para proporcionar “melhoria da qualidade de vida da população brasileira” (ibidem, p. 5). Nesse sentido, percebo que, talvez como em nenhuma outra época, a vida e o corpo das pessoas estão sendo subjetivados por muitas estratégias de governmentação que vêm regulando comportamentos em relação à sua vida e aos demais.

O neoliberalismo tem como foco a economia, então, o sujeito deverá ter comportamentos, hábitos e estilo de vida dentro de certa lógica econômica. O PSE se estabelece como estratégia neoliberal para atuar no social, pois “privilegia a dimensão educativa do cuidado à saúde, do cuidado de si, do outro e do ambiente” (BRASIL, 2013a, p. 9). Com essa perspectiva, o educando tem condições de minimizar os riscos que, de alguma maneira, possam acometê-lo ou, por extensão, atingir a comunidade - ele pode, enfim, ser um

indivíduo empreendedor. Segundo Foucault (2008a, p. 197), solicita-se que cada indivíduo da sociedade garanta a “si mesmo contra os riscos que existem, ou também contra os riscos da existência, ou também contra essa fatalidade da existência que são a velhice e a morte”. A responsabilidade é repassada para cada um assumir a gestão da sua vida, contra qualquer incidência de risco, para aumentar sua longevidade.

O Programa refere que “é importante ter compromisso com a produção de autonomia e de autocuidado dos escolares” (BRASIL, 2013a, p. 9). O intuito é constituir sujeitos autoconscientes e autorreguladores para que controlem os seus comportamentos, internalizando verdades sobre saúde a fim de aumentar a responsabilidade individual e social. Desse modo, o sujeito pode dispor de mais condições de saúde para ter maior produtividade, ou seja, ser um sujeito com uma participação mais ativa na economia e ser interessante para o crescimento do Estado. Esse sujeito, obviamente, está comprometido no sentido de não se tornar um ônus aos cofres públicos, de não ser dependente por ter uma doença, principalmente se esta for de ordem preventiva.

As ações de promoção de saúde na escola poderão desonerar o Estado do compromisso com a saúde da população futuramente, além de potencializarem a capacidade de produção, de consumo e da circulação da economia. Enfim, é preciso que os sujeitos “saibam tomar conta de sua vida, que sejam capazes de se responsabilizarem pelo seu próprio bem-estar e pela sua produtividade” (SARAIVA, 2013, p. 170), que saibam gerenciar a sua própria vida e estejam comprometidos também com o desenvolvimento do Estado.

Percebo um Estado que, por meio do PSE, entre outras ações, direciona recursos financeiros (bens e serviços, ou melhor, recursos humanos e materiais) à comunidade escolar para reforçar, modificar, conduzir o comportamento dos educandos, com a intenção de obter futuramente retorno econômico desses investimentos.

Reconheço que os sujeitos produzidos nessa lógica (neo)liberal de concepção de prevenção e promoção da saúde poderão apresentar menos problemas de saúde no futuro – ser mais saudáveis – e, desse modo, ser mais produtivos. É importante perceber que essa proposição de saúde na escola se gesta, se organiza e se implementa na atualidade, em um período tido e reconhecido como neoliberal, destacando-se que o deslocamento nas racionalidades econômicas liberais/neoliberais foram contributivos para a produção dessa necessidade no presente.

A partir de algumas demonstrações que desenvolvi neste capítulo, destaco a

necessidade de apresentar no próximo capítulo a importância que a instituição escolar vem assumindo na atualidade com relação às práticas de saúde, trazendo resumidamente as formas como as ações de saúde no Brasil vão adentrando nessa instituição e a relação desta com a biopolítica.

4 ENTRECruzamento entre ESCOLA – SAÚDE – POLÍTICA

Quadro 8 – Ênfase na Relação escola-saúde- políticas

A relação entre os setores de Educação e de Saúde possui muitas afinidades no campo das políticas públicas por serem baseados na universalização de direitos fundamentais e com isso favorecem maior proximidade com os cidadãos nos diferentes cantos do país (BRASIL, 2009b, p. 7).

A escola é um importante espaço para o desenvolvimento de um programa de educação para a saúde entre crianças e adolescentes. Distingue-se das demais instituições por ser aquela que oferece a possibilidade de educar por meio da construção de conhecimentos resultantes do confronto dos diferentes saberes: aqueles contidos nos conhecimentos científicos veiculados pelas diferentes disciplinas; aqueles trazidos pelos alunos e seus familiares e que expressam crenças e valores culturais próprios; os divulgados pelos meios de comunicação, muitas vezes fragmentados e desconexos, mas que devem ser levados em conta por exercerem forte influência sociocultural; e aqueles trazidos pelos professores, constituídos ao longo de sua experiência resultante de vivências pessoais e profissionais, envolvendo crenças e se expressando em atitudes e comportamentos (BRASIL, 2009b, p. 15).

Fonte: Brasil, 2009b

Escolho abrir esta discussão com esses excertos para problematizar as formas de captura e de governamento estabelecidas por meio da *maquinaria escolar* para disseminar ações de saúde na sociedade. A noção de maquinaria escolar é defendida por Varela e Alvarez-Uria (1992). Veiga-Neto (2002) refere que, entre a instituição escolar e a sociedade, existe uma relação de imanência, ou seja, ambas estão interligadas a ponto de qualquer mudança no âmbito de uma provocar alteração na outra. O Estado, sabendo dessa interdependência e sendo o principal agenciador dos serviços públicos de educação escolar e de saúde ofertados à população, principalmente para as mais pobres, utiliza como ponto de ligação os direitos humanos fundamentais. Ao estabelecer essa aproximação desses serviços, refere que os educandos têm direitos e deveres (BRASIL, 2011a) e assim consegue mais poder para atuar na saúde dos cidadãos nos mais diferentes cantos do Brasil. Essa aproximação vem acontecendo ao longo dos tempos, no sentido de a escola estar sendo utilizada para ações de saúde para atingir a população, principalmente a mais vulnerável.

A escola, como o segundo excerto afirma, é considerada a principal fonte de construção de saberes, nem sempre adequados, completos, significativos, por serem provenientes de vários locais e indivíduos. Essa instituição é a principal encarregada de realizar uma filtração dos saberes a serem distribuídos, com o direcionamento do Estado. Digo isso porque, como veremos no Capítulo 5, entre as ações, está preconizada a “educação permanente de diversas naturezas, junto aos(às) professores(as), merendeiros(as), agentes comunitários de saúde, auxiliares de enfermagem, enfermeiros(as), médicos(as) e outros

profissionais das escolas e das equipes de Saúde”(BRASIL, 2009a, p. 18), para que “haja certa uniformidade de discurso no sentido de promover educação em saúde” (BRASIL, 2009b, p. 28). O educando da escola pública, como centro de atuação de todos esses agentes, será mais facilmente capturado para incutir, transformar e reforçar os comportamentos e atitudes que o Estado deseja a fim de proporcionar uma maior gestão de sua vida e, por conseguinte, da família e da comunidade.

Desse modo, quanto mais se atua junto ao educando, mais este vai direcionar seu pensamento, conduta e escolhas conforme é preconizado. Como destaca Veiga-Neto (1996, p. 18), “nossas escolhas não são livres porque nossos pensamentos não o são. Nossos pensamentos estão conformados pelos discursos que nos cruzam desde sempre”. As ações devem atingir a mente, a alma desses educandos e, conseqüentemente, dessa população. Além das técnicas disciplinares que agem sobre o corpo do educando, são exercidas as técnicas biopolíticas, que atuam sobre o corpo-espécie da população desse território de abrangência da escola, para uma busca incessante de saúde.

Bauman (2003) afirma que atualmente vivemos numa batalha incessante contra doenças, o que gera uma enorme preocupação no sentido de cuidar da saúde. A saúde é estabelecida como uma meta a ser alcançada, adquirida. Para isso, é importante que se adotem hábitos, costumes, comportamentos dentro de normas predeterminadas (BAUMAN, 2003). As ações em torno da saúde escolar estabelecem os riscos e as prevenções (como veremos no Capítulo 5), fazem os cruzamentos entre disciplinamento dos indivíduos e processos biopolíticos de normalização social da vida dessa comunidade.

Nas seções deste capítulo, procuro demonstrar como a escola se constitui nessa grande maquinaria indispensável para a gestão da vida desses tempos. A escola é o espaço que distribui verdades como instância ideal para a progressão na vida, para a disseminação e o controle das condições de saúde.

4.1 Escola moderna/ Contemporânea como espaço para a gestão da vida

Quadro 9 – Escola posicionada para gerir a vida

A escola é espaço de grande relevância para promoção da saúde, principalmente quando exerce papel fundamental na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres, o controle das condições de saúde e qualidade de vida, com opção por atitudes mais saudáveis (BRASIL, 2009b, p. 15).

A escola configura-se como excelente espaço para ações de promoção da alimentação saudável, em virtude de seu potencial para produzir impacto sobre a saúde, autoestima, comportamentos e desenvolvimento de habilidades para a vida de todos os membros da comunidade escolar (BRASIL, 2011a, p. 36).

Fonte: Brasil, 2011a

Os excertos acima demonstram, a meu ver, o destaque dado para a aproximação da escola com as ações de saúde para a produção de sujeitos que vêm sendo requeridos na Contemporaneidade. Ao trazê-los, tenho a intenção de mostrar como os adventos de situações na sociedade vão modificando algumas funções da escola. Entendo que as condições de vida da Contemporaneidade estão relacionadas com saúde e que esta, ao adentrar na escola, amplia, reforça sua abrangência e as formas de conduzir a população. No intuito de abordar a constituição da escola como intimamente relacionada com a sociedade, apoio-me nas abordagens de Veiga-Neto e na noção de *maquinaria escolar* defendida por Varela e Alvarez-Uría (1992). Minha intenção é abordar a instituição escolar como forma eficiente de captura e de condução das condutas da população para atingir a população, principalmente a mais vulnerável. Essa instituição torna-se uma eficiente maquinaria para disseminar ações de saúde, pois captura desde cedo muitos indivíduos e assim fica mais fácil conduzir essa população.

Veiga-Neto (2008a, p. 3) afirma que “a escola deve ser pensada não apenas como produzida pela sociedade em que se insere, mas também e ao mesmo tempo, como produtora dessa mesma sociedade que a produz” (2008a, p. 3). Essa instituição emerge por volta do século XVIII, quando os governantes direcionaram sua atenção do território para a população, surgindo a necessidade de se estabelecer ordem na sociedade, ou seja, de ensinar os indivíduos a se comportarem conforme regras e normas (VEIGA-NETO, 1996). A escola “não ia muito além de fazer uma intervenção na vida privada que se resumia em ensinar a ler e a escrever, fazer contas, falar bonito e argumentar convincentemente, tudo isso destinado a um pequeno percentual de privilegiados” (VEIGA-NETO, 1996, p. 248).

De acordo com Varela e Alvarez-Uría (1991), a escola seria a instituição que, ao longo dos tempos, foi sendo encarregada de controlar a população, “adestrando-a” conforme os moldes estabelecidos pelos interesses do Estado. Essa instituição, considerada a grande maquinaria disciplinar, funciona no comportamento humano organizando o tempo, o espaço, os discursos, os corpos e a sexualidade dos indivíduos (FOUCAULT, 1995); é a “maior encarregada pela ampla normalização das sociedades modernas” (VEIGA-NETO, 2000, p. 7), pois os saberes disciplinares mostram uma dimensão social na qual o indivíduo e a sociedade estão intimamente ligados.

A escola, conforme Deleuze, surge como causa imanente que “se atualiza em seu próprio efeito” (DELEUZE, 1991, p. 46 apud VEIGA-NETO, 2008a, p. 3), estando intimamente ligada à sociedade, “de modo que pensar qualquer mudança no âmbito da escola implica pensar como as coisas estão se passando no âmbito da sociedade” (VEIGA-NETO, 2007, p. 102). Veiga-Neto (2005) argumenta que a escola se torna essencial para a construção social, pois nela todos os indivíduos “passam ou deveriam passar grande parte da infância e juventude”; por esse motivo, é vista como uma “*instituição de sequestro*”. Ela consegue capturar esses indivíduos, e assim fica mais fácil conduzi-los, tornando-se natural ir à escola.

Julia Varela e Alvarez-Uría (1991, p. 1) destacam que a escola, apesar de ser uma instituição recente, com pouco mais de um século, é tão naturalizada pela sua “universalidade e eternidade” que faz com que seu “questionamento seja impensável e antinatural”. Os autores, ao problematizarem a naturalização da escola moderna, descrevem as condições sociais que permitiram seu aparecimento, entre elas, o estatuto da infância, a determinação de um espaço específico para seu funcionamento, um conjunto de especialistas para educar e a determinação da obrigatoriedade escolar pelos poderes públicos (VARELA; ALVAREZ-URÍA, 1991). O Estado, a fim de fortalecer-se, estabeleceu a obrigatoriedade escolar, ocasionando a ampliação e a captura dos indivíduos por meio dessa instituição escolar para moldar o educando.

A escola torna-se o espaço fundamental para que ocorram intervenções na vida da população, sendo referenciada como espaço de relações, “ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, na medida em que contribuem na construção de valores pessoais, crenças, conceitos e maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde” (BRASIL, 2011a, p.5). Compreendo que a escola é considerada tão importante para o processo educacional e o desenvolvimento do sujeito, “na formação do cidadão crítico, estimulando a autonomia, o exercício de direitos e deveres”, que a ela devem

ser atrelado os investimentos de saúde, “o controle das condições de saúde, “[...]com opção por atitudes mais saudáveis” (BRASIL, 2009b, p. 15) no intuito de propiciar um futuro com “qualidade de vida”.

Esse processo de incluir ações de saúde na escola é direcionado pelo Estado e fica perceptível quando ocorre a escolha de diferentes saberes e da profundidade dos conhecimentos ofertados na comunidade escolar para que ocorra a condução da população conforme os moldes requeridos. A disponibilização dos saberes de saúde nas escolas públicas por meio do PSE, descritos no Capítulo 2, conduz conforme a lógica do mercado emergente, isso é, para sermos mais dóceis, flexíveis, autogovernados, produtivos, competitivos, empreendedores, saudáveis, etc. Os princípios e comportamentos identificados pela racionalidade política como os fundamentais para a formação de uma sociedade almejada são estabelecidos por um conjunto de forças que selecionam quais conteúdos fazem parte do currículo escolar. O sistema determina o jogo de regras, a seleção de saberes que, mediante as práticas educativas, mais facilmente produzirão ou transformarão sujeitos em cidadãos, conforme a sociedade que se deseja alcançar (VEIGA-NETO, 2005).

Fundamentada nos estudos de Berticelli (2005), Silva (1999)³⁹ e Veiga-Neto (2005), pude perceber que o processo de seleção dos conteúdos e dos conhecimentos presentes nos currículos se desenvolve a partir de disputas, ou seja, jogos de poder que são essenciais para mobilizar modos de pensar, sentir e agir bastante específicos. “Em qualquer acepção que se tome o currículo, sempre se está comprometido com algum tipo de poder. Não há neutralidade nessa opção. Inclusões e exclusões estão sempre presentes no currículo” (BERTICELLI, 2005, p. 165). A partir desse entendimento, “as atividades em saúde a serem desenvolvidas dev[e]m fazer parte do projeto político-pedagógico escolar” (BRASIL, 2011a, p.13), pois têm uma intenção clara de atuação nessa instituição escolar para atingir o educando e a população.

Silva (1995, p. 202) refere que o currículo é uma das formas de governo da conduta humana, pois, “[...] enquanto produção de conhecimento por meio de relações sociais de poder, ao determinar quem está autorizado a falar, quando, sobre o quê, quais conhecimentos são autorizados, legítimos, o currículo controla, regula, governa”. Para essa maior efetividade da condução da conduta, “as atividades devem ser concebidas no projeto político-pedagógico de maneira sistêmica e ao longo de todo o calendário escolar” (BRASIL, 2011a, p.38). Assim,

³⁹Tomaz Tadeu da Silva elabora uma descrição mais complexa das teorias do currículo. Segundo o autor, “uma teoria do currículo deveria discutir, no mínimo, quatro questões centrais: a questão do conhecimento e da verdade; a questão do sujeito e da subjetividade; a questão do poder; a questão dos valores” (2003, s.p.).

as ações de saúde têm maior infiltração e multiplicam a sua eficiência na população.

Alfredo Veiga-Neto (2003) afirma que, “bem antes de funcionar como um aparelho de ensinar conteúdos e de promover a reprodução social, a escola moderna funcionou – e continua funcionando – como uma grande fábrica que fabricou – e continua fabricando – novas formas de vida” (p. 104). Nesse processo de constituição do indivíduo e da sociedade, o qual vem sendo fomentado pela racionalidade neoliberal, a escola na Contemporaneidade é tida como uma fonte que, mediante suas práticas pedagógicas, se destaca pelo importante papel de fabricação de sujeitos necessários para a sociedade atual.

O Estado, por meio de um jogo de poder (econômico e/ou político e/ou religioso), determina as políticas públicas que irão atuar na escola no intuito de gerar o tipo de sujeito⁴⁰ requerido. Isso é produtivo para o Estado, pois consegue, mediante certas estratégias, moldar determinado tipo de criança (BUJES, 2003). Segundo Veiga-Neto, “na medida em que a educação escolar nos molda precoce e amplamente, passamos a ver como naturais os moldes que ela impõe a todos nós” (2003, p. 104). Assim, no PSE, “as ações foram expandidas para as creches e pré-escolas” (BRASIL, 2013a, p. 5) e abrangem “todos os níveis de ensino”. Fica, portanto, mais fácil conduzir, moldar essa criança com as ações de saúde desde a mais tenra idade, ao se inculcitem-lhe condutas. Atitudes, valores morais e civis, dentre outros, pouco se possibilita que sejam questionados por essa criança, uma vez que vão sendo internalizados como naturais, ainda mais que serão estendidas a todos os níveis de ensino praticamente a mesmas ações, o que torna mais fácil governar. Assim, os sujeitos tem sua liberdade regulada, pois, são um produto das forças que compõem as políticas vigentes que direcionam a escola.

A formação do currículo não necessariamente pode ser analisada como boa ou ruim, mas é importante saber que por intermédio dele é que se desenvolvem, definem e orientam o sujeito e a sociedade. Oportunizam-se mudanças estratégicas na sociedade (BUGES, 2003), e, para tal, produzem-se verdades. “O currículo se transformou no eixo em torno do qual gravita a vida escolar e, por extensão, até mesmo boa parte da vida social” (VEIGA-NETO, 2004, p. 52). Por isso, segundo esse autor, a escola é convocada a “dar conta” dos problemas sociais, sendo o fio condutor utilizado para modificar a população, principalmente a mais pobre.

⁴⁰Segundo as discussões de Foucault, entende-se o sujeito a partir do significado: “sujeito [sujeitado] a alguém pelo controle e dependência, e preso à sua própria identidade por uma consciência ou autoconhecimento” (FOUCAULT, 1995, p. 235). Nessa linha, uso o termo “sujeito” por entender que “nos tornamos sujeitos pelos modos de investigação, pelas práticas divisórias e pelos modos de transformação que os outros aplicam e que nós aplicamos sobre nós mesmos” (VEIGA-NETO, 2005, p. 136).

O Estado, como instituição agenciadora dos setores saúde e educação, direciona políticas públicas principalmente para a população mais vulnerável socialmente, tida como o foco da pobreza, das doenças, dos riscos, a que precisa de investimentos “de forma a ampliar o alcance e o impacto de [...] ações relativas aos estudantes e suas famílias” (BRASIL, 2008a, p. 3). Sem esse “impacto”⁴¹, esses indivíduos considerados degenerados mantêm-se nessa situação e geram, possivelmente, descendentes também nessa condição, perpetuando esses problemas sociais, que não são interessantes para o Estado nem para a sociedade ao redor, por isso, merecem atenção daquele.

Desse modo, a escola é apresentada pela “grande relevância para promoção da saúde”, pois tem papel fundamental no “exercício de direitos e deveres” (BRASIL, 2009b, p.15). O Estado, ao prover o direito à educação e à saúde conjuntamente, cria o PSE, e assim produz um sujeito cidadão, capaz de exercer seus direitos e deveres para com o Estado, ou seja, por meio da escola, o educando tem seus direitos garantidos e torna-se responsável por auxiliar o Estado nas modificações necessárias no contexto social. Para atingir vários objetivos em nível individual, coletivo e no meio, utiliza o termo *promoção da saúde*.

Castiel (2004) diz que a promoção da saúde é vista como estratégia para transformações sociais mais profundas, então, a partir de políticas públicas com ação intersetorial, se estabelece maior relação entre cidadãos e o Estado. O PSE destaca a promoção de saúde em seu discurso, conferindo aos educandos o sentimento de serem cidadãos integrantes deste País com plenos direitos e deveres em relação ao Estado (BRASIL, 2011a). Direitos concernentes à saúde, à educação; ao serem providos por políticas públicas, conferem à criança a posição de cidadã desde a mais tenra idade, induzindo o protagonismo e a autonomia (ação essencial do componente II, destacado na segunda figura, Capítulo 2). Uma das finalidades é demonstrar que a cidadania é estabelecida conforme o educando segue as orientações, as regras, as normas de saúde instituídas pelo Estado. Para se alcançarem os cuidados de saúde, necessita-se aceitar essa forma de governo, pois quem precisa de cuidados de saúde, por um lado ou por outro, é capturado pela ação do Estado, e sua conduta fica visível. Digo isso porque o cartão do SUS é um sistema de controle do cidadão que registra todos os dados levantados ou de atendimento público da área médica, odontológica, psicológica, farmacológica, etc., possuindo um cadastro único no Brasil, onde é possível visualizar todas as atividades desenvolvidas nesse cidadão ao longo de sua vida.

⁴¹Termo utilizado recorrentemente na política de saúde na escola, mas que, segundo o *Dicionário Aurélio*, significa “metido à força, choque”. Desse modo, as ações de saúde demonstram que sua influência deve ser decisiva ao propor sua atuação.

Quanto aos deveres para com o Estado, o cidadão deverá esforçar-se para maximizar as suas condições de vida, por meio do “cuidado de si e do outro e do meio ambiente” (BRASIL, 2013a, p. 9), sendo esperado que tais investimentos propiciem maior longevidade e, com isso, um cidadão mais produtivo. Esse sistema atual de saúde e educação⁴² tem um sistema de vigilância dos educandos e controle dos que não estão dentro dos padrões estabelecidos, os quais se sentem em “dívida” se não alcançam certo patamar estabelecido pela sociedade. Lazzarato (2011) diz que o neoliberalismo transformou os direitos sociais em dívidas sociais e menciona esse tipo de sujeito como *homem endividado*.

Essa dívida, segundo o autor, não está relacionada com a situação financeira, mas está baseada na condição moral, no sentido de o sujeito sentir-se em dívida com o Estado, devido aos investimentos destinados a cada educando e à sua família e comunidade. Lazzarato (2011, p. 81) diz que “o usuário transformado em ‘devedor’, em contraste com o que se passa nos mercados financeiros, não deve reembolsar em dinheiro local, mas em comportamentos, atitudes, maneiras de agir, projetos, engajamentos subjetivos”. Com o PSE, “aumentamos o compromisso dessa comunidade com o enfrentamento das vulnerabilidades sociais”, assim, os sujeitos podem “fazer uma reflexão acerca dos problemas da comunidade e propor ações para resolvê-los, a partir de suas perspectivas” (BRASIL, 2011, p. 16 e 17).

Essa comunidade usuária do PSE é responsabilizada pelo auxílio nos problemas enfrentados, ficando na “dívida” de propor ações, mesmo que a saúde e a educação sejam tidas como direito social. Lazzarato (2011, p. 103) refere que o “reembolso da dívida corresponde a uma normalização dos comportamentos e a uma conformidade com as normas de vida estabelecidas”. Assim, o funcionamento do PSE se traduz numa estratégia da governamentalidade neoliberal.

Foucault (2008a) diz que o neoliberalismo é uma forma de vida. No curso proferido em 1979, *O Nascimento da biopolítica*, o autor explica que a ação do Estado no neoliberalismo se dá pelas intervenções no social, e não pelas intervenções econômicas. Nesse viés, a política de saúde seduz e provoca todos a participarem do jogo para a busca de melhores condições de vida, para aumentar a qualidade de vida.

A expressão “qualidade de vida” tem um significado muito amplo. Conforme cada ser individual ou social, pode ter um parâmetro, uma concepção, dependendo de seu

⁴²O sistema de educação tem todo um sistema também de vigilância e controle nas mais determinadas instâncias, desde as destinadas à criança, ao escolar, até a própria instituição escolar, universidades, etc. estão dentro desse sistema, com vários processos de avaliação e adequação. Vou abordar no capítulo cinco sobre a vigilância e controle dos educandos nas escolas com o PSE.

conhecimento, região e cultura, entre outros. A importância do conhecimento sobre saúde adquirido na escola é capaz de modificar a realidade do sujeito por meio do “controle das suas condições de saúde e qualidade de vida” (BRASIL, 2011a, p. 36). O Estado, nos discursos, prega a qualidade de vida, sendo este um dos termos que mais se observam nos materiais, apontado como o ponto máximo para se atingir. A palavra seduz, e assim o Estado consegue atuar, conduzir esse público mais pacificamente. Embora o IDH⁴³ meça o nível de qualidade de vida, ao avaliar três variáveis (educação, longevidade e PIB per capita), não acredito que somente os três índices possam avaliar toda a noção de qualidade de vida das pessoas. Creio que essa concepção pode ser modificada e que as ações de saúde possam ir além de proporcionar a longevidade das pessoas, minimizando os riscos.

As ações de saúde na escola não deixam de ser novas estratégias de poder que, centradas no corpo dos indivíduos, implicam mudanças e criação de verdades, no intuito de disseminar conhecimento de saúde na sociedade em que se inserem. Saraiva (2013) afirma que a escola está sendo direcionada para a gestão de risco social, com incorporações de temas relacionados à educação sexual, nutricional, em saúde, empreendedorismo e financeira, por exemplo. Esse papel designado para a escola visa à minimização dos riscos ao produzir sujeitos “gestores dos seus riscos e, eventualmente, dos riscos de sua família e comunidade” (ibidem, p. 169). Os sujeitos são chamados a perceber seus riscos e alterar comportamentos.

Vejamos um exemplo em que a escola é tida como “excelente espaço para ações de *promoção da alimentação saudável*, em virtude de seu potencial para *produzir impacto sobre a saúde, autoestima, comportamentos* e desenvolvimento de habilidades para a vida de todos os membros da comunidade escolar...” (BRASIL, 2011a, p. 36, grifos meus). Nas avaliações, tanto a inicial quanto as anuais, os profissionais de saúde, com os dados em mãos, alimentam um dos sistemas de vigilância, o Sistema de Gestão Federal/Estadual da Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN). Ao inserirem-se as medidas antropométricas (peso e altura) nesse Sistema, este indica o índice de massa corporal (IMC) e quanto o corpo está ou não adequado aos parâmetros considerados aceitáveis. Quando o índice de massa corporal (IMC) está inadequado, ou seja, o peso está desproporcional à estatura, esse fato é visto como sinal negativo (anormal) para a boa condução da vida; assim, os pais ou responsáveis são chamados

⁴³O IDH é uma medida comparativa usada para classificar os países pelo seu grau de "desenvolvimento humano" e para ajudar a classificar os países como desenvolvidos (desenvolvimento humano muito alto), em desenvolvimento (desenvolvimento humano médio e alto) e subdesenvolvidos (desenvolvimento humano baixo). A estatística é composta a partir de dados de expectativa de vida ao nascer, educação e PIB (PPC) per capita (como um indicador do padrão de vida) recolhidos em nível nacional. Cada ano, os países membros da ONU são classificados de acordo com essas medidas. <http://pt.wikipedia.org/wiki/%C3%8Dndice_de_Desenvolvimento_Humano>. Acesso em: 18 jan. 2015.

para, conjuntamente com a escola e a unidade de saúde, realizar o acompanhamento para normalização. O educando toma conhecimento de seu estado, é orientado sobre sua condição e passa a ser convocado a tornar-se um sujeito dentro dos padrões estabelecidos.

Por exemplo, um educando identificado como acima do peso na avaliação inicial ou anual é um corpo em desajuste; assim, são-lhe transmitidas informações sobre quantidade e tipo de alimentação, exercícios físicos, entre outras coisas, pois há uma cultura de que indivíduos acima do peso são menos ativos, produtivos e saudáveis. Todo um conjunto de ações é direcionado a ele no sentido de restabelecer, manter o peso, pois é considerado com pouca força de vontade. Nesse caso, os pais recebem orientações sobre alimentação, atividades físicas, normas etc.

Há uma relação, nos discursos de obesidade e/ou acima do peso, com o não ser saudável, pois temos uma quantidade enorme de informações sobre o quanto os riscos à saúde (CASTIEL, 2010) que isso representa, como se um corpo dentro do IMC fosse o maior símbolo de saúde. Ao identificar-se a situação de sobrepeso, tenta-se “impactar”, normalizar esse corpo desajustado, sendo destacado que isso é para ter bem-estar, ser mais saudável, não ter doenças, ter mais imunidade, ter mais agilidade. Esse conjunto de atividades para normalizar, impactar, pode afetar a vida das pessoas tanto positivamente quanto negativamente. Em termos positivos, nem preciso citar muitos exemplos, pois estão sendo destacados cotidianamente, estampados nas revistas e jornais, ressaltando-se o bem-estar, a alegria, a agilidade, mais vontade de comprar roupas, tornar-se mais sexy, etc. O tentar ser normal pode impactar, desencadear desajustes no nível psicológico e físico, culpabilização pela sua condição, anorexia, anemia, bulimia, tristeza, raiva, ansiedade, etc., mas vivemos num mundo competitivo, em que vigiar, controlar, normalizar, manter os níveis de segurança, dentre outros, é algo importante cotidianamente. Todavia outras condições podem determinar essa situação de sobrepeso, como o fator genético ou metabólico, a alimentação.

Os considerados anormais acabam possivelmente se empenhando para atingir os parâmetros ideais. Na maioria dos casos, o sucesso desse sujeito é visto como advindo de sua força interna, mesmo que muitos estão ao seu redor falando a mesma coisa, regulando, conscientizando. Essa busca por ser normal, enfim, é “a maneira pela qual o indivíduo estabelece sua relação com essa regra e se reconhece como ligado à obrigação de pô-la em prática” (FOUCAULT, 1984, p. 27). O PSE almeja esse modo de internalizar saberes e de agir sobre si, para que cada um busque estar dentro do normal, com a menor intervenção possível, ou seja, para que o cidadão se autorregule.

A amplitude da obrigatoriedade do Estado de ofertar espaço para educação desde a creche aumenta a captura do sujeito; assim, o governo pode vigiar mais pontualmente o educando e disciplinar gestos, comportamentos, hábitos. A avaliação de saúde no PSE coleta dados que entram nos cálculos do Governo. O Estado vem determinando o que cada educando deve *saber* para *poder* efetivar-se como cidadão, com uma possibilidade mais próxima de ter um corpo saudável e de ser mais produtivo e competitivo no mundo. A educação escolar desde tenra idade determina a produção de certos tipos de sujeitos, pois

O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadriha, o desarticula e o recompõe. Uma “anatomia política”, que é também igualmente uma “mecânica do poder” [...]; ela define como se pode ter domínio sobre o corpo dos outros, não simplesmente para que façam o que se quer, mas para que operem como se quer, com as técnicas, segundo a rapidez e a eficácia que se determina. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos “dóceis”. (FOUCAULT, 2008b, p. 118-119).

Entendo a escola “como uma maquinaria capaz de constituir nossas subjetividades para algumas formas muito particulares de viver socialmente o tempo e o espaço” (VEIGA-NETO, 2003, p. 107). Essa maquinaria escolar organiza o tempo/espaço, disciplina corpos, vem cada vez sendo mais atrativa, principalmente para que os indivíduos sejam capturados e conquistados por práticas curriculares de “docilidade” e de “flexibilidade”⁴⁴. É destacado que, além dessa

[...] instauração de uma cognição normatizada e de um corpo útil e dócil, é sabido também que a educação escolar presta-se a algumas outras funções complementares segundo a lógica estatal de governar uma população: alfabetiza (as leis do Estado são escritas), inculca hábitos de saúde e higiene, faz despertar um necessário sentimento patriótico (as glórias geográficas, as glórias históricas, os heróis nacionais), naturaliza uma moral (científica, religiosa, cívica), e produz, sobretudo, um processo de diferenciação social no interior mesmo da lógica da homogeneização das massas (notas, títulos, distinções de grau, qualificações e certificações). (CAMARGO, 2012, p. 20).

Essas funções vão além das antigas estratégias de educar, corrigir, curar e punir, estando “articuladas a outras, de âmbito social e políticas, no sentido de regular a vida e a conduta das crianças, por meio de ações direcionadas às suas capacidades físicas, mentais e psicológicas” (SANTOS, 2004, p. 39). É nesse contexto que a escola Contemporânea tem sido considerada um espaço estratégico de gestão de vida. Conforme Veiga-Neto (1996, p. 249), o

⁴⁴Flexibilidade: do aluno dócil ao aluno flexível. “O indivíduo dócil, outrora forjado nas carteiras escolares, onde as regras de escolarização eram claramente definidas – conforme uma autoridade hierárquica e centralizada – cede lugar a um indivíduo flexível, engendrado em inúmeros impulsos momentâneos, onde não há fronteiras fixas e regras claras” (VEIGA-NETO; MORAES, 2008, p. 9).

processo de escolarização pode ser entendido como “a colocação em marcha de um conjunto de tecnologias (ambiente escolar, conteúdos disciplinares, currículo, etc.) destinadas a produzir cada vez maiores contingentes do novo tipo de indivíduo que os novos tempos passam a exigir”. A escola constitui os sujeitos para serem desta ou daquela maneira, conforme são estabelecidos os modelos para ela atuar, e um exemplo disso está na entrada de outros profissionais nessa instituição.

Ao serem capturados pela escola, os educandos deparam-se com outros personagens (pedagogos, médicos, enfermeiros, psicólogos, entre outros profissionais), possuidores de diferentes/outros saberes (discursos), que irão mobilizá-los com novos conhecimentos, na maioria das vezes, conforme o Estado determina (BRASIL, 2011a). Essas outras relações de *saber* e *poder* que vêm conjuntamente com esses profissionais conduzem, dirigem, condicionam a conformação de novos comportamentos para que futuramente se tornem mais produtivos.

Essas situações presenciadas atualmente buscam garantir a minimização de riscos para os indivíduos e para a comunidade. A política educacional que amplia a incorporação de programas nas escolas é influenciada por fatores socioeconômicos, políticos e culturais, exigindo das instituições diversas ações pedagógicas, administrativas, financeiras, materiais e de recursos humanos. A escola, além de seu compromisso com o ensino, age na formação para a cidadania, na responsabilidade social, na prevenção de riscos e nas práticas assistencialistas.

Na próxima seção, faço um levantamento histórico de alguns fatos que acredito que sejam interessantes sobre a entrada da saúde nas escolas no Brasil até a criação do Programa Saúde na Escola, elencando os movimentos dessa ampliação, pois é importante observar o movimento das práticas discursivas, dos saberes e ações, assim como a captura desses discursos pela escola.

4.2 Histórico das práticas de saúde na escola brasileira

Colocar o presente na origem é o mesmo que colocar a carreta na frente dos bois: querer encontrar pronto no passado aquilo que é próprio do presente e que se engendrou num quase sempre complexo processo histórico. [...] Nunca o presente pode ser o tribunal do passado. Assim, estudar a emergência de um objeto – conceito, prática, idéia ou valor – é proceder à análise histórica das condições políticas de possibilidade dos discursos que instituíram [...] tal objeto. Não se trata de onde ele veio, mas como/de que maneira e em que ponto ele surge. (VEIGANETO, 2005, p. 60-61).

Nesta seção, realizo uma breve retomada histórica no contexto brasileiro, abordando a articulação entre a saúde e a educação escolar. Ao longo da história da educação escolar brasileira, observa-se um alargamento do saber em saúde na escola. Tendo sido inicialmente considerado uma possibilidade, com o passar do tempo, foi sendo aceito por uma grande maioria como uma obrigatoriedade. Ênfase que tanto a “Educação” quanto a “Saúde” vão se constituindo como um direito humano básico e universal.

Poderemos ver a intervenção na população a partir das constatações de “problemas”, eventualidades, quando o Estado procura intervir mediante políticas públicas, no sentido de “fazer viver” e de normalizar. Essa noção é tensionada por Foucault (1997) por meio dos conceitos de biopoder e biopolítica, que serão desenvolvidos na seção seguinte. Outro fato que percebo é a rede de saber e de poder sobre a medicalização da vida, ou seja, por intermédio dos saberes da medicina, o indivíduo e, conseqüentemente, a população são percebidos e almejados com o propósito de constituir uma sociedade a partir do controle sobre o biológico e a consciência.

O marco da política de atenção à saúde escolar, segundo afirmam Figueiredo, Machado e Abreu (2010, p. 398), ocorre no final do século XVIII e início do século XIX, quando o médico alemão Johann Peter Frank, em 1779, “elaborou o System einer Vollständigen Medicinischen Politizei, que ficou conhecido como Sistema Frank”. Segundo esses autores, tal fato deu a Frank o reconhecimento como pai da saúde escolar. Nesse sistema da medicina, constava o atendimento escolar e a supervisão das instituições educacionais. Abordavam-se o planejamento da prevenção de acidentes, higiene mental, programas de atividade física (atletismo), iluminação e ventilação das salas de aula (ibidem).

Segundo Barbosa (2012), até meados de 1800, não existiam profissionais da medicina no Brasil para atender a população. Todavia, a vinda da família real oportunizou vários avanços no campo da saúde, educação, economia e cultura, marcando o início da era sanitária⁴⁵ no País. Em um contexto destacado como insalubre, ocorre a tomada de posição política, ética e estética sobre uma vida dependente de um soberano, que determina qual e em que condições esta vida deve ser preservada (FOUCAULT, 2002). Deu-se, então, a proliferação de investigações sobre os hábitos e costumes da população, a situação sanitária dos portos e a saúde dos imigrantes, a higiene infantil e as possibilidades de eugenia ou

⁴⁵Para maiores informações sobre a era sanitária no Brasil, a vigilância sanitária, compradores de rato, revolta da vacina, brigadas de mata mosquito, etc., ver <http://www.anvisa.gov.br/propaganda/manual_visaescola_professores.pdf>. Acesso em: 15 jan. 2015.

“branqueamento” do povo brasileiro, etc. O discurso higiênico esteve presente nesse processo de modernização, auxiliando na transformação política e econômica do Brasil.

Valadão (2004) diz que os primeiros estudos sobre saúde escolar no Brasil iniciaram em 1850, sendo voltados principalmente para a questão de comportamentos e hábitos considerados saudáveis. Na época, afirmam Figueiredo, Machado e Abreu (2010), havia uma alta taxa de mortalidade da população brasileira, e as crianças eram as principais vítimas devido a desnutrição, diarreias e outras doenças, o que coincide com o surgimento das cidades e aglomerações de pessoas. A partir dessa constatação, foi preciso investir nas causas prováveis das doenças que atingiam a população, principalmente as infectocontagiosas (febre tifoide, febre amarela, peste bubônica, varíola, entre outras), e estabelecer certo equilíbrio. Barbosa (2012) informa que essa interferência na saúde da população foi possível pela aproximação entre médicos e políticos na época.

Segundo Iervolino (2000, p. 32), “em 1889, o ministro do Império, Conselheiro Ferreira Vianna, instituiu a ‘Inspeção Higiênica’, baseada no modelo alemão de ‘Polícia Médica’, onde constavam as primeiras medidas do ‘Serviço de Higiene Escolar’, instituindo o marco inicial da Saúde Escolar no Brasil”. Para Gondra (2004), os médicos, a partir dos saberes sobre higiene, passaram a definir regras para a organização e funcionamento da escola, bem como de outros locais, como um meio de intervir na sociedade brasileira, normatizando os indivíduos, a população e os espaços. O autor destaca que houve uma tentativa de “domínio da medicina” sobre disciplinas e práticas destinadas à sociedade. Rocha (2003), com o livro *A Higienização dos costumes: Educação escolar e saúde*, diz que os discursos e estratégias colocam a “educação sanitária em primeiro plano, deslocando os conhecidos métodos de policiamento sanitário para modernos métodos de persuasão”, uma vez que, “por meio das crianças, procurava-se, desse modo, atingir suas famílias, ensinando-lhes um padrão de vida civilizado, expresso em práticas desejáveis de asseio pessoal e do vestuário, higiene do lar, alimentação e cuidado com os filhos” (ROCHA, 2003, p. 43). Assim, percebe-se a relação de saber com o poder e a criação de “verdades” – um determinado tipo de conhecimento referenciado, utilizado para intervir. Em acordo com os estudos foucaultianos, observa-se que não existem verdades absolutas, mas que somos produzidos, ou seja, sujeitados a acreditar nas verdades, conforme são difundidos os conhecimentos, sendo que, cada vez mais, na área da saúde, percebemos mudanças de verdades.

Vilela (2011) aponta que o conhecimento científico dos médicos os amparava na intervenção mais direta na escola e na vida dos alunos, inclusive nas questões mais pedagógicas. Com base na Psicologia como ciência, instituía-se o caráter de cientificidade, pois esse campo tem a capacidade de “ensinar sobre a natureza da criança e, por essa via, de responder às questões que dizem respeito às formas de ensinar, evitando os maus hábitos e inculcando os bons” (ROCHA, 2005, p. 30). Assim, é perceptível a utilização de ações físicas e comportamentais no sentido de normalização, vigilância e saneamento da sociedade, e os alunos tornaram-se o objetivo principal para atingir uma população ideal e saudável, possibilitando uma modificação “nos métodos e processos de ensino e na formação dos professores”, pois a pedagogia deve ter fundamentação do saber médico para uma formação de consciência sanitária (ROCHA, 2005, p. 30).

Apesar de a primeira “ficha de observação” do escolar ter sido criada em 1890, não foi utilizada, pois nessa época somente era realizada a inspeção no ambiente escolar brasileiro (IERVOLINO, 2000). A intenção da introdução dessa ficha escolar já demonstra naquela época a preocupação com a saúde e, conseqüentemente, com a vida do escolar e da população, tendo-se o intuito de obter um conhecimento do indivíduo e da população brasileira. O Estado estabeleceu a “Inspetoria Médica Escolar” para ter conhecimento das condições de saúde dos envolvidos com o ensino, definindo as normas sociais para professores e alunos e as condições de salubridade das escolas (FIGUEIREDO; MACHADO; ABREU, 2010).

Vilela (2011, p. 181) analisou os discursos do Governo Vargas e de médicos no período do Estado Novo – com instauração de várias políticas sociais –, época em que ocorreu o 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar (1941). Esse autor identifica como é enfatizada a “premência de se regenerar a população, de fortalecer a raça utilizando-se como instrumento a educação” (VILELA, 2011, p. 185). Segundo ele, na época, o Governo intensificou as campanhas de combate às grandes endemias (lepra, tuberculose, malária entre outras), “dividindo sua responsabilidade com o povo” (VILELA, 2011, p. 185). O autor refere que os discursos higiênico-eugênicos já estavam consolidados na escola. Foucault (2002) diz que, na sociedade disciplinar, com suas práticas higienistas e o desenvolvimento do capitalismo, cresce a expectativa sobre os indivíduos miseráveis, que devem tornar-se corpos de produção de força de trabalho.

Nota-se que a aproximação do Estado e da medicina não era só com a escola; o propósito está na configuração da população. Essa transformação não deveria destinar-se

exclusivamente à educação escolar. O importante era “produzir trabalhadores fortes, saudáveis e ordeiros” (ROCHA, 2003, p. 45). Como afirmou Foucault (2007, p. 198), “os traços biológicos de uma população se tornam elementos pertinentes para uma gestão econômica e é necessário organizar em volta deles um dispositivo que assegure não apenas a sua sujeição, mas o aumento constante de sua utilidade”.

Segundo Weber (2006, p. 37), o ideal preconizado era o de escolas fora da cidade, onde haveria menos insalubridade, ficando mais fácil a organização da rotina, práticas e hábitos. O desenvolvimento das faculdades físicas, morais e intelectuais possibilitaria um apurado conhecimento, controle e intervenção nos indivíduos, efetivando-se as práticas de subjetivação escolares. Essas intervenções são intensificadas pela assistência médico-odontológica, dados nutricionais e antropometria (LOMÔNACO, 2004), e cada vez mais os saberes da medicina entram no sentido de normalizar.

Somente na Constituição de 1934 implantaram-se a gratuidade e obrigatoriedade do ensino primário (primeiro estágio da educação escolar), quando o analfabetismo no Brasil era muito elevado (em 1920, era em torno de 71,2 %) (FERRARO, 2009). Então, na época, ainda sem muitos meios de comunicação, a educação para a saúde fazia-se necessária devido à grande porcentagem de analfabetismo. Outro ponto que já vinha sendo debatido no Brasil, inclusive sendo impresso o Boletim da Eugenia, era o desenvolvimento de uma consciência eugênica. Na Constituição de 1934⁴⁶, a escola deveria ser local de ensino, de higiene, de educação eugênica, orientada para o amparo social contra as doenças transmissíveis, a pobreza e o vício, que se alastravam pelo país (BRASIL, 1934). Percebe-se que se tratava de incluir os sujeitos no território brasileiro e exercer sobre eles determinadas intervenções com o objetivo de “sanear, moralizar e eugenicizar a família”⁴⁷ (STEPAN, 2005, p. 52), ou seja, havia práticas de normalização dos indivíduos.

Na década de 1950, segundo Mainardi (2010), o Governo brasileiro desenvolveu diversas iniciativas nas escolas, com a perspectiva de melhorar a saúde dos estudantes, prevendo-se dentista, orientador sanitário e merenda escolar (ibidem), esta instituída para atrair a criança pobre para a escola.

⁴⁶Na constituição de 1934, no artigo nº 138, as três esferas de governo eram incumbidas de assegurar o amparo ao desvalidos, estimular a educação eugênica, proteger a juventude contra toda a exploração; realizar higiene social; impedir a propagação de doenças transmissíveis; cuidar da higiene mental dentre outras. <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm>. Acesso em: 19 de jan. 2015.

⁴⁷Para ter mais informação sobre a eugenia, ver Stepan (2005), A Hora da eugenia: raça, gênero e nação na América Latina a partir do conceito desenvolvido por Francis Galton.

Barbiani (2008) diz que, em 1960, a escola amplia seu atendimento e monitoramento, com uso de equipamentos e de aparelhos de Raios-X, entre outros, para a detecção de doenças como a tuberculose, além de prover “tratamento especializado” para alunos com necessidades educativas especiais. Segundo os Cadernos de Atenção Básica Saúde na Escola (BRASIL, 2009b, p.7), “a saúde entrava na escola para produzir uma maneira de conduzir-se, de ‘levar a vida’, baseada no ordenamento dos corpos a partir da medicalização biológica e/ou psíquica dos fracassos do processo ensino-aprendizagem”.

Em vários momentos até agora descritos, percebe-se a intenção do Estado em aumentar a captura dos indivíduos na escola a fim de conduzir e intervir em suas vidas, assim conseguindo ampliar o conhecimento, a disciplina, a normalização e o controle da população, principalmente da mais pobre. Conforme Foucault (1997, p. 85-86),

E, para gerir essa população, é preciso, entre outras coisas, uma política de saúde que seja suscetível a diminuir a mortalidade infantil, prevenir epidemias e fazer baixar as taxas de endemia, intervir nas condições de vida, para modificá-las e impor-lhes normas (quer se trate da alimentação, do habitat ou da organização das cidades) e assegurar os equipamentos médicos suficientes.

Essas constatações de Foucault (ibidem, p. 86) quanto à “gestão das forças estatais” para gerir a população, serão desenvolvidas na próxima seção, onde trabalharei com a noção de biopolítica.

Monteiro (2012) diz que, a partir da promulgação da lei federal nº 5692, de 11/08/1971, a educação para a saúde – Programas de Saúde – passa a ser obrigatória nas propostas curriculares para a educação básica brasileira. O autor refere que, conforme o Conselho Federal de Educação, esses programas poderiam ter assuntos diversos, que não necessariamente deveriam ser desenvolvidos em todas as séries do 1º e 2º graus nem ser tratados em uma disciplina específica. Essa aleatoriedade repercutirá futuramente no caráter transversal que assumirá a saúde em 1997. Fernandes, Rocha e Souza (2004) dizem que, embora a saúde na escola tenha sido considerada obrigatória, não conseguiu estabelecer-se como uma prática contínua. Bonfim (2009) aponta que, apesar das teorias e leis que estabeleceram a saúde nas escolas, os conteúdos foram sendo direcionados para a disciplina de Ciências, ficando a cargo desses professores. Monteiro (2012) explica que, para o desenvolvimento desses programas, não se previa qualquer formação específica para os professores. Acredito que, por não se sentirem preparados, desenvolviam somente os assuntos específicos da sua área.

A Constituição Brasileira de 1988 proclamou que a saúde e a educação se constituem em um direito universal de todos, sendo dever do Estado⁴⁸ provê-las e incentivá-las conjuntamente com a sociedade, visando ao pleno desenvolvimento da pessoa para o exercício da cidadania e sua qualificação para o trabalho (BRASIL, 1988). Segundo Weber (2006), é perceptível a intervenção do Estado pela Medicina, uma vez que, com a criação do SUS, cabe ao Estado cuidar da saúde das pessoas. Assim se estabelecem diversas formas de participação e controle social.

O Programa Nacional de Saúde do Escolar (PNSE), criado em 1984, preconizava o atendimento das necessidades de saúde da população escolar, principalmente no que se refere à identificação e correção precoce das dificuldades visual e auditiva dos alunos (MENEZES; SANTOS, 2002). Segundo Santos (2004, p. 144), “o Ministério da Educação, por meio do Fundo Nacional do Desenvolvimento da Educação (FNDE), considerou as dificuldades visuais e auditivas como causadoras da evasão e de repetência escolar”, lançando então duas campanhas: Campanha Nacional de Reabilitação Visual “Olho no Olho” e a Campanha Nacional “Quem Ouve Bem, Aprende Melhor!”. O PNSE foi reformulado em 1995, passando a atender os municípios selecionados pelo Programa Comunidade Solidária por intermédio de dois projetos: o Projeto Cesta Saúde do Escolar (PCSE), que visava dotar a escola de produtos de higiene pessoal e de primeiros socorros, bem como de equipamentos corretivos (visual, auditivo, entre outros); e o Projeto de Assistência Integral à Saúde do Escolar (PAISE), que se destinava aos alunos da primeira série do ensino fundamental que residem em bolsões de pobreza das capitais (MENEZES; SANTOS, 2002).

Em 1996, a Lei de Diretrizes e Bases para a Educação Brasileira (Lei 9.394/96) não aborda especificamente a saúde nas escolas, mas indica a finalidade de pleno desenvolvimento do educando, subentendendo-se a inclusão da saúde. Em 1997, o Ministério da Educação e do Desporto (MEC) publicou os Parâmetros Curriculares Nacionais (PCNs), a serem implementados em todo o país. Os cadernos de Temas Transversais dos PCNs são direcionados ao ensino fundamental e foram publicados em 1998 (MONTEIRO, 2012). Segundo Monteiro, os PCNs, mesmo não tendo caráter obrigatório, eram um referencial curricular nacional para a educação, determinando a inclusão de temas transversais (saúde, orientação sexual, pluralidade cultural, ética e cidadania, trabalho e consumo, meio ambiente), que permeiam todo o currículo, deixando-o mais flexível e aberto às realidades locais e regionais, com o intuito de educar para a cidadania. Veiga-Neto diz que os temas transversais

⁴⁸Para uma noção mais específica, ver artigos 196, 197 e 198, todos da Constituição Federal do Brasil de 1988.

“são homólogos às relações econômicas, num mundo globalizado”; então, poderemos considerar que

[...] 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. (VEIGA-NETO, 2002a, p. 219).

A escola brasileira, com o fortalecimento da democracia e a luta pela cidadania, ganha destaque em relação à sua função social e organizacional, de modo a ir se constituindo como um espaço social que desenvolve processos de ensino e aprendizagem articulados com ações de natureza diversas, abarcando o território de sua inserção.

Em relação à saúde, os PCNs adotam a concepção de que deve ser entendida como um processo de saúde/doença, “determinado pelos condicionantes biológicos e pelos meios físicos, socioeconômicos e cultural”, e de que a escola deveria conduzir o aluno a agir na sua saúde e na saúde coletiva (MONTEIRO, 2012). De acordo com Valadão (2004), em 2002, é realizado um levantamento no Brasil que identificou os assuntos, ações e projetos que continham temas sociais, dentre eles, os de saúde, sendo que muitas dessas iniciativas se denominam Escolas Promotoras de Saúde ou Escola Saudável.

Em 2003, o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) foi criado numa ação conjunta entre os Ministérios da Educação e da Saúde, em parceria com a Organização das Nações Unidas para a Educação a Ciência e a Cultura (Unesco), o Fundo das Nações Unidas para a Infância (Unicef), o Fundo de População das Nações Unidas (UNFPA), a União Nacional dos Dirigentes Municipais de Educação (Undime) e o Conselho Nacional dos Secretários de Educação (Consed) (BRASIL, 2008b). Implantado em todos os estados do Brasil, qualquer município ou escola, a partir do seu interesse, poderia fazer parte do SPE. O Projeto tinha o intuito de realizar a promoção da saúde sexual e reprodutiva no ambiente escolar, ficando a participação a cargo da escola. Observa-se que inúmeras organizações não-governamentais atuam no campo da saúde na escola, capacitando professores e desenvolvendo o Projeto (VALADÃO, 2004).

Em março de 2006, o Ministério da Saúde (MS) aprovou a Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS). Tal Política assinala as diretrizes e estratégias de organização das

ações de Promoção da Saúde em seus três níveis de complexidade, com o objetivo de integrar os diversos setores da sociedade civil organizada, tendo como propósito uma política transversal, integrada e intersetorial (BRASIL, 2010b, p. 10). A Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS) define a Promoção da Saúde como sendo “estratégias de produção de saúde, ou seja, modo de pensar e de operar articulado às demais políticas e tecnologias desenvolvidas no sistema de saúde brasileiro, que contribui na construção de ações que respondam às necessidades sociais em saúde” (ibidem, p. 10).

Para o desenvolvimento de atividades direcionadas para a saúde no contexto escolar, em 2007, é instituído o Programa Saúde na Escola por meio do Decreto nº 6.286, com o objetivo de contribuir para a formação integral dos estudantes da rede básica de educação pública por meio de ações de promoção, prevenção e assistência à saúde. Uma caracterização de forma mais aprofundada do Programa por estar na base desta pesquisa foi realizada na seção 4 do primeiro capítulo.

No Anexo E, demonstro um apanhado resumido da evolução histórica dos principais movimentos de saúde nas escolas brasileiras. As concepções de saúde passaram por transformações, baseadas nas discussões sobre a necessidade de superar modelos tradicionais e caminhar em direção às novas abordagens de saúde e práticas de atenção para atingir melhores resultados, das práticas de higienismo à promoção de saúde. Essa reformulação de conceitos e práticas no âmbito da saúde proporcionou uma alteração das ações do Estado, por meio de políticas públicas preconizadas para o bem comum. Os discursos sobre a Promoção da Saúde, afirmados como científicos, têm sido um dos temas que vêm sendo amplamente discutidos nos mais diversos espaços de produção de conhecimento e de práticas em saúde e que, portanto, são considerados verídicos, a fim de adequar comportamentos e estilos de vida para, entre outras coisas, evitar riscos.

4.3 Escola, saúde e biopolítica: possíveis implicações na produção da seguridade

Acredito que, após as considerações dos assuntos precedentes, é possível se ter uma ideia das interações de poder e saber entre medicina e população por meio do Estado, porém, nesta seção, pretendo aprofundar mais o tema do poder de gestão da vida humana. A produção de saberes sobre a saúde não deve ser entendida unicamente como desenvolvimento das ciências, percebendo-se que não são neutros, e sim políticos. Os saberes estão ancorados em relações de poder implicadas em diferentes políticas e práticas sociais e se coligam de acordo

com as verdades que procuram legitimar.

Nessa compreensão, Lockmann (2013) diz que a vida humana envolve uma vida biológica, social, política e cultural que entra na lógica dos mecanismos de poder, a biopolítica. Foucault (1999) aponta que a biopolítica, é uma estratégia que demonstra como a vida, a saúde, a doença e modos de viver da população acarretam preocupação e investimento do Estado.

Atualmente, com o PSE, podemos perceber os modos específicos de atuação da saúde na comunidade escolar mediante políticas públicas, na intenção de intervir sobre a vida do educando e da população. Entendo que a saúde escolar é operacionalizada estrategicamente por uma rede de relações de saber e poder, possivelmente concebida para “proteger” o indivíduo e a população vulnerável, que estão envolvidos diretamente ou indiretamente na comunidade escolar. Segundo Weber (2006, p. 59), “esses discursos, na garantia de protegerem a população, submetem o corpo social a um permanente controle”. Esse controle, no caso da saúde escolar, como antes pudemos verificar nos componentes do PSE, começa diretamente com o indivíduo, inicialmente, com o seu corpo nas avaliações antropométricas. Foucault afirma: “o corpo é uma realidade biopolítica. A Medicina é uma estratégia biopolítica” (FOUCAULT, 2004, p. 80). Tal pensamento foi apresentado por Foucault primeiramente em 1974, na conferência *O Nascimento da Medicina Social*, no Instituto de Medicina Social da UERJ. Por meio da biopolítica, se identificam e se estabelecem parâmetros a partir dos índices de todas as variáveis (mazelas, endemias, anomalias, entre outras) relativas à vida, isso com a perspectiva de estabelecer tratamento para as manifestações que possam esmaecer ou diminuir a longevidade da população.

No entender de Gadelha (2009, p. 120), a biopolítica é uma tecnologia de dominação que, a partir de alguns saberes, determina a “regulação e regulamentação do corpo-espécie da população” ou, ainda, é uma “política voltada para a vida” que, pelo exercício do governo, direciona a vida dos cidadãos. Weber (2006, p. 108) diz que podemos entender a biopolítica como “a relação entre governo, população e economia política em um universo de relações que remetem a uma dinâmica de forças”. Entendo que vários outros temas fazem parte das possíveis relações entre biopolítica e educação atualmente, além da questão da saúde nas escolas, conforme destaca Gadelha (2009), tais como: a revolução tecno-informacional, a multiplicação das relações familiares, o advento de um novo capitalismo, de caráter transnacional e financeiro, a teoria do capital humano e o empreendedorismo, dentre outros.

Ao abordar a biopolítica, André Duarte (2008, p. 45) refere que:

Dois motivos relacionados entre si podem explicar porque a importância do conceito de biopolítica para a compreensão dos dilemas políticos do presente tardou quase quinze anos para ser reconhecida. Em primeiro lugar, para reconhecê-lo era fundamental ultrapassar a rigidez dicotômica da distinção ideológica tradicional entre esquerda e direita, aspecto que já se encontrava presente na análise foucaultiana do caráter biopolítico não apenas do nazismo e do stalinismo, mas também nas democracias liberais e de mercado. Em segundo lugar, creio que o fenômeno da biopolítica só poderia ser entendido enquanto forma globalmente disseminada de exercício cotidiano de um poder estatal que investe na multiplicação da vida por meio da aniquilação da própria vida, a partir do advento recente da política transnacional globalizada e “liquefeita”, segundo a terminologia de Bauman. (DUARTE, 2008, p. 45).

Compreendo que educação, saúde e biopolítica estão cada vez mais entrelaçadas por intermédio de ações do governo a fim de aumentar a produtividade da população. A biopolítica é uma técnica que procura vigiar, adestrar e, eventualmente, castigar os indivíduos (FOUCAULT, 1999). Percebo o quanto a instituição escolar pública atualmente se apresenta como uma instituição disciplinar e de seguridade - uma instituição que potencializa as estratégias do Estado pela disposição de poder, saberes e práticas que se ocupam de intervir na vida da população, maximizando suas forças.

Foucault, para identificar e entender a dinâmica do funcionamento do poder em diversas categorias – poder pastoral, poder soberano, poder disciplinar, biopoder, governamentalidade, dentre outras –, detalha que se trata de diferentes tecnologias de poder colocadas em funcionamento (VEIGA-NETO, 2007). Foucault as ressalta principalmente em seus cursos sobre a biopolítica e a razão de Estado ministrados no Collège de France, respectivamente: *Em Defesa da Sociedade* (1976), *Segurança, Território e População* (1977-1978) e *Nascimento da Biopolítica* (1978-1979).

Surge o Estado moderno integrado a uma forma de poder político que se baseou no modelo de poder pastoral, comumente exercido pelas pastorais católicas e protestantes de governo das pessoas (VEIGA-NETO, 2007), agora com o intuito de não mais dirigi-las para a salvação após a morte, mas de assegurar que, durante a vida, o Estado possa assumir a saúde, o bem-estar e a segurança como preocupações de governo (FOUCAULT, 2009). O Estado moderno ocidental estabeleceu-se por meio de fortes estratégias de poder, tendo um poder político que é totalizador, direcionando suas ações para a população, e, ao mesmo tempo, um poder individualizante. A razão de Estado baseada no poder disciplinar acaba, então, instaurando-se e ocupando o lugar do poder pastoral e do poder de soberania (VEIGA-NETO,

2007).

No final do século XVII, Foucault observa uma forma de poder exercida diretamente sobre a vida, um poder de fazer viver ou deixar morrer: o biopoder, com seus dois eixos, a anátomo-política disciplinar do corpo humano, a qual busca maximizar suas forças e integrá-las em sistemas eficientes, e os controles regulatórios da biopolítica da população (FOUCAULT, 2008a), consolidando-se em meados do século XVIII com a emergência do liberalismo. A biopolítica, como poderemos ver, administra a vida em termos regulatórios e não a detém “para suprimi-la” (FOUCAULT, 2009, p. 128). Não se trata de “julgar a morte no campo da soberania, mas de distribuir o vivente em um domínio de valor e de utilidade” (ibidem, p. 135).

Foucault afirmava a passagem das sociedades disciplinares para sociedades com outra lógica de poder, o biopoder, que é mais voltado para o controle dos grupos e populações. Deleuze (2007) chamou-as de “sociedades de controle”, o que é mais específico da Contemporaneidade, porém ficou a cargo de diversos autores dar continuidade ao seu trabalho. Deleuze (1992) vinha discorrendo sobre a mudança contemporânea do biopoder, mudança no sentido de diminuir a intervenção disciplinar sobre o corpo e estar mais para voltada para as predisposições, ou seja, para minimizar os riscos, indo além da disciplinarização de corpos e mentes, como é próprio da sociedade disciplinar, e do cuidado com a população, em termos da biopolítica. Na sociedade do controle, há um controle sobre o corpo e a população com os processos de mudança de mentes, de comportamentos, percebidos como a base de novas ações governamentais.

Para Hardt e Negri (2001, p. 42), as sociedades de controle são aquelas nas quais “mecanismos de comando se tornam cada vez mais ‘democráticos’, cada vez mais imanentes ao campo social, distribuídos por corpos e cérebros dos cidadãos”. Os mecanismos de controle, para esses autores, são intensificações disciplinares estendidas para além dos espaços determinados das instituições e organizam-se em redes flexíveis e flutuantes. Negri (2003) refere que, nas sociedades de controle, o poder se estende por toda a sociedade e o biopoder encontra a sua máxima atuação: “o poder é, dessa forma, expresso como um controle que se estende pelas profundezas da consciência e dos corpos da população – e ao mesmo tempo por meio da totalidade das relações sociais” (ibidem, p. 44).

Foucault diz que, no final do século XVI e início do século XVII, já havia uma crescente preocupação das principais nações europeias com questões ligadas à saúde da população (GADELHA, 2009). Segundo ele, esse fenômeno foi observado pela “medicina do

Estado” da Alemanha, pela “medicina urbana” francesa e pela “medicina da força do trabalho”, ou seja, dos pobres na Inglaterra. O autor refere ainda que a “medicina do Estado” da Alemanha era uma fusão da medicina com a política, o que se denominou “policia médica”, baseada em medidas sanitárias e de higienização da população, observando-se os índices de morbidade contabilizados pelos hospitais e médicos. Gadelha (2009, p. 86) aponta que essa medicina social se ocupava “do corpo, da saúde do corpo” enquanto “força do Estado”. Foucault argumenta que na

[...] Alemanha é igualmente importante por mostrar como, de maneira paradoxal, se encontra, no início da medicina moderna, o máximo de estatização. [...] desde a medicina de Estado alemã, nenhum Estado ousou propor uma medicina tão nitidamente funcionalizada, coletivizada, estatizada, socializada. (FOUCAULT, 2007, p. 85).

Gadelha (2009) diz que, no modelo francês, na medicina social, à qual se refere Foucault, a base principal não era o Estado, e sim o fenômeno da urbanização. Essa medicina relacionada à construção de cidades e à organização populacional buscava impedir epidemias urbanas, ou seja, contaminação, utilizando-se de isolamento (quarentena) e vigilância. Também segundo o autor, ocupava-se dos espaços e exercia o controle e circulação das pessoas em alguns ambientes, assim como atentava para a contaminação do ar e água. Gadelha (ibidem, p. 89) refere que essa medicina implicava a “medicalização da cidade”, delineando a “noção de salubridade” e preocupando-se com as construções e condições dos ambientes – assim nascem as primeiras noções de higiene pública. “A medicina passou da análise do meio à dos efeitos do meio sobre o organismo e finalmente à análise do próprio organismo. A organização da medicina foi importante para a constituição da medicina científica” (FOUCAULT, 2007, p. 93).

Na Inglaterra, a partir de meados do século XIX, a medicina social, segundo Gadelha (2009, p. 89), considerava a “medicalização da população pobre e da massa de trabalhadores” operários, tidos “como perigo sanitário e político à vida nas grandes cidades”, uma vez que representam um risco de transmissão de doença para a população e para o Estado. Com a revolução francesa, ocorreu uma agitação na Inglaterra, ocasionando preocupação com essas massas pela possibilidade de participarem em revoltas e conflitos. “Nessa nova modalidade de medicina, a assistência à saúde da população pobre passa pelo controle autoritário e está estritamente ligada à segurança pública, adequando-se, de resto, à nova legislação médica que passa a entrar em vigor [...]” (ibidem, p. 90).

Gadelha (ibidem), seguindo Foucault, destaca a “Lei dos pobres”. Mediante as leis inglesas, tinha-se um controle médico autoritário da saúde da população pobre. As obrigações do Estado incluíam a vacinação e os registros de epidemias, forçando os indivíduos a declararem suas condições de saúde; desse modo, era possível agir e sanar a doença do indivíduo, assim como focos de contaminação. Entretanto, o objetivo estava em medicalizar essa camada da população para proteger os mais ricos contra os riscos de doenças. Percebe-se que ocorre um controle sobre o corpo, pois, mediante a localização dos indivíduos e famílias, se tem maior visibilidade para a prevenção dos riscos, normalização dos comportamentos e manutenção da seguridade de todos, o que pode ser observado com o PSE.A

Foucault denominou de biopolítica esse jogo de poder, que foi se transformando a partir do século XVIII. Trata-se de como “racionalizar os problemas propostos à prática governamental, pelos fenômenos próprios a um conjunto de seres vivos constituídos em população: saúde, higiene, natalidade, raças...” (FOUCAULT, 1997, p. 89). O filósofo aponta que o Estado determina as condutas e também institui as formas de cuidado e a disciplina das ações públicas. A biopolítica pauta-se pelo controle e regulação da população, e o foco está no corpo, “imbuído dos mecanismos da vida: nascimento, morbidade, mortalidade, longevidade, etc.” (RABINOW; ROSE, 2006, p. 28). Com essas constatações, percebe-se que, com o passar do tempo, o Estado diminui sua preocupação territorial, entretanto, no plano político, amplia o seu papel, ocupando-se em prover a sociedade de bem-estar. O Estado de Bem-Estar Social tornou-se um centro de propagação do biopoder devido à biopolítica que coloca em movimento. Para Veiga-Neto (2005, p. 87), trata-se de uma biopolítica porque “os novos objetos de saber”, que se criam “a serviço” do novo poder, se destinam ao controle da população⁴⁹.

Foucault entende que “a população é pertinente como objetivo, e os indivíduos, as séries de indivíduos, os grupos de indivíduos, a multiplicidade de indivíduos, não vão sê-lo como objetivo. Eles serão simplesmente como instrumento, relevo ou condição para obter algo no plano da população” (FOUCAULT, 2008b, p. 63). Segundo Gadelha (2009), a população começa a ser percebida pelo Governo como mais uma razão de sua existência quando este se dá conta de que, para conduzir uma população e atingir resultados amplos,

⁴⁹De acordo com Foucault (1997, p. 84-85), população é entendida “não como uma coleção de sujeitos de direito, nem como um conjunto de braços destinados ao trabalho, mas é analisada como um conjunto de elementos que, por um lado, se vinculam ao regime geral dos seres vivos (a população diz respeito à ‘espécie humana’, noção nova na época que se deve distinguir de ‘gênero humano’) e, por outro, pode dar vazão a intervenções articuladas (por intermédio das leis, mas também das mudanças da atitude, de maneiras de fazer e de viver que podem ser obtidas pelas campanhas)”.

precisa de mecanismos, táticas saberes e técnicas. Assim, cresce a preocupação em governar a população, protegê-la dos riscos, das adversidades e das doenças e garantir a vida. Veiga-Neto (2010, p. 9) afirma que, em meados do século XVIII,

governar não é mais uma questão de reinar, comandar ou subjugar os súditos, mas de conduzir sob proteção e segurança aqueles que são governados, promovendo suas vidas. A promoção da vida é uma novidade, correlata à invenção do conceito de população. Colocada em movimento pelo tipo de poder que Foucault chamou de biopoder, essa promoção da vida só pode se dar se estiver apoiada em novos saberes sobre o corpo máquina – adestrando-o e melhorando suas aptidões – e o corpo espécie – materializado na população. O biopoder atua na conjunção entre o político e o biológico, em termos de práticas sanitárias e complexas tecnologias de controle biológico que classificam, ordenam e hierarquizam os indivíduos com o objetivo de controlar os riscos e aumentar a segurança das populações.

Trata-se, então, de um Estado centrado não diretamente no território, mas na população; um Estado que, por meio do PSE, exerce controle da população, tendo sua atenção voltada para a regulação das condições de vida, ou seja, das escolhas dos cidadãos. O Estado, como já vimos, acaba interferindo na gestão da vida, o que abrange moradia, ruas, hábitos de higiene, comportamentos e educação escolar, entre outros.

Essas questões remetem-nos para o papel da educação na Contemporaneidade quando se questiona qual a relação entre biopolítica e educação. Gadelha (2009, p. 15) diz que essa relação não se constitui num fato devidamente destacado na obra de Foucault, mas sim como algo a ser traçado a partir dela:

De fato, objetivamente falando, ele [Foucault] não tomou a educação – como o fez, por exemplo, com a medicina social (a medicalização da vida, a instalação de um dispositivo da sexualidade), a polícia, a previdência social e o racismo biológico de Estado, dentre outros – como um dos mecanismos estratégicos privilegiados para o exercício de biopoderes e de biopolíticas nas sociedades ocidentais modernas.

Veiga-Neto (2013, p. 3), ao tensionar a aproximação entre biopolítica e educação, diz que “não se deve falar em um plano de causas e outro plano de efeitos, mas, sim, em planos de imanência”. Ele destaca ainda que:

A inseparabilidade entre a biopolítica e a educação tem a ver justamente com a noção de que não preexiste um sujeito a ser moldado pela educação. Essa entidade que chamamos de sujeito biopolítico é constituída no desenrolar dos próprios processos educativos. Ele será um sujeito biopolítico na medida em que os processos educativos, que atuam sobre ele e nele, acontecem numa sociedade em que a biopolítica tem maior ou menor relevância. Em outras palavras, a educação não atua de fora para dentro sobre um sujeito que estaria desde sempre aí; ela, pouco a pouco, fabrica o sujeito de um modo pervasivo, permanente e microfísico e, para tanto,

serve-se das práticas que acontecem no *milieu* social em que ele está mergulhado (ibidem, p. 3).

A escola, como já mencionado nas seções anteriores, é um lugar que legitimamente movimentava práticas com a finalidade de disciplinar, normalizar, regulamentar e controlar os saberes e de conduzir a própria vida dos indivíduos. Ela está encarregada da construção de sujeitos para que possam seguir regras e comportar-se adequadamente conforme as exigências do presente momento.

O PSE é uma política pública de saúde voltada para preservar a vida, na perspectiva de incidir no cotidiano escolar e territorial, ou seja, de atingir a população brasileira. Para essa política efetivar-se, ocorre a entrada de diversas categorias profissionais de saúde na escola, como médicos, enfermeiros, psicólogos. No Programa, há práticas e concepções de normalização disciplinar e de regulação biopolítica, que vou demonstrando no decorrer da tese. Gadelha (2009, p. 179-180) explica como a educação e a escola se constituem em controle do corpo-espécie da população:

Em primeiro lugar, lembremos que a pedagogia, a educação e a escola foram e ainda são frequentemente acionadas, como elementos auxiliares, complementares e às vezes até mesmo essenciais, para a viabilização de iniciativas, programas e/ou campanhas que envolvem seja o esclarecimento, a prevenção e outros cuidados com a saúde das massas, particularmente, da população infanto-juvenil (campanhas de vacinação, de higiene bucal, programas de nutrição infantil, de prevenção às doenças sexualmente transmissíveis, educação física, etc.) [...]. Em segundo lugar, assinalemos que, em meio a tudo isso, elas também acolhem, reproduzem e reforçam determinadas prescrições normativas, hábitos e condutas estreitamente vinculados à regulamentação e ao controle dos fenômenos inerentes à população, mas provindos de outras instituições e/ou setores sociais. (GADELHA, 2009, p. 179-180).

Compreendo que a saúde na escola, no caso, o Programa Saúde na Escola, é uma estratégia biopolítica de gestão da vida dos educandos, pois está relacionada com as condições de saúde, de prevenção, de promoção, etc. Nota-se, pelo que já foi apresentado, que a variedade de ações para o desenvolvimento do PSE objetiva diminuir os riscos (doença, obesidade, alimentação, orientação sexual, etc.) e promover uma “boa saúde”, principalmente para determinados grupos da população, dadas as suas condições de vida. Por isso, na perspectiva de Michel Foucault, essa política coloca-se como um mecanismo da biopolítica, cujos efeitos acarretam vigilância, normalização e controle da população. Uma vez propagados os discursos e práticas dessa política pública de saúde na escola, é possível intervir na vida das pessoas, conduzindo suas condutas. A biopolítica faz do saber/poder um

agente transformador da vida humana. Podemos ver no discurso da atual política pública, o PSE, que:

A escola é um espaço potencial de *transformações sociais e de constituição de conhecimentos e valores*. Toda e qualquer atividade de promoção de saúde visa à redução das chamadas vulnerabilidades da ordem individual, social e institucional (BRASIL, 2011a, p. 8, grifos meus).
[Há] o *enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem* o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes e jovens brasileiros. (BRASIL, 2011a, p. 6) (Grifos meus).

Como já foi mencionado, o PSE, como várias outras políticas públicas, é direcionado aos mesmos grupos sociais, que ocupam o mesmo espaço geográfico. Essas políticas públicas estão destinadas a gerir a vida da população, especialmente uma parte específica desta: a população brasileira localizada nas zonas de maior vulnerabilidade social. Essa atenção é referenciada nos discursos para prover bem-estar à população. Assim, as políticas públicas focadas na vulnerabilidade social e econômica deslocam o direito à saúde de todos para alguns, pois restringem o direito à saúde na escola àquela parte da população que se enquadra na estratificação econômico-social classificada como vulnerável.

Percebo que os discursos de muitas políticas públicas, entre elas, o PSE, preconizam uma saúde e educação integral que vão além, pois se instituem num controle e gerenciamento do risco social, em prol do desenvolvimento econômico do país. Entretanto, nos documentos dessa política de saúde em específico, não evidenciei que ela utilizará os dados coletados no território com a finalidade de atacar as causas de muitos riscos que atingem a saúde da população, como saneamento, emprego, moradia, poluição, entre outras. Atualmente, preconiza-se a transformação do Estado numa grande maquinaria para tornar os indivíduos mais ativos, produtivos, saudáveis, ainda que não haja empregos suficientes ou que haja uma inserção precária no mundo do trabalho, saneamento e água encanada para a grande maioria da população, mesmo sabendo que estes dois últimos são grandes vilões de propagação de doenças. Desse modo, como diz Foucault (2008a), mantém-se um nível de investimento suficiente para minimizar efeitos das desigualdades. Para isso, concede-se um subsídio que estimule o sujeito a ter vontade de melhorar, conseguir atingir um padrão, mas os investimentos não são suficientes para modificar a lógica da própria governamentalidade neoliberal.

No próximo capítulo, mostro como percebo o PSE como uma estratégia de disseminação de saúde que conduz a conduta dos educandos e das comunidades. As análises

desenvolvidas a partir das práticas discursivas mobilizadas possibilitaram organizar as duas unidades de análise. Ao me deter nessas duas unidades, identifiquei que, por meio de cada uma dessas unidades, são operacionalizadas estratégias menores que atuam criando as condições de possibilidade para o exercício do governo.

5 DISSEMINAÇÃO DE SAÚDE NA ESCOLA COMO ESTRATÉGIA DE GOVERNAMENTO DA POPULAÇÃO

No capítulo anterior, procurei demonstrar que diversos temas, entre eles, os da saúde, vêm adentrando a escola. Desde o discurso sanitário higienista no Brasil, a escola passa a ser o lugar estratégico de veiculação e exemplo de hábitos higiênicos.

À sugestão operada pela escola e pelo exemplo do professor, viria aliar-se, nessa obra de modelagem, um conjunto de práticas que o aluno deveria vivenciar cotidianamente: a revista de asseio do corpo e das roupas; a revista da escola pelos alunos, num exercício que, os aproximando das práticas desenvolvidas pelos inspetores sanitários, desenvolveria a capacidade de vigilância sobre o ambiente doméstico; a observação e correção por parte do professor das condutas contrárias às prescrições higiênicas; as mensurações de peso, estatura e força física; a indagação discreta e hábil sobre a vida doméstica do aluno, que orientaria o professor no trabalho de correção, ampliando a sua órbita de influência para o interior dos lares. (ROCHA, 2003, p. 48).

Com relação à saúde, não acredito ser nenhuma novidade a constatação de que os conhecimentos em saúde⁵⁰, com o passar dos tempos, vêm transformando os hábitos e comportamentos, nossos relacionamentos, nosso cuidado conosco e com os outros, isto é, nossa perspectiva de uma “vida melhor”. Segundo Monteiro (2012, p. 22), “saúde é um termo polissêmico, assim como os fatores que a influenciam e determinam podem ser percebidos de diversas formas que acabam por conformar distintas abordagens para o ensino do tema em sala de aula”, o que acaba modificando o educando. O discurso de educação em saúde na escola pública como iniciativa do Estado atende à necessidade de saúde da população, e nesse contexto a escola vem cada vez mais abarcando práticas em saúde no Brasil.

Precioso (2009) destaca alguns motivos que levam à incorporação da educação para a saúde na escola pública, os quais podem ser facilmente percebidos, primeiramente, pelo fato de a escola ser obrigatória a todas as crianças do Brasil, podendo atingir, em pouco tempo, muitas pessoas da comunidade escolar. A escola pode ser utilizada pelo Estado para conceder a uma camada muito especial da população, mediante políticas sociais, as condições mínimas de participação social, econômica, política e de consumo.

Outro ponto considerado por Precioso (ibidem) é que “os resultados de numerosas investigações mostram claramente que as raízes do nosso comportamento (o nosso modo de vida) no plano higiênico e sanitário se situam na infância e adolescência” (ibidem, p. 85). O

⁵⁰ Por saúde, nesse Programa, compreende-se direito à vida com qualidade, saúde como direito à atenção integral, promoção, proteção, prevenção, recuperação e reabilitação da saúde.

autor evidencia que, na escola, onde haveria profissionais valiosos que sabem educar, os indivíduos estão em processo de formação e ainda não adquiriram muitos hábitos nocivos à saúde, estando mais receptivos à aprendizagem. Percebo que os discursos e as práticas que permeiam a entrada da saúde na escola são estabelecidos na tentativa de criar e mudar hábitos, costumes e a cultura da população.

Entretanto, escolher a escola para fazer essa disseminação de saúde, segundo Santos (2004), deve-se ao fato de os campos da Saúde e Educação se constituírem em espaços de normalização, disciplinarização e regulação social. Segundo Weber (2006), essa interrelação garante um maior e melhor conhecimento, controle e intervenção naqueles indivíduos, uma vez que fica mais fácil localizá-los, pois já estão capturados pela instituição. Alvarez-Uría (2002, p. 135-136) destaca que a maquinaria escolar não permaneceu “alheia a um enorme processo de transformação social e de produção de novas personalidades e subjetividades marcadas por um novo espírito”. Ao longo da Modernidade, a escola gradativamente ampliou sua ação para além das suas práticas pedagógicas costumeiras.

O PSE emerge da compreensão de que a ação sobre a saúde da população precisava ser ampliada para além da atuação da Estratégia da Saúde da Família, a fim de conhecer, atuar e resolver mais eficazmente os problemas que se faziam presentes na saúde da população, sendo preciso investir mais no campo da saúde. O Programa, como veremos nas próximas seções, quando vou realizando o desdobramento das duas unidades analíticas, atua por meio de intervenções, dissemina e regula melhor a vida dos educandos, principalmente os que se situam em áreas de maior vulnerabilidade e que estão sob sua área de abrangência; assim, propaga os saberes e molda a família e a comunidade. Destaco que o Programa está direcionado para além dos espaços das escolas da cidade, atingindo também a área de abrangência das escolas do campo, isto é, tem um saber e um poder que abrangem a maior parte da população. Ele tem o papel de homogeneizar os comportamentos e infundir valores morais referenciados para a vida social. Assim, fica perceptível o quanto a escola é requisitada para disseminar a saúde e estabelecer o governo da população. Visando a melhor entender tal ampliação de funções atribuídas à escola, utilizo nesta tese as teorizações dos estudos foucaultianos, que permitem pensar os processos de governo implicados na relação saúde, escola, população e Estado.

Depois de definidas as duas unidades de análises, onde fiz uma seleção de excertos extraídos dos documentos para demonstrá-las, identifiquei que, por meio de cada uma dessas unidades, são operacionalizadas estratégias menores que atuam criando as condições de

possibilidade para o exercício do governo. O Programa visa um educando mais saudável que no futuro se torne mais produtivo e possa auxiliar no desenvolvimento da sua comunidade e, conseqüentemente, do País. Para o educando ser mais saudável, utilizam-se algumas estratégias para a disseminação de saúde; dentre elas, estão a promoção de saúde e a prevenção de doenças e riscos. Entretanto, o Estado precisa ter um conhecimento sobre os riscos aos quais sua população mais vulnerável está exposta, para poder controlá-los. Esse controle é mais fácil na escola pública, onde há um grande grupo reunido sob a direção do Estado. Este, ao possibilitar a formação permanente dos profissionais das áreas de educação e saúde, disponibiliza um discurso de saúde uniforme direcionado a todos. Dessa maneira, ao traçar seus objetivos, planeja para os educandos os modos adequados de ser, de se desenvolver e de aprender para terem um padrão de saúde e/ou chegarem o mais próximo possível de serem considerados saudáveis, partindo de determinados conhecimentos, direcionados principalmente para os que estão em situação de risco social ou vulnerabilidade social.

5.1 Saúde na escola: ancorada em questões de vulnerabilidades

Quadro 10 – Ênfase na vulnerabilidade social

O GTI Municipal tem como responsabilidade:
Definir as escolas federais, estaduais e municipais a serem atendidas no âmbito do PSE, considerando-se as áreas de vulnerabilidade social, os territórios de abrangência das Equipes de Atenção Básica e os critérios indicados pelo Governo Federal (BRASIL, 2011a, p.12).

Se a entrada da eSF na escola for organizada de maneira coletiva entre saúde e educação, com a inclusão dos pais e responsáveis e o envolvimento dos educandos, aumentamos o compromisso dessa comunidade com o enfrentamento das vulnerabilidades sociais para cotidianos mais prazerosos e múltiplos (BRASIL, 2011a, p.16).

Fonte: Brasil, 2011a

A utilização do termo “vulnerabilidade”, principalmente nas últimas décadas, vem sendo feita nos mais diferentes campos de conhecimento e intervenção. Macklin (2003) traz a definição do termo dada pelas Diretrizes Éticas Internacionais de Pesquisa e revisada pelo Conselho para Organizações Internacionais de Ciências Médicas:

As pessoas vulneráveis são aquelas relativa ou absolutamente incapazes de proteger seus próprios interesses. De modo mais formal, podem ter poder, inteligência, educação, recursos e forças insuficientes ou outros atributos necessários à proteção de seus interesses. (MACKLIN, p. 60).

Normalmente, o termo está relacionado a aspectos negativos, principalmente nos contextos sociais. Segundo Oliveira (1995), na sociedade brasileira, os grupos sociais vulneráveis podem ser determinados como aqueles que vivem situados na linha de pobreza, conforme indica o Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), que analisa, entre outros indicadores, o padrão de vida e a distribuição de renda da população brasileira. Pelo viés do fator econômico, entende-se que este influencia diretamente a redução de oportunidades, ou seja, as possibilidades de acesso a bens e serviços. O autor destaca que, apesar das políticas públicas estarem como uma das exigências de atenuação das várias vulnerabilidades, elas não esgotam o repertório de ações, que se situam muito mais no campo dos direitos (OLIVEIRA, 1995). A vulnerabilidade social não se encontra só na área econômica, embora os mais pobres tenham menos condições de enfrentar as situações desfavoráveis e os riscos a que estão expostos pela dificuldade financeira.

Castel (1994) diz que não somente a carência de recursos materiais, como alimentação, água, moradia, saúde e educação, produzem a vulnerabilidade, como também a ausência de integração pelo trabalho. Assim, entende-se que vulnerabilidade social é a combinação de diversos fatores que tendem a diminuir o nível de bem-estar e que podem ter uma compreensão multidimensional, afetando de diferentes maneiras e intensidade as pessoas e comunidades em consequência da exposição a determinados tipos de risco (MAIA, 2011). Risco está na probabilidade de ocorrência de uma condição indesejável (CASTIEL; GUILAM e FERREIRA, 2010). Segundo esses autores, o risco seria o perigo calculável por meios probabilísticos, não se tendo qualquer certeza de que será, de fato, evitado.

No Brasil, a partir da década de 1990, temos vários setores, entre eles, o da Saúde e da Educação, que vêm consolidando políticas sociais e programas no intuito de mapear os riscos e reverter as vulnerabilidades dessa parte da população, o que é estabelecido pelos Índices de Desenvolvimento Humano (IDH), que aferem e revelam a qualidade de vida da população brasileira, por meio da longevidade, educação e renda. Ao afirmar que “as condições de vida, saúde e também as iniquidades sociais em nosso país permitem dizer que essa parcela da população está exposta a graves riscos de adoecimento e a situações de vulnerabilidade, que precisam ser objeto prioritário de ação eficaz” (BRASIL, 2009 p. 15), o Programa é direcionado a uma comunidade específica. Exposta a graves riscos de adoecimento, esta precisa de intervenção rápida e eficaz, ou seja, de uma atuação capaz de “produzir impacto sobre a saúde” (BRASIL, 2011a, p. 36). Esse discurso de que está exposta a graves riscos legitima a atuação do Programa para essa comunidade, no sentido de que ela precisa de

intervenção, baseada na prevenção, com princípios de moralidade. A população pobre, segundo Foucault (2008a), precisa de estímulo, de uma ação, nem que seja mínima, para introduzir o desejo de alcançar um patamar suficiente de qualidade de vida que a sociedade considera decente.

Uma das formas de melhorar a qualidade de vida da população está em viabilizar e facilitar o acesso de todos ao sistema de saúde e educação, e isso o Estado brasileiro vem proporcionando, principalmente entre aqueles considerados em condições de vulnerabilidade social. Uma rede de ações e serviços gratuitos é oferecida pelo Sistema Único de Saúde (SUS) para a maior parte da sua população, sendo destinada principalmente aos que possuem o mais baixo Índice de Desenvolvimento Humano (IDH), inclusive com políticas de assistência social. Foucault (2008a, p. 280) esclarece: “não vale a pena dar às pessoas mais ricas a possibilidade de participar do consumo coletivo de saúde; elas podem perfeitamente garantir sua própria saúde”. As pessoas com mais recursos financeiros, em princípio, podem escolher como e onde, dentre outras situações, investir na sua saúde.

É desse modo que muitas políticas do Estado, tanto na área da saúde quanto na área da educação, são especificamente destinadas a essa parte da população mais pobre. Esses programas sociais educativos, voltados para essa camada específica da população escolar, estariam dentro da “responsabilidade do Estado em prover condições mínimas de bem-estar e segurança aos cidadãos” (BUJES, 2003, p. 206). Esse contexto demarca o papel do Estado provedor e protetor da população, verificando-se a necessidade do desempenho deste na aproximação com a população, seja a escolar ou a situacional. Para uma maior abrangência de ações, os Ministérios da Saúde e da Educação unem esforços e desenvolvem políticas e programas principalmente para os estudantes da rede pública de ensino, pois a instituição escolar pública atende quase 77,5% dos estudantes brasileiros, segundo Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios⁵¹ (PNAD) de 2012; portanto, isso significa que a grande maioria da população brasileira está sob essas ações, principalmente a camada da população considerada em situação de vulnerabilidade social.

Penso, então, na perspectiva da redução das desigualdades sociais, com “o avanço na implementação do PSE no Brasil e qualificação da saúde e da educação, contribuindo para a superação da miséria no nosso país” (BRASIL, 2011a, p. 9). Esse tipo de discurso direciona-

⁵¹Disponível em:

<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2012/default_sintese.shtm>. Acesso em: 10 mai. 2014.

se quase sempre para a situação de miséria e à tentativa de escapar dela como principal, ou único, fator de motivação. Pouco se verifica que o lugar de procedência pode ser fator limitante, além de ameaçador, a ponto que as mudanças não ocorram como vislumbra o discurso. Também é possível observar argumentos que se destinam a referenciar igualdade de oportunidades de todos a partir do esforço individual de resolver os problemas de saúde no nível individual e da comunidade, mas sabemos que não será somente por essas ações de saúde que esses ideais se concretizarão.

Preconizando a instituição escolar articulada permanentemente com os serviços de saúde, direcionados principalmente para os educandos com maior vulnerabilidade social, o Programa vai além de um reconhecimento das situações de vida dos educandos e utiliza um mapeamento nos espaços abertos, como ruas, estabelecimentos públicos e serviços oferecidos, e observa também onde os indivíduos moram, como se relacionam, quais as fragilidades apresentadas e suas vulnerabilidades mais específicas. Espera-se que a população, conjuntamente com a equipe do PSE, viabilize a construção coletiva de ações, em que tanto o planejamento quanto a execução, o monitoramento e a avaliação sejam realizados, de forma a atender às necessidades e demandas locais (BRASIL, 2011b). Esse Programa torna-se necessário para proporcionar a participação dos indivíduos nas formas de vida da Contemporaneidade, sendo importante contar com um número cada vez maior de indivíduos com condições mínimas de saúde para participarem do processo de desenvolvimento do País.

O Programa é considerado pelos idealizadores como um importante avanço, pois se encontra justamente no compromisso e pacto entre os entes federados e na articulação, em todas as esferas de Governo, dos setores de saúde e de educação, para efetivar essa política de saúde. “Esta iniciativa reconhece e acolhe as ações de integração entre saúde e educação já existentes e que têm impactado positivamente na qualidade de vida dos educandos” (BRASIL, 2011a, p. 6), ou seja, de modo a evitar desvios na conduta da população. Seu ponto principal é o fato de considerar as características próprias e a cultura de cada lugar, assim garantindo que as práticas de saúde desenvolvidas na escola sejam construções compartilhadas de saberes, estando apoiadas nas histórias individuais e coletivas. O Estado, ao dispor dos saberes, coloca em funcionamento mecanismos que possibilitem prever antecipadamente situações que considera desfavoráveis, a fim de tentar geri-las para manter e garantir a ordem interna.

Manter a ordem interna implica analisar o contexto escolar e social, conhecer o saber popular e o formal na construção de propostas que tenham significado para os sujeitos que ali vivem (BRASIL, 2010b). Portanto, no PSE, é considerada fundamental a participação ativa

dos diversos integrantes – a comunidade escolar, os profissionais de saúde e, principalmente, os adolescentes e jovens – para o Estado poder atuar de modo mais eficaz. Nesse compartilhamento de ações e nessa troca de saberes entre as áreas, o ambiente escolar qualifica-se na opção mais viável e abrangente na perspectiva da prevenção e promoção à saúde, ampliando consideravelmente a perspectiva de os sujeitos optarem por hábitos de vida saudáveis, proporcionando melhoria da qualidade de vida da população brasileira (BRASIL, 2011a). O reconhecimento da vulnerabilidade possibilita a mobilização de profissionais dos dois setores e da comunidade escolar, utilizando-se processos educativos para transformações sociais elencadas nas relações intersetoriais e na ação comunicativa entre os sujeitos. Observa-se que o discurso pela qualidade de vida está frequentemente presente, e isso nos reporta ao IDH, o qual está diretamente ligado à situação de vulnerabilidade social.

Essa política pública Contemporânea que é o PSE tem investido na produção e capacitação de educandos que necessitam incorporar um conjunto de competências a fim de melhorar, conduzir suas vidas, evitar desvios de condutas, para que esses indivíduos se tornem cada vez mais regulados em função de seu desempenho físico e mental, pois são disseminados valores normativos por meio do Programa. Esse discurso coloca a responsabilidade pela melhoria da qualidade de vida na perspectiva da saúde na escola, ou seja, a melhoria será conseguida ao se ir à escola e se sujeitar às suas ações por longos anos, desde a creche até praticamente tornar-se adulto. Vejamos esta citação: “é preciso desenvolver em cada um a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida” (BRASIL, 2009a, p. 6). Esse processo acontece por meio de uma parceria entre Estado, escola e família, entre outros componentes.

Assim, percebemos que essa política é conjugada na busca de consentimento, com o intuito de melhorar os índices do Estado, tanto no nível de vulnerabilidade quanto na redução de riscos, principalmente de doenças e outros agravos. A responsabilidade pela saúde é transferida a cada um e a todos, diminuindo a responsabilidade do Estado e estimulando uma “livre escolha”, segundo uma perspectiva que lhes é fornecida. Esse Programa possibilita a proposição de uma reconstrução ampliada e reflexiva das práticas em saúde relacionadas à promoção e proteção da saúde do educando, na tentativa de proporcionar certa equidade.

O Estado brasileiro, por meio de várias políticas públicas, desenvolve estratégias que funcionam com a intenção de restabelecer certo grau de equidade para uma parte da população para evitar que deixe de ser posicionada como redundante social ou mesmo

excluída. Objetiva-se, com esses investimentos, a possibilidade de a população estabelecer bem-estar e condições de consumir, produzir e concorrer, deixando de ser uma ameaça ao funcionamento do jogo econômico que vem se estabelecendo na sociedade neoliberal.

O PSE, na organização de seu processo de trabalho e na sua estrutura gerencial nas três esferas de gestão, foi organizado de modo a enfrentar as desigualdades e iniquidades sociais, principalmente em saúde, delineadas pela globalização e neoliberalismo. Ao mesmo tempo, essa determinação de vulnerabilidade pode levar a estigmatizar, reforçar e até, ao longo do tempo, ser referência para comprovar uma verdade. Embora saibamos que o PSE é considerado como um programa universal, acredito que ainda esteja, como vemos, direcionado principalmente a algumas prioridades escolares e às escolas públicas.

Direcionado principalmente às escolas inseridas em zonas de maior vulnerabilidade social, ou seja, a uma população com menores condições socioeconômicas, o Programa deve contribuir para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento dos educandos da rede pública de ensino no campo da saúde e da educação (BRASIL, 2011a).

Na área da educação, a vulnerabilidade escolar é descrita por Barbiani (2008) como situações em que o aluno tem potencialidades de fracasso escolar, apresentando dificuldades de aprendizagem que podem ou não se concretizar em repetência. Na área da saúde, a vulnerabilidade⁵²

[...] pode ser compreendida como a chance de exposição das pessoas ao adoecimento, e, também, como a resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos e contextuais, que estão relacionados com a maior suscetibilidade ao adoecimento e, ao mesmo tempo, com a maior ou menor disponibilidade de recursos de proteção (BRASIL, 2008b, p. 11).

Nessa condição, está boa parte da população brasileira, e é onde o Estado mais investe e intervém com o intuito de promover a saúde, como também observar, controlar e modificar tal realidade. Entretanto, Lazzarato (2011, p. 50) diz que “a lógica neoliberal não quer nem redução, nem a extinção das desigualdades, pela simples razão que ela atua em cima dessas diferenças e governa a partir delas. Ela procura estabelecer um equilíbrio tolerável, um equilíbrio suportável”. Desse modo, as ações do Programa, ao incidirem em contextos de

⁵²Para se ter uma melhor compreensão sobre vulnerabilidade em saúde, observa-se o objetivo da Política Nacional de Promoção da Saúde: “promover a qualidade de vida e reduzir vulnerabilidade e riscos à saúde relacionados aos seus determinantes e condicionantes – modos de viver, condições de trabalho, habitação, ambiente, educação, lazer, cultura, acesso a bens e serviços essenciais” (BRASIL, 2006, p. 17).

vulnerabilidade social e educacional, constituem-se como “estratégia coadjuvante no enfrentamento das desigualdades sociais” (MOLL, 2012, p. 134).

O PSE opera para possibilitar aos educandos mais vulneráveis que se transformem em cidadãos ativos, tanto no seu corpo quanto no do outro na sua comunidade. Por conseguinte, o PSE, a partir da integração entre a Saúde e a Educação Básica, deverá aumentar a oferta à criança e ao adolescente escolarizado, sendo uma oportunidade de proteção contra a dependência química, o risco de câncer, acidentes e violência, doenças sexualmente transmissíveis/AIDS, gravidez e doenças crônicas (BRASIL, 2007b). Esclareço que atualmente o Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE) faz parte das ações do PSE, uma vez que algumas escolas já vinham desenvolvendo o Projeto. Masschelein e Simons (2014, p. 109) referem: “os estrategistas políticos sempre são tentados a olhar para a escola em busca de soluções de problemas sociais tais como a radicalização da sociedade, a intolerância e o crescente uso de drogas”.

No contexto acima, podemos observar que, nos discursos do PSE, consta claramente a intenção de “proteger” os educandos dos determinantes sociais, mais precisamente, na perspectiva proativa, preventiva e protetiva, iniciando-se já na creche, com a intenção de contínua e cotidianamente, por muitos e muitos anos, até praticamente a fase adulta, ir conhecendo, avaliando e direcionando os educandos conforme as diretrizes estabelecidas. O que se pode observar em relação à Estratégia da Saúde da Família, conforme preconiza o que foi descrito anteriormente, é que está destinada a desenvolver a saúde de bem-estar da comunidade, principalmente a mais vulnerável, mas parece-me que sua atuação na comunidade foi se estendendo a ponto de ser introduzida nas escolas, para conseguir ter uma maior eficiência e/ou aumentar a abrangência de sua ação. O Estado, nessa ação, terá maior acesso e visibilidade sobre o educando, a fim de disciplinar, controlar condutas e regular a vida dos educandos e de sua família. Weber (2006, p. 59) afirma que os discursos que garantem proteger a população se destacam pelo controle permanente, e isso decorre da “vontade e da necessidade de dominação/captura desse ou daquele segmento social”. Verifico nos documentos que:

As ESF e as equipes das escolas são responsáveis pelo acompanhamento do cuidado desse educando na rede de saúde, devendo informar as instâncias de gestão do PSE (GTI-M e GTI-E) se houver dificuldades de acolhimento e tratamento. A informação desse acompanhamento será cobrada no sistema de monitoramento (SIMEC) (BRASIL, 2011a, p. 16).

Assim, noto certo investimento por parte dos órgãos do Estado para que o PSE se desenvolva e atinja seus objetivos. Sabemos de antemão que as instituições, tanto da área da educação quanto da saúde, são vinculadas ao Estado no quesito de bens e serviços e mobilizadas para uma normalização do educando, exercendo certa pressão por convencimento a fim de realizar formas de acompanhamento, monitoramento e regulação que o Programa apresenta ao detectar uma situação problema no educando.

Percebo que a instituição escolar se torna a articulação fundamental para a condução de conduta dos sujeitos, uma vez que as ações direcionadas à saúde do educando, ao incidirem sobre esse grupo, atinge a população, tendo o propósito de alterar, modificar controlar seus hábitos e comportamentos. Assim como as estratégias disciplinares, as de segurança também são colocadas em prática para prevenir, regular e controlar as vulnerabilidades e riscos provenientes do interior da comunidade. Por intermédio do PSE, podemos verificar alguns meios e instrumentos utilizados pelo Estado para disseminar saberes de saúde, vigiar e controlar os problemas que surgem ou estão em torno da escola e na comunidade.

A necessidade da população deve ser o guia das políticas públicas, as quais têm a intenção de promover a proteção aos direitos sociais, principalmente daqueles indivíduos que apresentam algum risco social. O Estado percebe que esses indivíduos devem ser estimulados para alavancar o desenvolvimento econômico do País, como veremos na próxima seção. O PSE destaca que a comunidade que participa “é guiada pela expectativa de desenvolvimento de uma sociedade mais saudável e consciente. Faz valer seus direitos e defende o desenvolvimento local” (BRASIL, 2010b, p. 13). Se cada localidade conseguir, por meio do investimento do Estado em saúde, melhorar seu desenvolvimento, teremos um País mais competitivo.

Para atingir o objetivo de uma vida saudável, de seguridade, é necessário conhecer os riscos que acometem a população, que estão disponibilizados nas estatísticas; reconhecer as mais novas descobertas científicas; estar por dentro dos discursos normativos, com o intuito de ter uma visão para agir de modo responsável no cuidado de nosso corpo e de nossa saúde. Isto é, saber mais e melhor sobre o que é considerado saudável ou maléfico para nosso corpo, conforme vem sendo preestabelecido na lógica neoliberal. Nessa perspectiva, a instituição escolar opera capturando cada vez mais cedo os sujeitos para discipliná-los e ensinar-lhes o autogoverno, sendo considerada a melhor maneira de conduzir uma população para a educação na promoção de saúde e prevenção de futuros problemas de saúde. Com a educação em saúde na escola, teremos indivíduos mais saudáveis, produtivos e economicamente ativos.

Conforme Saraiva (2013, p. 170), “é necessário produzir indivíduos que saibam tomar conta de sua vida, que sejam capazes de se responsabilizarem pelo seu próprio bem-estar e pela sua produtividade”. A saúde na escola percebe que a responsabilidade individual se transforma num eixo que possibilita a articulação entre governo de si e gestão das populações. Observa-se que, de forma cada vez mais acentuada, a saúde passa a ser um investimento educacional pautado pela economia para o Estado poder governar melhor.

5.2 Saúde como investimento para o desenvolvimento do país

Foucault (1999), na última aula do curso de 1976 no Collège de France, intitulada *Em defesa da sociedade*, mostra que, no século XIX, em pleno capitalismo industrial, surge a preocupação com a incapacidade de trabalho de alguns indivíduos, oportunizando as intervenções biopolíticas, a fim de proteger os trabalhadores e melhorar a produtividade – e assim são criadas diversas formas de prevenção social.

A educação ou, mais especificamente, sua falta é seguidamente cotada como causadora de vários problemas sociais que estão correlacionados com emprego, produtividade, mortalidade, natalidade e saúde, entre outros. Segundo Varela e Alvarez-Uría (1991), a educação escolar a partir de políticas públicas tem um papel primordial para resolver problemas sociais.

A escola, principalmente nos países em desenvolvimento, como pode se ver pelas citações abordadas no capítulo anterior, vem sendo convocada para ser o local de intervenção social, pois, por meio dela, se minimizam os problemas sociais. Ela se destaca cada vez mais como o lugar ideal para proporcionar melhoria das condições de vida, sendo-lhe atribuída a produção e a condução de sujeitos prudentes. A escola é “instada a colocar em seus currículos temas que alertam os alunos sobre diversos riscos e que buscam torná-los capazes de minimizá-los” (SARAIVA 2013, p. 171). “Nas últimas décadas, tornou-se mais e mais importante cuidar da vida de modo que se reduzisse a vulnerabilidade ao adoecer e as chances de que ele (cigarro) seja produtor de incapacidade, de sofrimento crônico e de morte prematura de indivíduos e população” (BRASIL, 2010a, p. 6). Com essa perspectiva, o Estado desenvolve o PSE e outras políticas e programas para a população, na tentativa de minimizar, gerenciar ocorrências de risco social ou de desordens que possam acometer a estabilidade (econômica, social, e política) do Estado e, por conseguinte, as relações com outros países, que podem ser de comércio, financeiras, diplomáticas ou fronteiriças (LOUREIRO, 2013).

Lançam-se, por meio do PSE, diversos investimentos voltados para a saúde do educando para este ser um sujeito mais saudável.

Os investimentos na saúde do educando têm ampla magnitude, pois ultrapassam os ensinamentos e cuidados cotidianos sobre saúde, para além do momento em que as ações estão sendo desenvolvidas. Primeiramente, podemos verificar que a intenção é abarcar, gerenciar a vida do educando desde a mais tenra idade, conduzindo-o por muito tempo, até praticamente a fase adulta. Segundo, esse investimento, ao ser proporcionado por muitos anos ao mesmo educando, tem a força de modificar comportamentos, hábitos, estilos de vida, incorporar normas, estabelecer regras, entre outras formas de conduzir para constituir o cidadão almejado, saudável. Esse investimento do Estado, que abrange diversas formas de conduzir, deve influenciar toda a extensão de vida do cidadão. Assim, essa política de Estado tem a finalidade, entre outras, de proporcionar fortalecimento político, econômico e social do País, investindo desde cedo no ser humano para melhor modificar, ou seja, conduzir o sujeito para que seja produtivo no futuro. E torna-se “capital”, esse sujeito que pode se tornar uma fonte de renda futura (FOUCAULT, 2008a), pois, conforme afirma Foucault no curso *Nascimento da biopolítica* (1978-1979), esse “capital humano”⁵³ “[...] é o conjunto de todos os fatores físicos e psicológicos que tornam uma pessoa capaz de ganhar este ou aquele salário [...]”; o autor explica que é representativo da racionalidade neoliberal americana (2008a, p. 308). Esse conjunto de fatores determinará capital humano e quais os investimentos que se poderá fazer na sua educação, cultura, saúde e dentre outros. Tornando-se fundamental, portanto, investir nos recursos físicos e psicológicos de que o sujeito dispõe para se obter um trabalhador economicamente mais ativo.

Segundo Foucault (2008a), os elementos para o capital humano podem ser inatos (nascem com o indivíduo) ou adquiridos ao longo da vida. Por isso, é essencial atuar desde muito cedo no indivíduo, pois fica mais fácil modificar, moldar, normalizar esse sujeito para que se torne o mais saudável possível, sendo percebido pelo Estado como importante centro de investimento humano. Esse modo de atuação, que, por meio da saúde na escola, promove competências, habilidades e estilos de vida, passa a ser visto como um investimento em capital humano -quanto maior o capital humano de um País, mais desenvolvido este se torna.

⁵³O termo “capital humano” foi utilizado primeiramente por Theodore Schultz em final de 1950 e refere-se a um conjunto de habilidades e capacidades humanas desenvolvidas que ao longo da vida tornam o indivíduo economicamente ativo. Theodore Schultz escreveu um artigo em 1971, intitulado *Investindo em capital humano*, mas esse conceito foi mais desenvolvido por Gary Becker, em uma obra intitulada *O capital humano*, em 1964 (CASTRO-GÓMEZ, 2010).

Esse autor relata, ainda, que os investimentos efetivados nesse capital humano propiciam o efetivo crescimento do país. Ele afirma que muitos países de terceiro mundo não se desenvolviam economicamente não por “bloqueio dos mecanismos econômicos, mas em termos de insuficiência de investimento do capital humano” (ibidem, p. 319). De acordo com Foucault, os países desenvolvidos têm uma política de crescimento orientando as políticas econômicas, sociais, culturais, educacionais e, ressaltado, as de saúde. Então, os investimentos do Estado em saúde e educação fortalecem o capital humano dos educandos, principalmente os vulneráveis, isto é, são estratégias que, por meio de políticas públicas, possibilitam a condução para expansão econômica, no sentido de melhor governar a população, pois a condição de vulnerabilidade implica baixo capital humano.

Esse investimento, que nesse caso é em saúde, ocorre para se (re)estabelecer o comportamento humano, ou seja, conduzir os sujeitos para certa equidade, principalmente os mais pobres. Conforme o autor, “uma família de renda elevada, isto é, uma família composta de elementos que possuem capital humano elevado terá [...] a transmissão para os filhos de um capital humano pelo menos tão elevado quanto os deles, o que implica toda uma série de investimentos” (ibidem, p. 335). Percebido nessa lógica, o educando é o “capital humano da criança” (FOUCAULT, 2008a, p. 334), que precisa de investimento para futuramente ser economicamente ativo. É assim que percebo a emergência do Programa Saúde na Escola.

Ainda segundo Foucault (2008a), quanto melhor o capital humano, mais crescente é a probabilidade de aumento da renda, de competição, da possibilidade de desenvolvimento e crescimento do país. Acredito que essa referência consegue destacar bem a importância de o PSE emergir nesta época neoliberal e de investir na saúde, principalmente no capital humano tido como mais vulnerável, que normalmente tem menos condições de atuar e vigiar a saúde dos filhos.

Foucault (2008a) afirma que, para os neoliberais, essa vigilância de acompanhar o crescimento e desenvolvimento físico e mental da criança se torna um bem mensurável no tempo, isto é, um investimento que vai constituir o “capital humano da criança” no futuro. O autor diz também que:

[...] a análise dos cuidados médicos e, de modo geral, de todas as atividades relativas à saúde dos indivíduos, que aparecem assim como elementos a partir dos quais o capital humano poderá primeiro ser melhorado, segundo ser conservado e utilizado pelo maior tempo possível. É necessário portanto, repensar todos os problemas. Em todo caso, podem-se repensar todos os problemas da proteção da saúde, todos os problemas da higiene pública em elementos capazes ou não de melhorar o capital humano. (FOUCAULT, 2008a, p. 316).

O PSE deve ter uma ação contínua e abrangente nos problemas e riscos da população, e o percebe estruturado num sistema de proteção social. Ele atua como estratégia para o importante aumento e propagação de conhecimentos referentes à saúde; inclusive, prevê a atualização do capital humano, ou seja, refere que “são essenciais os processos de formação inicial e continuada de profissionais das duas áreas” (BRASIL, 2011a, p. 14), dos educandos e da família, ofertando capacitações e trabalho em grupo. Dessa forma, torna esses indivíduos assujeitados pelos assuntos e jogos de interesses da lógica política atual, o neoliberalismo. Destaca que é preciso “educação permanente de diversas naturezas”, ficando os sujeitos, grosso modo, continuamente seduzidos e conduzidos por estímulos desses interesses⁵⁴, a ponto de direcionarem escolhas e desejos preestabelecidos, ou seja, numa liberdade condicionada. Nessa situação, todos esses elementos estabelecem uma relação direta com a biopolítica.

O Programa Saúde na Escola opera tanto na detecção, na prevenção e no controle de riscos à saúde humana, quanto no incentivo ao autocuidado, isto é, atua para os sujeitos tomarem consciência de suas condições e, com isso, se interessarem na redução e eliminação de riscos. Destaca-se:

A inclusão dos temas nos projetos político-pedagógicos também facilita o protagonismo dos educandos, apontando para um processo importante de autocuidado. Falar e trabalhar pedagogicamente os temas da alimentação, visão, audição, práticas corporais e outros aproximam os educandos da ação e desperta o interesse deles com suas próprias condições de saúde e riscos. (BRASIL, 2010a, p. 16).

O intuito está bem caracterizado, pois se procura diagnosticar e tratar os problemas da vida do educando, afastar o imprevisível e promover a autogestão de sua saúde numa ação de “fazer viver”, como aborda Foucault (1975 – 1976) em seu curso no Collège de France *Em defesa da Sociedade*, considerando o potencial de uma população como uma força produtiva. Então, justificam-se os esforços do Estado na ação de aprimorar e estender a longevidade da vida da população, mas, para isso, ele precisa controlar e moldar as condições de vida visando a uma maior qualidade de vida da população percebida como base produtiva de um País. O PSE refere que “não basta detectar problemas, é importante ter compromisso com a produção

⁵⁴Temos várias situações que nos seduzem e que somos induzidos a estabelecer. Trago aqui um exemplo que é o dos exames de prevenção, pela idealização de um estado de “saúde perfeita”, que passa a ser perseguida incessantemente pelos indivíduos. Alguns autores, como Castiel (2010), fazem uma crítica e dizem que vivemos numa sociedade de “hiperprevenção”. Entretanto, como diz Castiel, não sabemos se essa prevenção vai nos proporcionar a longevidade prometida, pois muitas vezes há instâncias que não estão sob o controle dos seres humanos, como enchentes, avalanches, terremotos, maremotos, acidentes com impactos ecológicos negativos, dentre outros.

de autonomia e de autocuidado dos escolares, para serem protagonistas do processo de produção da própria saúde” (BRASIL, 2013a, p. 9).

Essa política está fundamentada em cuidar da saúde do educando (atuando na prevenção, promoção e recuperação da saúde), para conservar esta vida e poder utilizar esse sujeito pelo maior tempo possível, produtivamente. Foucault aponta que o capitalismo neoliberal precisa produzir capital humano aperfeiçoado desde os primeiros anos, pois sabe que este tem um tempo útil determinado: “[...] essa máquina tem sua duração de vida, sua duração de utilizabilidade, tem sua obsolescência, tem seu envelhecimento” (FOUCAULT, 2008a, p. 309). Desse modo, é fundamental que essa política de saúde na escola viabilize ações no sentido de minimizar os riscos de saúde para assegurar, preservar a vida do sujeito pelo maior tempo presumível.

Essa governamentalidade neoliberal valoriza e investe nesse sujeito para melhorar sua vida, dentro da sua expectativa. Percebemos nos excertos, como em outros já citados, um chamamento dessa política Contemporânea para cada cidadão cuidar de si. Assim, a saúde na escola pretende controlar os fatores de risco do educando, dentre eles, as doenças que podem ser prevenidas (obesidade, diabetes, hipertensão arterial, osteoporose, câncer de colo, as transmissíveis, entre outras) que porventura possam colocá-lo em situações desfavoráveis que diminuam ou impeçam sua superação e competição pelo sustento de sua vida, acarretando, com isso, aumento de custos para o Estado, seja no tratamento de doenças, o que tem um custo elevado, seja em termos de dependência do indivíduo. É uma estratégia do Estado que, além de melhorar a saúde da população, está focada na redução dos custos com a saúde. O Estado acredita que, como tempo, cada vez mais vai poder restringir sua atuação por meio do desenvolvimento de capacidades e habilidades dos educandos.

Verifico que este Programa tem um discurso de “sujeitos autônomos e críticos, capazes de compreender a realidade e modificá-la a partir do lugar que ocupam, ou seja, aptos a fazer uma reflexão acerca dos problemas da comunidade e a propor ações para resolvê-los, a partir de suas perspectivas” (BRASIL, 2011a, p.17). Isto significa ser capaz de reconhecer a necessidade do seu meio para modificá-lo, sem o Estado estabelecer “o que”, “quando”, “onde” e “como” modificar a realidade da região; significa, ainda, que o Estado repassa a responsabilidade para os indivíduos e diminui sua própria atuação. É sob a lógica do neoliberalismo que gostaria de entender esse discurso de autonomia como algo que tem a intenção de convocar e convencer a população para assumir o gerenciamento, o autocuidado, do outro e do ambiente (autogoverno), sendo capaz de prover suas necessidades e conduzir

sua vida.

O Estado, nessa lógica, intenciona intervir menos na população com o passar do tempo, pois, todo esse investimento tem um custo; então, nessa autogestão de saúde, entre outros fatores, o Estado minimizaria sua interferência nos assuntos individuais e sociais em nome da melhor qualidade de vida. Por isso, como já comentei anteriormente no Capítulo 4, a articulação da escola com a saúde destaca a formação de cidadãos autônomos, que têm direitos e deveres para com o Estado (BRASIL, 2011a). Entre os direitos e deveres, está sua condução para serem produtivos, engajados e participativos para modificar, além da sua condição, a do seu território, pressupondo o fortalecimento do Estado. Essa intervenção aumenta a responsabilidade de cada um e de todos para o desenvolvimento do território brasileiro - as ações em saúde têm papel importante e multidimensional para o desenvolvimento do País, geração de renda, emprego e riqueza, dentre muitos outros aspectos.

Foucault (2008b, p. 463) também afirma que “são necessários, por fim, muitos braços e braços trabalhando, contanto que sejam dóceis e apliquem efetivamente os regulamentos que lhes são impostos”. Há o intuito de produzir, conjuntamente com a disciplina, sujeitos “dóceis” e “úteis”. Dóceis no sentido de não oferecerem resistências aos processos que os tornam sujeitos; úteis politicamente no sentido de se tornarem produtivos, interessantes para o Estado, pois buscam dirigir seus corpos (físico e psicológico) cada vez mais, para serem produtivos.

Nesse contexto, percebo atualmente que o Estado, por meio do PSE, considera o educando um bem que, mediante investimento prévio, como cidadão, poderá estabelecer autorregulamento, autogestão e autovigilância de si e também da própria população, ou seja, de cada um sobre si e sobre os outros. Esse agir sobre si e sobre os outros está além de cuidar e vigiar a si e ao outro, pois existe também um investimento de atuar nas relações interpessoais. Uma das ações essenciais do PSE destaca a “promoção da cultura de paz e prevenção das violências” (BRASIL, 2013a, p.11). Nesse quesito, observa-se a importância de (re)estabelecer relações interpessoais harmoniosas e sem violência, em que o Estado percebe a importância de investir no governado como colaborador pacífico para poder melhor governar.

Segundo Foucault (2008b), ao disciplinarem-se os corpos em úteis e dóceis, há uma expectativa de melhorar a convivência social; com essas características, obteremos sujeitos com interação social mais pacífica e democrática, para que se tornem mais produtivos e empenhados em realizar constantemente melhorias sociais. Enfim, o Estado não age somente para proteger o indivíduo das doenças que possam acometê-lo, mas também para manter a

ordem e os homens produtivos. Para isso, a população precisa ser governada e mantida saudável - e a escola é eleita para a transformação da sociedade.

No contexto até agora apresentado, percebo a escola relacionada diretamente com o desenvolvimento do País, pois, além da função disciplinar e de ensino de conhecimentos específicos, vem sendo chamada paulatinamente a produzir sujeitos saudáveis, que saibam gerir sua vida. Por que, afinal, isso é tão importante? Porque pessoas com melhores condições de saúde têm mais chances de empregabilidade, podem consumir mais, têm mais condições de competir e de concorrer e aumentam suas chances de não depender do Estado.

Observo até agora duas situações referentes ao PSE que considero importantes para o governo. A primeira está relacionada com vulnerabilidade e gestão do risco social, e a segunda refere-se ao investimento no desenvolvimento humano. Ambas estão inter-relacionadas para garantir um novo padrão de desenvolvimento do Estado brasileiro.

A disseminação de saúde ocorre por meio de um conjunto de ações desenvolvidas tanto no território quanto com o educando. Ao longo das duas próximas seções, vou detalhar mais como essas ações do PSE estão sendo operacionalizadas como estratégias de condução da conduta, ou seja, de governo. Na próxima seção, veremos quais as ações/práticas que o Estado, por meio dessa política de saúde, utiliza para disseminar conhecimentos de saúde na escola.

5.3 Condições que possibilitam a disseminação de saúde na escola pública

Primeiramente, penso que devo esclarecer o que entendo por “disseminar”. De acordo com o *Dicionário Aurélio*, o termo vem do latim *disseminare*, que significa espalhar por muitas partes, difundir, propagar, vulgarizar. Serve tanto para espalhar elementos materiais (escolas) quanto para difundir ideias, conhecimentos, informações. Assim, entendo que o termo que utilizo está de acordo com o sentido que quero demonstrar, de distribuir diferentes tipos de recursos materiais e humanos ou, melhor dizendo, de bens e serviços, dos quais o PSE faz uso para reforçar e/ou realizar a mudança de atitudes, comportamentos e estilos de vida da população.

O PSE está sendo útil tanto para distribuir recursos materiais - didáticos, pedagógicos (anexo C), materiais informativos (anexo D), equipamentos (balança, esfigmomanômetro, estetoscópios, entre outros), materiais de apoio (fita métrica, preservativos, etc.) – e recursos financeiros, quanto para espargir os recursos humanos (BRASIL, 2011a, p. 7). Por meio

desses recursos, é possível o mapeamento do meio, a avaliação do educando (veremos na próxima seção) e a propagação de ideias, de conhecimentos e informações que conduzem os comportamentos, as condutas, ou seja, que propiciam o governo da população.

É preciso ter em mente que o Programa emerge devido à incitação ao longo dos tempos na população, produzindo esse desejo por ser saudável, por um estilo de vida tido como correto, pela conduta adequada, assim oportunizando a entrada da saúde na escola. Conforme mencionei em outro momento, essa produção de desejo por ter saúde e ser saudável na população fez com que ações do Programa se traduzissem especificamente como promoção de saúde da população, tendo o consentimento desta.

Neste momento, vou demonstrar e analisar os elementos que me possibilitaram construir a primeira unidade de análise (Capítulo 2, na seção 5), ou seja, as estratégias percebidas para a disseminação da saúde na escola. Uma das primeiras estratégias que percebi nas práticas discursivas para o Programa se afirmar como política pública e se modo conseguir atingir a população é a interligação permanente e constante estabelecida entre os setores de saúde e de educação. Tal interligação ocorre com a intersetorialidade, à inclusão das ações de saúde no projeto político-pedagógico das escolas, a integralidade das ações dispensadas ao educando e a territorialidade, dentre outras.

Apesar de a própria noção de setor denotar certo obstáculo quando se pensa em ação conjunta para intervenções nos problemas sociais, a intersetorialidade na saúde é destacada como o espaço estratégico para que profissionais, gestores, prestadores, professores, usuários, familiares e movimentos sociais possam discutir a fundo os avanços e impasses do cotidiano, propondo estratégias para seguirem em frente, sempre na direção da atenção comunitária e territorializada (BRASIL, 2011a). Na interação entre as áreas, dá-se a incorporação de atores sociais antes excluídos do processo de produção da saúde, tendo-se a pretensão de garantir ao público destinado o acesso a uma qualidade de vida melhor.

A interação entre os profissionais da saúde e da educação tem a finalidade de gerar alternativas criativas para buscar saúde e educação integrais dos estudantes (BRASIL, 2011a). Certa de que “intersetorialidade” é um termo que pode assumir diferentes sentidos práticos e políticos, entendo que, no contexto do PSE, o termo é usado para designar uma desejada coparticipação entre saúde e educação frente ao planejamento, à gestão e à implementação das ações que atendem às expectativas do Estado. Por meio dessa política, o Estado reforça a importância de que sejam feitos investimentos de saúde na escola de forma a incentivar a participação ativa da população, tanto nos modos de vida que são constituídos na

Contemporaneidade, quanto na gestão do próprio País, como vou demonstrando nesta seção. Por meio do incentivo à saúde na escola, o Estado busca estabelecer uma parceria com a população no que concerne à administração interna do País.

Essa ação do Estado, aparentemente, dá a entender que a força do Estado vai se esmaecendo, mas, de acordo com Lopes (2009), “o abrandamento da presença do Estado não significa o seu desaparecimento; ao contrário, significa a sua presença em cada prática institucionalizada ou não”. O Estado, assim, não diminui sua atuação, mas prolifera socialmente, estabelecendo parcerias, difundindo o que preconiza, irradiando seu poder e saber em cada um e em todos. Nesse Programa, cada indivíduo é convocado a atuar como parceiro do Estado, por meio de uma ampla rede de comunicação que se estabelece – que pressupõe a equipes de saúde e de educação –, a auxiliar na regulação e no controle de ações coletivas e das suas próprias ações, colaborando na promoção da eficiência da estrutura social.

Nas práticas discursivas, esse compartilhamento de gestão é estabelecido como fundamental para construir ações integrais de educação e saúde, ações essas que devem operar com efetividade e eficácia nos problemas e necessidades do educando. Assim,

Qualquer intervenção da saúde (educativa, preventiva, clínica etc.) deve também ser pedagógica em sua intenção e execução e em sintonia com a programação pedagógica da escola, e ser contada como momento de aprendizagem (inclusive carga horária simultânea para a escola e para as atividades de saúde realizadas). (BRASIL, 2011a, p. 14).

Entendo que essa aproximação parece estar pautada nas necessidades de saúde e de aprendizagem do educando da escola pública; mais do que melhorar os processos de ensino, está voltada para que, no futuro, o educandos tenham condições mesmo que mínimas de saúde para poderem contribuir no desenvolvimento do País. Destaca-se que “somente a gestão intersetorial do PSE, fortalecida pelos GTIs (saúde e educação), impulsionará os avanços necessários” (BRASIL, 2011a, p. 9), fazendo-se referência à superação da miséria do País, ou seja, essa ação é voltada para a população no sentido de estabelecer a mudança no desenvolvimento econômico, político e social.

O PSE se estabelece como estratégia do Estado para atingir mais profundamente o social ao garantir uma maior participação, comprometimento e “conformação de redes de corresponsabilização” de todos os integrantes (ibidem, p. 9). Percebe-se a clara intenção da lógica neoliberal de que todos participem, pois os educandos, a comunidade escolar e a família também devem ser protagonistas. Lopes e Fabris (2013, p. 78) afirmam que “os

investimentos do Estado parceiro, que convoca cada um e toda a população é uma estratégia potente para que todos sejam colocados no jogo do neoliberalismo”. Elas ainda apontam que é essencial saber como as políticas públicas atingem a população, sendo “um importante exercício para que possamos nos dar conta dos investimentos do Estado na vida de cada um de nós, cidadãos brasileiros, que, mesmo na faixa da pobreza absoluta, é capturado por meio das políticas para ser incluído no mercado” (Lopes e Fabris, 2013, p. 78). Os investimentos de saúde na escola são uma maneira de agir sobre cada estudante e sobre todos para que sejam mais saudáveis e possam se inserir melhor no mercado,

Os investimentos de saúde devem atuar de modo que “os profissionais da saúde e de educação devem assumir uma atitude permanente de empoderamento dos princípios básicos de promoção da saúde por parte dos educandos, professores e funcionários das escolas” (BRASIL, 2011^a, p. 7, grifos meus). Percebo no excerto que, ao preconizar o empoderamento⁵⁵ da população escolar em relação à saúde, não deixa de ser uma pretensão do Estado produzir indivíduos capazes de buscar soluções para seus problemas de saúde, ou seja, capazes para a gestão de sua própria saúde. Essa gestão implica que cada um cuide de si, ou seja, cuide da sua vida e da sua dieta, pratique exercícios, perceba os riscos que podem atingi-lo. Tudo para que cada um cultive seu corpo, para que esse ser se destaque. Esse conjunto de ações, entre outras, torna-se um ato individualizante e narcisista. Ao fazermos isso, somos capturados por essa sociedade neoliberal que nos controla por meio de múltiplos saberes e poderes.

Os saberes do PSE são direcionados sem levantar suspeitas; conforme Foucault (2008b) nos afirma, são direcionados segundo o que requer a racionalidade política atual. Esta política desenvolve ações para o indivíduo atingir um nível de saúde desejável e, com isso, diminuir sua dependência em relação ao Estado. É nesse sentido que Castiel e Diaz (2007) destacam que a ênfase na responsabilidade individual e no empoderamento seguem a lógica neoliberal. Nessa estratégia, consegue-se mais participação social, ou seja, mais pessoas conseguem entrar no jogo econômico.

Para estar mais apto para a vida, é importante que o cidadão tenha condições mínimas de saúde: corpo apresentável e com peso mais próximo do normal; dentes sem cáries e preservados; comportamentos adequados dentro de uma moral preconizada, sem vícios

⁵⁵Não vou me deter neste termo, que é considerado complexo e com múltiplos sentidos, mas esclareço que, para uma noção melhor do emprego do termo “empoderamento” em relação à promoção de saúde, destaco alguns autores que abordam esse assunto: Carvalho (2004) e Ferreira e Castiel (2009).

relevantes; relacionamentos aceitáveis; noção de gestão dos riscos que possam acometê-lo nas mais diferentes situações, seja em relação ao trânsito, doenças, relações interpessoais ou meio ambiente, etc. Por isso é que a escola passa a ser destacada como a instituição que, ao construir sujeitos autônomos que saibam se autogovernar, possibilita que também sejam capazes de gerir suas vidas e de resolver os problemas, inclusive, da sua comunidade.

O Estado, ao implantar o PSE, tem o intuito de organizar e atingir todos os espaços que constituem as áreas de sua atuação, abrangendo o nível federal, estadual, municipal, as instâncias governamentais da saúde e da educação escolar, para atingir o ser humano no plano individual e coletivo. Para obter essa abrangência e legitimar suas ações, utiliza o discurso científico⁵⁶, promovendo e incentivando a capacitação de recursos humanos. Desse modo, os profissionais de educação e da saúde e os jovens educandos são potentes disseminadores das práticas discursivas do Estado, pois “estes serão os multiplicadores em seus municípios de origem” (BRASIL, 2008a, p. 9).

Essa formação e disseminação de saúde ampliam o número de pessoas que aprendem a cuidar-se, a responsabilizar-se por si, sua família e comunidade. A seguir, no Quadro 11, trago excertos em que se verifica o interesse da formação dos envolvidos no Programa Saúde na Escola.

Quadro 11 – Componente III – Educação permanente e capacitação de profissionais da Educação e da Saúde e de Jovens para o Programa Saúde na Escola

Componente III – Formação

Convocar os jovens para participar desse processo de capacitação fortalece o protagonismo juvenil, porque a adesão da garotada garante que o trabalho promove significativas transformações sociais na vida de todos.

No planejamento do Componente III é importante prever momentos formais como cursos, oficinas, participação em congressos, curso de educação à distância entre outros, sem esquecer que a formação é um processo permanente e de integração dos Grupos de Trabalho Intersetoriais e das equipes de saúde e educação. Para isso é necessário escutar as dificuldades e potencialidades do trabalho dos profissionais da saúde e educação e pensar em ferramentas para qualificar esse trabalho, desenvolvendo um cronograma de encontros para discutir as condições de saúde dos territórios e promover a troca de saberes.

Fonte: Brasil (2013a, p. 10)

O Estado impulsiona a formação de gestores na equipe que atua no Programa, sendo realizada de maneira contínua e permanente, de forma presencial ou à distância (BRASIL,

⁵⁶ O discurso científico é tido como portador de verdades. Foucault (2009) afirma que, quanto mais se governa pela verdade, menos se governará diretamente, assim, menos se precisará intervir sobre o sujeito, pois ele agirá sobre si mesmo.

2011a). Buscando a formação de uma multiplicidade de indivíduos, viabiliza e fortalece as ações de saúde dispensadas à comunidade, favorecendo o governo, ou seja, propicia a constituição de sujeitos mais responsáveis pela condução de si e das condutas dos outros conforme os ensinamentos abordados. Com isso, oportuniza a gestão do risco social e, conseqüentemente, propicia melhores condições de vida.

Quanto maior o investimento na formação dos recursos humanos, maiores as chances de potencializar esse capital humano, daí a importância da “realização de atividades de educação permanente de diversas naturezas” (BRASIL, 2011a, p.19). Dessa forma, fica mais fácil influenciar as ideias, as ações e as condutas do grupo, para que possa também auxiliar o Estado a governar o restante da sua população, possibilitando àquele melhores condições de manter a ordem interna do País.

Cabe destacar que, na constituição de formas de vida neoliberais, constituir sujeitos mais responsáveis pela condução da conduta de si e das condutas dos outros, capazes de se sentirem cuidados, mais do que apenas não ser doente, “significa, sobretudo, pertencer a um mundo, aderir a um universo” (LAZZARATO, 2006, p. 100). Então, além de distribuir materiais informativos, didáticos e pedagógicos e investir na capacitação de recursos humanos, é preciso atingir toda a população, ou a maior parte dela, para inculcar-lhe o desejo de ter boa saúde, de cuidar-se. “O Programa Saúde na Escola - PSE deve usar diferentes estratégias para que esta formação chegue a todos os interessados” (BRASIL, 2011b), para que possam cuidar de si, dos outros e do meio e, com isso, aumentar o desenvolvimento do País.

Ao estabelecerem-se a formação continuada e a participação de diferentes grupos de indivíduos para a troca de saberes, poderes e afetos, utilizando-se as mesmas práticas discursivas de saúde, ocorre um redimensionamento das profissões, ou seja, outra forma de ser profissional, tanto da área da saúde quanto da educação. A troca, o acesso a certas informações, a outros conhecimentos, proporciona uma hiper-hibridização profissional, o que tem se tornado tão comum na Contemporaneidade, com o advento da globalização. O Estado destaca que “a construção de políticas públicas integradas é condição indispensável para atualizar e renovar, de forma permanente, os significados fundamentais da educação e da saúde, com vistas à integralidade” (BRASIL, 2011a, p. 18); assim, os saberes podem ser ressignificados conforme a necessidade.

Neste contexto, referencio Nikolas Rose (2011), que escreveu o livro *Inventando nossos selfs: psicologia, poder e subjetividade*, no qual o objetivo é “questionar algumas de

nossas certezas Contemporâneas a respeito do tipo de pessoa que nos levamos a ser; é ajudar a desenvolver meios por meio dos quais poderemos começar a pensar de outra forma” (ROSE, 2011, p. 11). Esse autor discute a valorização de determinadas capacidades idealizadas que se constituem em “novas racionalidades de governo e novas tecnologias para a condução da conduta” (ROSE, 2011, p. 37). Ainda refere que entendemos e fazemos coisas conforme somos disciplinados, como parte desse sistema. Outro ponto que acho que merece ser trazido é o fato de que, ao estabelecer-se um grupo permanente dedicado à formação continuada (BRASIL, 2011a), salientando-se que “a atualização dos educadores sobre esses temas é importante” (BRASIL, 2011b p. 9), isso se torna uma importante ferramenta para constituir um sujeito que aprende o valor da qualificação constante no seu futuro, sendo essa uma condição própria da Contemporaneidade.

As escolas e os professores, perante a exigência de novas funções, necessitam alargar e aprofundar conhecimentos em outras áreas que não são as da sua formação de base, além de reduzirem sua disponibilidade de tempo em atividades funcionais. Entretanto, não tenho conhecimento dos efeitos do Programa Saúde na Escola no quesito ensino - aprendizagem, pois é um programa recente, mas percebe-se nos documentos certo esmaecimento de enunciações que façam referência a ações relacionadas ao ensino de conhecimentos específicos, colocando-se que as ações de educação e saúde devem produzir aprendizagens significativas (BRASIL, 2011a, p. 5). Destaca-se, ainda, que o desafio é “trabalhar as temáticas por meio de metodologias participativas e ativas de aprendizagem, que superem e componham com as tradicionais ações de repasse de informações relevantes” (BRASIL, 2013, p. 9).

Mainardi (2010, p. 5) considera que a “expansão da rede pública de ensino de forma desordenada prejudicou a qualidade da escola pública, que não vem cumprindo a contento sua função informativa e, menos ainda, a formativa”. Segundo Biesta (2013), o aluno tornou-se atualmente o foco da educação, e a aprendizagem passou a ser o centro do discurso da educação em detrimento do ensino, o qual constrói o conhecimento, a problematização. O autor destaca também que isso provoca um desaparecimento do professor, que tem surgido mais como facilitador da aprendizagem - e a escola, como ambiente de aprendizagem -, ficando esquecidos os propósitos da educação e seus conteúdos. Weber (2006, p. 40) indica que a escola funciona como “lugar de produção e reprodução dos discursos de cuidado, higiene e cura, onde a saúde e a educação potencializam as suas ações para subjetivarem e constituírem o sujeito e a sociedade Contemporânea”. Entretanto, reitero que outra condição

para a saúde estar na escola é a otimização dos recursos humanos e materiais (BRASIL, 2011a), o que auxilia o Governo a minimizar os custos e oportuniza a propagação de sua atuação aos educandos e suas famílias. É preconizado que os profissionais das duas áreas “falem a mesma língua”, ou seja, utilizem o mesmo discurso de promoção de saúde (BRASIL, 2009b, p. 28). Desse modo, consegue-se maior poder de atuação para que os educandos saibam fazer suas escolhas dentro de um conjunto específico de saídas determinadas previamente, no sentido de reduzir os riscos.

No quadro até agora apresentado do PSE, é possível entender alguns dos motivos que propiciaram a flexibilização das exigências para participar do Programa e, conseqüentemente, a ampliação quanto ao número de instituições para a chamada universalização do Programa na escola pública. O Estado pode atingir mais pessoas para produzir outras formas de viver, o que torna a necessidade de ações de disseminação de saúde ainda mais importantes na escola. Por ser a instituição que captura o maior número de indivíduos desde a mais tenra idade e por mais tempo diariamente, a escola é considerada “o ponto de promoção permanente da educação e da saúde” (BRASIL, 2010b, p. 16). A importância da prevenção e promoção de saúde (as ações específicas de promoção e prevenção foram apresentadas no Quadro 2) pode ser observada nas enunciações do Programa, apresentadas no quadro abaixo.

Quadro 12 – Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos

Componente II – Promoção da Saúde e Prevenção de Doenças e Agravos

As ações de promoção da saúde visam a garantir oportunidade a todos os educandos de fazerem escolhas mais favoráveis à saúde e de serem, portanto, protagonistas do processo de produção da própria saúde, buscando melhoria da qualidade de vida. As estratégias de promoção da saúde serão abordadas a partir dos temas destacados como prioritários para a implantação do programa da saúde e prevenção de doenças e agravos no território.

Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade são propostas de ações em saúde.

Fonte: Brasil (2011a, p. 17)

Na prevenção, controla-se a transmissão de doenças infectocontagiosas e minimizam-se riscos, ou estes são eliminados o mais rapidamente possível, o que é importante por vários motivos: para o educando não ficar doente, para a família não dispensar tempo e dinheiro com ele - e o mesmo vale para o Estado; assim, o educando pode tornar-se, no futuro, mais produtivo, competitivo, autônomo, entre outras condições. Já a promoção de saúde tem um significado mais amplo, no sentido de proporcionar melhores condições de saúde e,

consequentemente, de vida, como foi demonstrado, em especial, no Capítulo 2.

É importante observar a relação do PSE com organizações supranacionais⁵⁷, como a OMS (Organização Mundial de Saúde), o que pode ser uma das demonstrações do caráter multinacional de direcionamento do Programa. A política de saúde na escola acontece em vários países, não sendo uma determinação da gestão do Estado brasileiro; ela faz parte de um conjunto de estratégias que vem sendo adotado por outros países de um modo geral, como efeito da globalização. O intuito é estreitar a relação entre o Estado e a população, ou seja, entre os serviços do Estado e as comunidades que mais dependem de bens e serviços, constituindo-se em uma forma de governo, ou seja, um meio de exercer a condução das condutas.

Para isso, o Programa entra na escola por meio de linhas de ações que visam a atuar na promoção e prevenção da saúde física, mental e ambiental (BRASIL, 2011b). As ações de promoção e de prevenção desenvolvidas pelos profissionais do PSE contam com o apoio dos materiais didático-pedagógicos que constam no anexo C. Essas ações operam sobre as capacidades físicas, mentais e psicológicas e podem ser de diversas naturezas, como: palestras, debates, encontros de mobilização e sensibilização, buscando harmonia de conceitos e abordagens, metodologias participativas (oficinas temáticas, vídeo de debates, gincanas, rodas de conversa, debates a partir de expressões artísticas, intervenção na comunidade), atividades extracurriculares, sessão discursiva sobre filme, inclusive, com indicações de filmes, “recreio dirigido”, coletivas de orientação, jogos e brincadeiras, entre tantas outras ações, podendo ter a participação dos pais ou de pessoas de referência (BRASIL, 2011a).

Esse conjunto de ações educativas, dentre outras presentes no PSE, é uma importante estratégia de governo da população escolar, pois tem a intenção de incitar, seduzir, com a menor coação possível, para, por meio do corpo, atingir a alma. Esses vários tipos de intervenções possibilitam uma maior captura do educando, que, de uma maneira ou de outra, acaba seduzido para direcionar seu pensamento e ações de modo mais profundo ao seu eu. O propósito é fazê-lo modificar ou reforçar seu comportamento, até mesmo utilizando o tempo e o espaço do recreio, daí o “recreio dirigido”. Por isso que a escola é destacada como a grande

⁵⁷Na atualidade, observa-se que tanto as políticas educacionais quanto as de saúde estão balizadas a partir das recomendações de órgãos reguladores, como a Organização das Nações Unidas para Educação, Ciência e Cultura (UNESCO), a Organização para Cooperação e Desenvolvimento Econômico (OCDE), o Banco Interamericano de Desenvolvimento (BID), a Organização Mundial de Saúde (OMS), o Banco Internacional de Reconstrução e Desenvolvimento (BIRD), etc. Ao seguir os ditames dessas instituições o Estado tem um esmaecimento das suas funções, (LOUREIRO, 2013), mas não vou dar andamento a essa discussão por entender que não é pertinente a este estudo.

maquinaria na história da fusão da educação com a saúde, pois conjuntamente regulam a vida e a conduta dos educandos. Foucault (2004) refere que somos construídos por meio de diversas formas que nos capturam, nos disciplinam; entre elas, estão a escola, os hospitais, a prisão, as regras de alimentação e da sexualidade, assim como uma infinidade de estratégias de poder. A maquinaria escolar opera conduzindo as condutas dos indivíduos para que cada um assuma para si mesmo a importância de fazer investimentos na sua própria saúde, na dos outros e no meio, ou seja, os sujeitos são tidos como protagonistas que visam à transformação social (BRASIL, 2011a).

Veiga-Neto (2000, p. 198) refere que “o que está ocorrendo é uma reinscrição de técnicas e formas de saberes”. O Estado, ao capturar o educando, consegue fazer com que todos desenvolvam o desejo pela saúde e se tornem uma fonte de captação que posteriormente espalha o conhecimento de saúde; cada um se torna a irradiação do saber e do poder de saúde, conduzindo a si e aos outros. Lopes (2009, p. 128) diz que, “em cada sujeito, está o Estado; não há como fugir à sua captura, cada vez mais sutil e eficiente”. Cada educando dissemina o conhecimento adquirido.

Esse investimento em disseminar conhecimento de saúde “exige a participação ativa de todos os sujeitos na construção de ações que visam às escolhas mais saudáveis” (BRASIL, 2011a, p.15), sendo fundamental para gerir a população, uma vez que ensina o que é desejável para ter boa saúde, direciona os indivíduos a se comportarem de determinada maneira e a seguirem certas regras e normas. Esses sujeitos sabem quais as escolhas mais adequadas; assim, “naturalmente”, as pessoas assumem para si a condução da conduta da população.

Uma maior eficiência dessa transformação é possível, uma vez que a comunidade é convocada a participar do Programa desde o início para atuar em prol da gestão dos índices negativos – como os índices de violência, acidentes, uso de drogas, gravidez na adolescência, doenças que podem ser prevenidas, etc. A saúde entra na escola para a produção de condutas consideradas corretas, adequadas, enfim, saudáveis, e assim atua na alteração de uma variedade de estilos e culturas, afirmando sua ação em benefício da população. Por esse viés, compreendo que as ações de saúde na escola se estabelecem como uma maneira de ditar regras, normas e moral e exercem a condução das condutas da população como forma de governo.

Fazendo emergir a necessidade de educar os indivíduos em saúde, ensinando modos adequados de comportar-se em uma sociedade que tem regras e normas estabelecidas, a função dessas práticas é conduzir as condutas da população. Seguindo o pensamento de

Foucault (2008b), entendo que os profissionais que atuam no PSE, por meio de suas práticas discursivas, estabelecem aos educandos certos cuidados, prevenções, regras, constituindo uma maneira de governá-los para que internalizem saberes e os sigam. O cuidar-se de si e dos outros também é um modo governar.

Foucault (2008b) destaca que, no poder pastoral, Deus era considerado o portador da verdade. Com o passar dos tempos, percebemos que quem a determina não está no plano transcendental, mas no plano terrestre. Com a estatística, o autor comenta, fica mais fácil impor ensinamentos, comportamentos, condutas tidas como pertinentes. Segundo ele, o poder pastoral tinha a meta de obter a salvação da alma, o que foi sendo modificado pela atual busca de “salvação” do corpo. Para obter-se essa salvação do corpo, controlam-se riscos que possam acometer a população e tenta-se ao máximo influenciar o psicológico do indivíduo para que este conduza a si e os outros. Busca-se estabelecer um senso de certo/errado, verdadeiro/falso, adequado/inadequado, saudável/perigoso, para guiar esse ser humano a saber controlar-se, gerir-se e gerir o outro, independentemente de este ser membro da família, da comunidade ou da população. Nessa intervenção, espera-se uma mudança de mentalidade, de comportamento, pois o discurso normalmente tem uma base científica para conduzir cada um e todos para que sigam o que está sendo preconizado.

Nesse processo de gestão de saúde, ao ditarem-se regras de comportamento, restringem-se certas liberdades, pois se instauram limites, controles que, com todos “falando a mesma língua”, se estabelecem como verdades indiscutíveis, e os indivíduos tem sua liberdade regulada. Com a noção de risco bem determinada, o que se espera é que não vinguem pensamentos contrários aos ensinados; nesse campo, estão as relações sexuais, o peso, os vícios, a alimentação, dentre outros. Assim, a promoção de saúde e a prevenção dos riscos funcionam como uma ferramenta para o governo, pois, ao analisar-se sua probabilidade, desenvolve-se uma série de mecanismos de segurança, cujo objetivo está em garantir a permanente criação e funcionamento da liberdade (FOUCAULT, 2008a). As ações de saúde buscam conduzir os sujeitos por meio de liberdades e autonomias reguladas, sendo propagadas aos profissionais da saúde, aos educandos e à própria população, que as aceitam com naturalidade e como boas. A liberdade está condicionada aos saberes despendidos. A partir desse conhecimento, o sujeito é livre para fazer suas escolhas, ou melhor, tem autonomia direcionada para a vigilância de si, do outro e do meio.

As ações de saúde têm se universalizado nas escolas públicas, com a possibilidade de garantir a seguridade social. Busca-se minimizar todo e qualquer risco que possa acometer a

população, para aumentar a possibilidade de se ter um melhor capital humano, pois há a intenção de minimizar vulnerabilidades (social, de saúde e de educação, como vimos na primeira seção deste capítulo).

Segundo Foucault (2008a, p. 209), a direção dessa política configura-se numa racionalidade neoliberal, pois “tende a dar às classes mais desprovidas o maior bem-estar possível”. Essa política utiliza um conjunto de estratégias que favorecem a condução das condutas da população brasileira. Por meio da disseminação da prevenção e da promoção da saúde, são mobilizadas práticas que destacam a importância de fomentar o desenvolvimento (econômico, social e político) do País.

A disseminação de saúde na escola é uma forma de investimento do Estado no futuro da população para que os indivíduos não se tornem um tipo de sujeito indesejável para a sociedade. Ao atuar por antecipação, produzirá sujeitos menos dependentes do Estado e mais em condições de empregabilidade, uma vez que, para que os sujeitos sejam empregáveis, uma das condições fundamentais é dispor de boa saúde.

O Estado busca estabelecer desde cedo a parceria com a população no que concerne ao cuidado de si, do outro e do meio ambiente (BRASIL, 2013), transferindo a responsabilização também para os sujeitos de modo geral e facilitando a administração interna do País, ou seja, o seu governo. Entendo que cada indivíduo é convocado a atuar como parceiro do Estado por meio da atual política de saúde na escola, a fim de contribuir na regulação e no controle de ações individuais e coletivas, assim promovendo a eficiência da estrutura social. Ao constituir-se um grupo disseminador que obtém informações, conhecimentos e maneiras de agir de uma fonte central, as condutas tornam-se mais uniformes. Essa captura é essencial para ter saberes e poderes sobre esse grupo que irá atuar na comunidade e ser uma forma de disseminar sua atuação mais facilmente, conforme a racionalidade política estabelecer.

O PSE, até o presente momento, vem sendo ampliado, na perspectiva de se auto afirmar como política pública, com maior abrangência social, no intuito de disseminar padrões de saúde utilizando os recursos humanos disponíveis e distribuição de recursos materiais para melhor conduzir a conduta. Na próxima seção, descrevo as estratégias que o PSE utiliza para ser mais pontual, dentre elas: conhecer o território, avaliar cada educando, identificar os riscos, entre outras coisas, que permitem que os dados e cálculos obtidos possibilitem a normalização do educando e um maior redirecionamento de ações, ou seja, que esse conjunto de ações seja realizado com mais exatidão para obter um melhor governo do educando e da comunidade em geral.

5.4 Conhecer, vigiar, controlar como estratégia de governmentamento

O reconhecimento da importância de fazer investimentos em saúde para auxiliar a transformar o padrão de desenvolvimento brasileiro foi adotado também por diversos países desenvolvidos. O Estado brasileiro deu-se conta de que, ao melhorar as condições de saúde, teremos melhores condições de educação, empregabilidade, produtividade, pois existe uma interdependência nesses fenômenos. Ao atentar para essa interligação, é imprescindível ao Estado “dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias para superar os problemas e adversidades identificados e vivenciados pela comunidade, [essas] são propostas de ações em saúde” (BRASIL, 2011a, p.15) para melhor gerir a população.

O Estado, para tanto, deve dispor de estratégias e ferramentas que lhe possibilitem conhecer, ter informações, visibilidade, fazer previsões, ter probabilidades e estimativas estatísticas de vida do educando. Dessa forma, pode fazer interferências, modificar favoravelmente as determinações dos fenômenos que produzem algum tipo de risco ao educando, à família e, como parte de um conjunto maior, à população.

A governamentalização do Estado permitiu o desenvolvimento da biopolítica, que tem a vida e seus fenômenos, tais como saúde, natalidade, longevidade, higiene e mortalidade, como preocupações vitais (FOUCAULT, 2008a). O Estado começa, então, a dissolver-se em inúmeras práticas e políticas que incidem sobre o educando e a população, por meio de mecanismos não só disciplinares, como também de segurança, como forma de prevenir e controlar riscos para governar melhor.

As técnicas disciplinares são exercidas sobre o corpo do educando e estão relacionadas à vigilância. As técnicas biopolíticas atuam sobre os acontecimentos relacionados ao corpo-espécie da população. As biopolíticas de seguridade tornam-se a base para a condução da conduta. O PSE, nesse aspecto, torna-se fundamental para o governmentamento da população, pois possibilita conhecer, vigiar e controlar, como demonstro a seguir.

5.4.1 Mapeando o território escolar

A escola pública é convocada a participar cada vez mais no local em que se insere, sendo destacada nos discursos como ponto de referência para poder atuar na comunidade. Saliento que a iniciativa de ampliar a função escolar, antes facultada quase que

exclusivamente a professores em suas práticas pedagógicas, se expandiu no quesito da entrada de outros saberes, de ações e, conseqüentemente, de outros profissionais. A saúde na escola na atualidade, ou seja, a disseminação de saberes de saúde na instituição escolar, é um investimento considerado necessário tanto pelo Estado quanto pelo mercado globalizado. Com isso, quero deixar claro que as práticas discursivas de saúde se constituem em um ato imprescindível de Estado e, como tal, são reverenciadas prioritariamente como de grande importância para a população; por isso, essas ações proliferam tão naturalmente na população, por meio de investimentos por parte do Estado.

Podemos observar a ênfase dada à escola para a realização de ações que, conjuntamente com a equipe de saúde, possam envolver a comunidade antecipadamente à entrada do Programa na escola:

Quadro 13 – Ênfase sobre a importância da escola para a entrada de outras ações

[...] a escola é o ponto de referência do território local para as investigações, espaço privilegiado para a consolidação das pesquisas e diálogos.

Elaboração de um diagnóstico e de propostas aprovadas participativamente antes da implantação, objetiva auxiliar a comunidade na construção de propostas.

[...] o convite do Programa Saúde na Escola (PSE) para uma expedição pelos territórios que aproximam a educação e a saúde. As demandas sociais e os problemas enfrentados definem qual o conhecimento necessário.

Fonte: Brasil (2011a, p. 15)

Para a adesão ao PSE, é necessário um Projeto Municipal inicialmente com profissionais da educação e da saúde para fazer: o reconhecimento do território com sensibilização e mobilização de cada indivíduo da comunidade (convoca a comunidade, incentiva o protagonismo e as parcerias e obtém o apoio dos meios de comunicação); a leitura da realidade local e identificação das necessidades sociais (consolida o grupo de trabalho, mapeia o território, insere a temática educação e saúde no Projeto Político-Pedagógico e no Currículo Escolar, organiza as atividades de atendimento clínico e psicológico e as avaliações das condições de saúde do educando); o repasse para a comunidade das propostas para reconhecimento e posterior implantação das ações do PSE (BRASIL, 2010b). Foucault (2008a, p. 408) afirma que “cada elemento da sociedade civil é apreciado pelo bem que vai produzir ou provocar para o todo. Pode-se dizer de um homem que ele é bom, que é direito, que tem valor, na medida em que, e somente na medida em que, ele é bem feito para o lugar que ocupa”. Portanto, conforme o indivíduo atua na comunidade, provoca o desenvolvimento

dessa comunidade. Esse investimento de “participação ativa de todos” (BRASIL, 2011a, p. 15) cria condições para cada um se sentir atuando e decidindo no interior dessa política de governo e corresponsável pelo seu território.

Essa participação para a implantação do PSE é um modo de democracia antecipada, pois a comunidade é chamada para ser parte do PSE, a fim de que este consiga desenvolver suas ações com a participação ativa. A comunidade é destacada nos discursos como a principal agente de transformação, “porque ela é que vai assumir a liderança desse processo que vai mudar essa realidade” (BRASIL, 2010b, p. 22), embora algumas ações do PSE sejam prioritárias, pois vêm preestabelecidas pelo Governo. O reconhecimento do território é colocado nos discursos; por meio de operações com “planejamento participativo”, garantem-se “um conhecimento e reconhecimento, identificação e pertencimento, diagnóstico e formulação de propostas, práticas que consolidam uma sociedade ativa e responsável pelos seus caminhos” (BRASIL, 2010b p. 16). Compreendo que esse Programa pode ser reconhecido como uma instrumentalização do Estado para o governo do meio geográfico, desse território e de sua população. Esse esquadramento desejável de determinado meio espacial e população envolve uma racionalidade do Estado, a qual Foucault chama de governamentalidade.

Ao convocar as parcerias comunitárias, o Estado, por meio do PSE, poderá mapear, reconhecer e esquadrihar melhor o território e elencar as situações problema da comunidade. Dessa maneira, poderá ter “o diagnóstico situacional, as questões referentes a determinantes sociais e o cenário epidemiológico” (BRASIL, 2010b, p. 9), tendo uma visão ampla da comunidade. Esta, conseqüentemente, passa a estar informada sobre a sua situação nesse mapeamento, e isso pode impulsionar o desejo de mudança da comunidade.

Ao mapear o território, as pessoas e a sua realidade, obtendo informações sobre problemas concretos, descrevendo os fenômenos e a dinâmica dessa população, o Estado constrói um aporte de dados (saberes) sobre a população e o território. É possível conhecer: as condições de vida, a situação de saúde, as doenças, as condições de habitação, a escolaridade, as condições socioeconômicas, dentre outras, para poder agir. A partir do prognósticos feitos os mecanismos de segurança, vão atuar na gestão de série de acontecimentos em favor da população. Deste modo esses tratam de organizar a vida, não atuam no sentido de serem proibitivos e prescritivos, mas enfatizando o que não seria esperado, adequado, desejável para deste modo obter o desejável, agem naturalmente de tal modo, que uns operam sobre as ações dos outros. A partir dos dados obtidos no “território” é possível calcular e atuar na

suscetibilidade da população, com o intuito de minimizar os riscos.

Nessas expedições, o Estado estabelece saberes para poder gerir os fenômenos que considera importantes, ou seja, estabelece relações de poder e saber, a fim de poder governamentalizar. Como afirma Foucault, “não há relação de poder sem a constituição correlata de um campo de saber, nem saber que não suponha e não constitua ao mesmo tempo relações de poder” (FOUCAULT, 2004, p. 27). Esses saberes transformam-se em fontes que ampliam a visibilidade, o conhecimento e o poder de atuação do Estado, direcionando melhor as suas metas, sejam elas quais forem.

Esse esquadramento do território contribui para, além de coletar informações, estabelecer identidades, identificar problemas múltiplos e necessidades para se tomarem decisões e se firmarem estratégias nas mais diversas dimensões, indo além do processo de saúde-doença-cuidado. A utilização da escola nos discursos para conhecer e atuar na comunidade é bem vista na maioria das vezes pelos indivíduos, pois nos discursos aparece a intenção de promoção de saúde. Os indivíduos e a comunidade não percebem que, por meio da escola, é possível estabelecer métodos de obtenção e análise de várias situações que não seriam passíveis de detecção em outros tempos e condições ou por outras instituições.

Essa confiança na escola pela população deve-se muito à cultura de que tudo o que se desenvolve na escola e pela escola é socialmente benéfico, o que se estende ao PSE. Esse Programa convoca a escola a extrapolar o seu território escolar e a alcançar o espaço comunitário, alterando a função social da escola em relação ao ensino de conhecimentos específicos. Podemos ver, na Figura 3, a escola sendo destacada como o centro que promove o “desenvolvimento de uma sociedade mais saudável e consciente. Faz valer seus direitos e defende o desenvolvimento local” (BRASIL, 2010b, p. 15).

Figura 3 – Escola como importante local de referência.



Fonte: (BRASIL, 2010b, p. 14)

Com o PSE, o território é percebido como fator de proteção social, espaço de desenvolvimento da cultura, da paz e de garantia de direitos humanos. A escola é tida como ponto de referência que possibilita ao educando e à comunidade reconhecerem minimamente o espaço comunitário; com sua atuação, desperta no educando a responsabilidade e a vontade de fazer a gestão cotidiana de seu destino e da sua comunidade. Com isso, não digo que não seja interessante esse princípio democrático de emancipação do sujeito e da comunidade, tão comemorado, mas procuro entender que faz parte de uma racionalidade neoliberal, que tem o intuito de formar, conduzir os sujeitos a gerir suas próprias necessidades e, por conseguinte, suas vidas, ou seja, a se autogovernarem e a se responsabilizarem por sua situação, que na maioria das vezes é desfavorável.

A partir dos discursos, a comunidade é posta como a parte complementar e incentivadora das ações pedagógicas nas escolas; estas, por sua vez, incentivam a comunidade para a mudança necessária, ou seja, a contemplarem suas necessidades. No quadro abaixo, verificamos como o Estado potencializa a parceria com a comunidade:

Quadro 14 – complementaridade comunidade/escola.

Objetivos comuns, complementação de papéis, confluência de identidade, todos em torno de um objetivo (...). A educação torna-se comunitária e a comunidade torna-se educadora. Os temas que mobilizam a comunidade transformam o currículo e tornam-se objeto de estudo na sala de aula, no projeto político-pedagógico da escola. As ações pedagógicas transformam o cotidiano e são incorporadas pela comunidade.

Fonte: BRASIL, 2010b, p. 13.

Esse chamamento destaca que a comunidade se torna educadora. Nesse sentido, lembro Biesta (2013) quando aponta o desaparecimento do professor, pois parece que todos podem agir como educadores. Esse deslocamento do papel da escola atualmente não depende da vontade ou das concepções de alguns professores, mas ocorre sobre as instituições escolares aos poucos, até ser naturalizado, pois as escolas são reverenciadas como algo bom e, por isso, inquestionável.

Como Veiga-Neto refere, muitos têm “a escola como grande tábua de salvação para as nossas imensas mazelas sociais” (2003, p.104), sendo a educação considerada a única que pode oportunizar um futuro melhor. Assim, a escola é convocada a resolver os problemas sociais, ficando como a instituição mais importante para que as ações de saúde se desenvolvam no seu tempo e espaço. Há quem aponte a crise da escola: essa maquinaria moderna, que “foi e continua sendo a principal instituição encarregada de construir um tipo de mundo, que chamamos de mundo moderno” (VEIGA-NETO, 2003, p.104), sendo preciso reformar para adequar-se às exigências deste mundo atual e pós-moderno. Veiga-Neto (2004) refere que “o mundo mudou, e mudou o nosso entendimento sobre nós e sobre o próprio mundo”, ocorrendo transformações e conexões entre o currículo e as novas formas de vida Contemporânea.

Então, com a constante e insistente incitação para que cada um e todos busquem mais saúde, as ações relacionadas à prevenção e ao autocuidado são desenvolvidas na escola. Com essa idealização, muitos profissionais da educação podem ceder seus lugares, e alguns conteúdos específicos talvez sejam abortados ou vistos mais rapidamente. Sabemos que muitos dos problemas de saúde não são originados na escola, mas, enfim, ela é que deve nesse caso, conjuntamente com outras parcerias comunitárias, buscar a solução para várias situações desfavoráveis na comunidade em que se insere. A instituição escolar, nesse entendimento, parece atuar somente em torno de problemas da comunidade, esmaecendo-se o seu papel, destacado por Masschelein e Simons (2013), Biesta (2013) e Veiga-Neto (2003), assunto esse desenvolvido no Capítulo 3.

A comunidade, por outro lado, tem a opção de eleger, transformar o currículo escolar conforme a sua realidade, necessidades e entendimento. Percebo que isso faz parte da racionalidade neoliberal, colocando a escola como instituição que, ao fazer parte do território, conjuntamente com a comunidade, é convocada a despertar nesta última o desejo de prover suas necessidades e de se autogerir. Com essa estratégia, o Estado pode atuar mais facilmente no meio com o intuito de garantir maior seguridade social e promover o autocuidado, ou seja,

o governo da população. Será esse o novo sentido da instituição escolar na Contemporaneidade. “As crianças ainda devem ir à escola” (VEIGA-NETO, 2000, página), mas qual a escola que queremos? Uma escola que, juntamente com a ação do setor de saúde, com seus discursos e práticas normalizadoras, chama a família e a comunidade para constituir sujeitos que tenham melhores condições de empregabilidade e que favoreçam a gestão do risco social. Uma escola que é tomada como empreendimento pelo Estado, passando por diversas intervenções governamentais com a intenção de aquisição de outras competências (por exemplo: saber operar com computadores, internet, etc.) para novas conformações de trabalho e também no sentido de produzir um sujeito mais saudável, pelo maior tempo possível. Uma escola, como defendem os autores Masschelein e Simons (2013), Biesta (2013) e Veiga-Neto (2003), que tem o compromisso com o ensino de conhecimentos específicos e o desenvolvimento da capacidade e habilidade do pensamento.

Na escola, as práticas das equipes de saúde e de educação incluem ações de promoção, prevenção, recuperação e manutenção da saúde dos indivíduos, entretanto, o Estado precisa inicialmente conhecer esses indivíduos minimamente para poder ampliar as formas de governo. O propósito é conduzir cada indivíduo para que tenha comportamentos mais adequados, estabelecidos por questões relativas à segurança e ao desenvolvimento do Estado. Com o PSE, os indivíduos podem perceber o investimento do Estado para proteger o território e, com isso, se sentem mais seguros.

5.4.2 Conhecer e controlar o educando para gerir a população

Primeiramente, para que o Estado aprimore os mecanismos de visibilidade, vigilância e controle, os profissionais de saúde realizam uma avaliação inicial clínica e psicossocial do educando na escola. Essa avaliação é baseada num amplo leque de pesquisas e práticas, acompanhando as iniciativas de promoção da saúde realizadas mundo a fora. As referências adotadas para essa avaliação são as preconizadas pela Organização Mundial da Saúde (OMS) (BRASIL, 2011a).

Essa avaliação, sob o saber (técnico-científico) de profissionais, permite maior visibilidade da situação do educando. Para isso, cada educando tem um cadastro único⁵⁸ no

⁵⁸Cadastro esse chamado de Cartão SUS, que “é uma ferramenta importante na qualificação do acompanhamento das condições de saúde das pessoas ao longo tempo, e nos diferentes pontos de atenção da rede de atenção à saúde”. Acessado em: <https://cadastro.saude.gov.br>, em 12 de dezembro de 2014.

SUS, que contém todos os seus dados; caso não o tenha, será ativado um cadastro. Este possibilita maior visibilidade da situação longitudinal da vida do educando e, por conseguinte, do cidadão até o fim da sua vida. A avaliação anual permite uma realimentação desses dados, e assim o Estado faz o acompanhamento da vida do educando. Rose (2011, p. 149) destaca que, cada vez mais, as instituições “estabelecem um regime de visibilidade”; essa visibilidade se dá por meio da avaliação do corpo, do psicológico, da conduta, dos hábitos, dentre outros. O autor explica que se tenta enquadrar as pessoas, se inventam perfis e diagnósticos, entre outras formas de agrupá-las para colocá-las dentro de uma grade de análise.

As avaliações “precisam envolver de forma protagonista os educandos, é preciso que eles saibam o que está acontecendo e para que servem as ações realizadas, as atividades são melhores sucedidas quando se convertem em processos de educação em saúde” (BRASIL, 2013, p. 9). Essa declaração nos possibilita compreender a necessidade de envolvimento do educando para estar acessível ao desenvolvimento das ações de conhecer, estabelecer índices e mapear suas condições de saúde e também para aceitar as possíveis transformações que, no Quadro 15, trago um excerto em que se verifica o interesse em avaliar os educandos envolvidos no Programa Saúde na Escola.

Quadro 15 – Componente I – Avaliação clínica e psicossocial

Componente I – avaliação clínica e psicossocial.
São avaliados vários parâmetros das condições de saúde do educando (descritos no Quadro 2). Sugerimos que a avaliação seja realizada na escola, devendo ser encaminhados à unidade básica os educandos com necessidades de maiores cuidados. Esse momento deve ser oportunamente planejado e agendado de forma articulada com a direção da escola, pois representa importante aproximação e encontro com a equipe de saúde e a comunidade escolar, desencadeando acompanhamento e cuidado integral de forma conjunta.

Fonte: Brasil (2011a, p. 15)

Ao avaliar-se o educando, ampliam-se as possibilidades de vigilância e controle sobre sua vida, uma vez que aquele estudante diagnosticado com problema(s) de saúde, ou seja, de anormalidade(s), deve ser encaminhado para tratamento(s) adequado(s), conforme sua(s) necessidade(s), acompanhado dos pais e responsáveis (BRASIL, 2011a). Assim, ao classificarmos cada educando em (a)normal, estamos marcando suas diferenças e distribuindo-o dentro de normas estabelecidas de saúde. Nessa prática de saúde guiada por critérios e padrões instituídos, procura-se minimizar, eliminar certos hábitos e estilos de vida considerados como problemas, e desse modo estabelecer a normalização. A avaliação permite que, a partir dos parâmetros estabelecidos, se tenha visibilidade da condição do educando

como (a)normal e assim se possa controlá-lo.

A avaliação das condições de saúde, por ser uma ação individual e anual, conduz os educandos a perceberem as irregularidades no seu corpo ou comportamentos, se ele é ou está sendo considerado como normal ou anormal, ou seja, ao descrever também prescreve. A avaliação reforça a noção do educando de (a)normalidades, o que também é possibilitado por meio dos saberes repassados e adquiridos e ainda reiterados pelos materiais didáticos, bem como mediante capacitações e protagonismo destinados aos jovens. É dessa maneira que os educandos internalizam cada vez mais as concepções desejadas, a partir dessa maquinaria escolar.

Essa aproximação entre a maquinaria escolar e o Estado, que se dá por meio do PSE, funciona ampliando as formas de controle sobre a comunidade, pois fomenta a aproximação e o encontro com a equipe do PSE e a comunidade escolar. É importante destacar que o Programa não visa somente a remediar as condições de saúde dos indivíduos consideradas negativas; o Programa objetiva também prevenir e educar a população para que cada um assuma para si mesmo a importância de viver de forma mais saudável, diminuindo o número de indivíduos em condições de vulnerabilidade e atuando na gestão do risco social. Demonstro que, por meio dessa avaliação das condições de saúde do educando, se geram várias situações que acabam atingindo, além do educando, a população, configurando-se em práticas de governo.

Situações de baixo peso, excesso de peso, cáries, hipertensão arterial, inclusive com a possibilidade de detecção precoce⁵⁹ de várias doenças, dentre outras, “deverão ser comunicadas aos pais e responsáveis e encaminhadas para a Unidade Básica de Saúde de referência para acompanhamento e gestão do cuidado a ser realizado pela equipe de Saúde da Família (eSF) de referência da escola e pela equipe escolar”(BRASIL, 2011a, p. 15). O controle é acionado quando se verifica uma situação anormal, para tentar normalizá-la.

O envolvimento de pais e responsáveis amplia o universo de cuidado ao educando. “Essa parceria agrega o cuidador no olhar atento a possíveis sinais e sintomas de doenças e pode trazer mudanças importantes e efetivas nos hábitos familiares, como a alimentação, impactando na comunidade como um todo” (BRASIL, 2011a, p. 16). O cuidador torna-se um vigilante que auxilia o Estado a cuidar da saúde dos outros. O saber, assim como o poder, é

⁵⁹O termo “precoce” aqui utilizado é referente à área de saúde, no sentido de detecção de risco, de problema, na prevenção de doenças. Na área da educação, o termo não é o ideal para ser utilizado; por exemplo, para a alfabetização, se preconiza a “idade certa”.

repassado a ele, tornando-o responsável por situações desfavoráveis que possam acontecer ao seu redor, principalmente se elas poderiam ter sido prevenidas. Nesse conjunto de ações, observa-se que os pais vão estabelecendo uma maior interação com o Estado, pois antes eles é que procuravam as ações de saúde conforme sentiam que o filho precisasse⁶⁰. Atualmente, com o PSE, os pais ou responsáveis são chamados para acompanhar as avaliações anuais, e, se os profissionais constatam descaso com esta criança, será acionado algum acompanhamento extra. O Estado interfere na família, estabelecendo cada vez mais um compartilhamento do desenvolvimento físico e psicológico do educando, ou seja, um governo. Foucault (2004, p. 174) destaca que a escola “não deve simplesmente formar crianças dóceis; deve também permitir vigiar os pais, informar-se de sua maneira de viver, seus recursos, sua piedade, seus costumes”. Ao mostrar que o hospital, assim como a escola, é um local disciplinar, essa aproximação se dá da mesma maneira, conforme afirma o autor: “o hospital é concebido cada vez mais como ponto para vigilância médica da população externa” (FOUCAULT, 2004, p. 175). Podemos observar que essa aproximação se estabelece para vigiar a vida das pessoas que estão na área de abrangência de uma determinada comunidade.

Em alguns casos, quando na avaliação forem observados agravos de saúde negligenciados⁶¹, ocorre a “orientação da comunidade escolar, pais, responsáveis e educandos em relação aos sinais e sintomas relacionados aos agravos de saúde negligenciados, observando os indicadores epidemiológicos locais” (BRASIL, 2011a, p. 28). Essa informação tem o objetivo de incentivar esse grupo a conhecer o seu perfil epidemiológico, orientar para que siga as normas de segurança, para que se torne vigilante e, se possível, normalizador. Todos dessa comunidade devem participar ativamente para agir em defesa da vida (BRASIL, 2013b, p. 10). Espera-se que modifiquem seus comportamentos, que sigam o que está sendo preconizado, com base no conhecimento técnico-científico, numa época que valoriza a circulação de informação, a mudança de hábitos, a gestão da vida. Percebo essa prática como uma estratégia biopolítica que funciona para a manutenção da seguridade da população. Digo isso porque, a partir dessa ação, assim como em outras do PSE, obtemos uma forma de vida em que todos acabam vigiando e controlando todos, “em função da nossa segurança

⁶⁰Quero esclarecer que algumas políticas de Estado de assistência social, como o Programa Bolsa Família, impõem condicionalidade para os beneficiários, isto é, para receber o benefício, tem que seguir certas exigências, como o acompanhamento do crescimento e desenvolvimento infantil, frequência escolar mínima mensal de 85%, estar em dia com a carteirinha de vacinação, entre outras. Entretanto, outras não faziam parte desse processo de acompanhamento.

⁶¹Doenças negligenciadas são descritas como “aquelas que contribuem para a manutenção da desigualdade social, pois estão associadas à situação de pobreza, às precárias condições de vida e às iniquidades em saúde. Apesar de serem responsáveis por quase metade da carga de doença nos países em desenvolvimento, os investimentos, tradicionalmente, não priorizaram essa área” (BRASIL, 2011a, p.28).

individual, em nome do menor risco, em nome da democratização e da cidadania, em nome do progresso e do nosso próprio conforto” (VEIGA-NETO, 2003, p 118). Desse modo, todos devemos ser ativos em prol da saúde e da produtividade.

Ao verificar-se alguma condição mais grave na avaliação psicossocial, além da unidade básica de saúde e da escola, a Estratégia da Saúde da Família (ESF) é acionada para acompanhar o educando dentro da sua família, para ter maior controle do andamento da sua situação, pois “deve ter por objetivo olhar para além do problema que se apresenta, ou seja, conhecer suas condições sociais, educacionais, familiares etc.” (BRASIL, 2011a, p. 35). É possível conhecer, vigiar a dinâmica familiar e os hábitos com mais profundidade para entender o problema, encontrar a verdade, a possível chave, e intervir, modificar a conduta, com a intervenção da família. Os conflitos, “na maioria das vezes, podem ser escutados e trabalhados no próprio espaço escolar” (BRASIL, 2011a, p. 35), ou seja, a escola pode resolver a maioria das situações.

Outra ação que o PSE utiliza e que é ressaltada por Foucault (2008a) tem a ver com a análise dos dados obtidos mediante a intervenção realizada no ambiente e na vida da criança. A análise é utilizada para calcular e quantificar os riscos e regular os múltiplos problemas do ambiente. As análises tornam-se múltiplas possibilidades de investimento em capital humano, na disseminação de ações de saúde. Segundo Foucault (2008a, p. 330), “deve-se regular também todos os múltiplos problemas do ambiente”. Percebo um controle por parte do Estado, o que, por meio dos profissionais de educação e saúde, se configura num governo que, mesmo nos mais distantes pontos do Brasil, procura conhecer, interferir e gerir o território⁶².

A escola também é convocada a participar ativamente da gestão de problemas, inclusive pelo fato de que muitos alunos são contemplados por outras políticas sociais e, para continuarem a ser beneficiários, devem cumprir várias condições⁶³. Assim, no Programa, a verificação de (a)normalidade, como podemos perceber, não está restrita aos parâmetros físico-biológicos, pois tem a intenção de captar vários tipos de saber sobre o educando, como objetivo de fazer com que este gerencie suas condições de vida e as da comunidade. A partir da avaliação de saúde, cada educando pode ser normalizado individualmente ou pode ser

⁶²Toda vez que falo em território referindo-me ao Programa Saúde na Escola, estou utilizando o entendimento conforme esse Programa: “um território é composto de pessoas, seus deslocamentos, ocupações e expectativas e de espaços públicos e privados, que chamamos de infraestrutura consolidada na interação das relações sociais” (BRASIL, 2011a, p. 19).

⁶³Para maiores informações, ver a tese de Lockmann (2013), que demonstra que os benefícios concedidos por meio das políticas de assistência social estão baseados em vários parâmetros, por exemplo, a frequência dos estudantes à escola, o que torna a presença física do aluno na escola uma obrigatoriedade; a manutenção do calendário vacinal em dia, etc.

direcionado a práticas que atuam coletivamente. A descoberta de anormalidade reforça e ajuda a diferenciar ainda mais os parâmetros de normalidade, pois, conforme Foucault (2009, p.43), “o ‘vício’ da criança não é tanto um inimigo, mas um suporte; pode-se muito bem designá-lo como o mal a ser suprimido”. As análises tornam-se múltiplas possibilidades de se investir no capital humano.

O Estado adquire maior governamentalidade à medida que consegue aumentar a regulação e autorregulação para tornar a população mais ativa, mais produtiva e mais competitiva. Para Bauman (2003, p. 91):

A saúde, como todos os conceitos normativos da sociedade de produtores, demarca e protege os limites entre “norma” e “anormalidade”. “Saúde” é o estado próprio e desejável do corpo e do espírito humanos – um estado que (pelo menos em princípio) pode ser mais ou menos exatamente descrito e também precisamente medido. Refere-se a uma condição corporal e psíquica que permite a satisfação das demandas do papel socialmente designado e atribuído – e essas demandas tendem a ser constantes e firmes. “Ser saudável” significa na maioria dos casos “ser empregável”: ser capaz de um bom desempenho da fábrica, “de carregar o fardo” com que o trabalho pode rotineiramente onerar a resistência física e psíquica do empregado. (BAUMAN, 2003, p. 91).

Com esse fim, e mediante o PSE, o Estado observa, vigia, controla, inspeciona, classifica e, desse modo, tenta regularizar o sujeito. Para poder atuar mais proficuamente, é necessário realizar pesquisa com os educandos em vários assuntos, mas centrando-se mais nos “fatores de risco e proteção à saúde dos adolescentes” (BRASIL, 2013c, sp). Para ter uma visibilidade maior, faz pesquisas sobre diversos tópicos, vigia os saberes, os riscos que possam ocasionar doenças e comprometer o educando.

5.4.3 Investigar periodicamente o educando para rever as ações do PSE

Podemos entender, a partir das ideias apresentadas até agora, que a escola se caracteriza como a instituição legítima, capaz de atuar na prevenção e na promoção em saúde, estando direcionada a conhecer, controlar, vigiar o educando enquanto faz seu acompanhamento longitudinal. A partir desse entendimento, há um discurso proferido como lícito de a escola ser o local para pesquisa e inquérito com o educando, para saber seus possíveis comportamentos, opinião, conhecimento, e poder rever suas ações.

No Brasil, o acesso à escola é de 97,4% para a população de 6 a 14 anos e de 87,7% na faixa etária de 15 e 19 anos de idade, independentemente da classe de rendimento mensal (PESQUISA NACIONAL POR AMOSTRA DE DOMÍLIOS 2011, 2012). Portanto, a escola constitui-se como importante locus no monitoramento da saúde do escolar.

Fonte: Brasil, 2013c, sp.

Conforme informação da Organização Mundial de Saúde, esse monitoramento é realizado em mais de 100 países, sendo que auxilia na modificação de currículos e estruturação desse tipo de programa de saúde nas escolas. Com esse discurso, sua atuação torna-se mais fácil de ser incluída na escola, tendo maior aceitação e naturalização. É perceptível a influência das instituições que atuam principalmente para regular as nações consideradas em desenvolvimento.

A seguir, no Quadro 17, trago excertos em que se verifica o interesse em pesquisar periodicamente educandos envolvidos no Programa Saúde na Escola, em nível nacional e regional.

Quadro 17 – Componente VI – Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes

Componente VI – Monitoramento e avaliação da saúde dos estudantes
São pesquisados diversos temas e questões saúde do educando (descritos no Quadro 2).
O monitoramento da saúde dos escolares é um dos componentes mais importantes do PSE, pois através de suas atividades é possível saber e acompanhar o impacto das ações, respondendo a pergunta: a saúde dos escolares melhorou?
O monitoramento é fundamental para a reorganização das ações e atividades, além de orientar o redirecionamento de investimentos.

Fonte: Brasil (2010b, p. 10)

Segundo os materiais, uma série de ações está sendo desenvolvida para esse monitoramento, sendo que é possível verificar que cada uma tem uma fonte de abastecimento diferente: Encarte Saúde no Censo Escola - para INEP/MEC⁶⁴; Pesquisa Nacional da Saúde do Escolar (PeNSE)- IBGE/Ministério da Saúde; Pesquisa Nacional do Perfil Nutricional e Consumo Alimentar dos Escolares⁶⁵ (FNDE). O Estado utiliza várias estratégias para capturar informações e conhecimento sobre a população escolar, ou seja, amplia a visibilidade, os

⁶⁴Educacenso é uma pesquisa anual respondida pelos profissionais da educação. Tem por objetivo realizar um amplo levantamento sobre as escolas de educação básica no País. São coletadas informações sobre as escolas, os alunos, os profissionais escolares e turmas. No Educacenso, há o Encarte Saúde, desenvolvido para o MEC/INEP; o preenchimento permite acompanhar as ações desenvolvidas dentro do ambiente educacional e cruzar com estatísticas desenvolvidas pelo IBGE, buscando controlar, reduzir e/ou prevenir problemas de saúde da população brasileira. <http://portal.inep.gov.br/web/educacenso/censo-escolar>. Acessado em: 05 de janeiro de 2015.

⁶⁵No momento: Avaliação do Estado Nutricional (Avaliação Antropométrica) no Programa Saúde na Escola.

efeitos de sua atuação nos mais diversos fenômenos que a atingem. Com isso, pode também fazer um cruzamento de dados das ações que os profissionais de saúde realizam com as informações das ações que os profissionais da educação dizem ser efetuadas na escola. Entretanto, vou me deter na pesquisa direcionada a vigiar a formação, o pensamento, a conduta, os saberes do educando, o PeNSE.

Nessa pesquisa, o Estado tem uma noção de quais saberes o educando assimilou, incorporou na sua vida, pois revela verdades sobre os educandos quando os classifica e delimita conforme determinados modelos de ser e viver. Um cadastro individual da escola identifica as características sociodemográficas, problemas e condições de saúde dos alunos no território escolar da região (BRASIL, 2013c). A partir dos dados coletados, os quais afirmam verdades sobre o educando, o classificam e o delimitam conforme determinados modelos de ser e viver, os índices podem ser comparados entre uma pesquisa e outra, entre um grupo de educando com outro(s), sendo possível perceber o direcionamento que a população vai apresentando em diversos aspectos pesquisados.

Com o aumento de abrangência do PSE, a pesquisa também ampliou sua abrangência geográfica para expandir sua amostra, emitindo maior representatividade nacional, “passando a fornecer dados e indicadores mais adequados para retratar o País e que inclusive permitem comparabilidade com indicadores internacionais (BRASIL, 2013c, sp). Dessa maneira, o Estado brasileiro demonstra que está atento aos parâmetros internacionais para uma comparabilidade de sua situação - o que não deixa de ser uma competitividade para conseguir uma posição melhor nos indicadores e parâmetros internacionais, fato tão comum com a globalização. Está atento, ainda, aos índices de mudanças para redirecionar suas estratégias no território (lembrando que o território descrito no PSE difere do território descrito nos estudos foucaultianos). Conforme Lopes (2011, p. 286), é “o Estado que deve arcar com os custos econômico e moral” se, porventura, acontecer algo à população, principalmente à que se encontra em precárias condições de vida e de educação. A autora salienta que, por reivindicações internacionais, o Estado, para estar entre os países em desenvolvimento, deve agir sobre as condições de vida em nível individual e social com mecanismos de regulação e controle.

Desse modo, “autoridades de vários matizes têm procurado modelar, normalizar e instrumentalizar a conduta, pensamento, as decisões e as aspirações dos outros, a fim de alcançar os objetivos que eles consideram desejáveis” (MILLER; ROSE, 2012, p. 46). Pode-se perceber a influência de outras entidades para direcionar as ações desse Programa com seus

ditames. Não que considere isso negativo ou positivo, mas observo certo direcionamento destes nas ações do Estado para com a população. O fato de influenciar nas perguntas da pesquisa não quer dizer que esta não seja fundamental para o Estado construir uma base de dados para os cálculos estatísticos a fim de verificar os fatores de riscos, comportamentos e proteção da saúde dos educandos.

Segundo Foucault (2004), a prática política moderna oportunizou a abertura de campos para o surgimento de novos objetos médicos: “estes campos estão constituídos pela massa da população administrativamente enquadrada e controlada, avaliada segundo determinadas normas da vida e da saúde, analisada segundo as formas dos registros documentais e estatísticos” (FOUCAULT, 2004, p. 214). O saber estatístico destaca-se pela relevância que assume ao obter informações sobre uma dada população, isto é, aumenta o conhecimento que o Estado precisa para assim promover um governo mais racional, que esteja de acordo com as necessidades estabelecidas para a população, ou seja, um governo refletido. A partir desse conjunto de saberes coletados, pode-se estatisticamente traçar o perfil dos educandos, o que possibilita ao Estado intervir ou rever quais técnicas, táticas, estratégias vai criar, modificar e mobilizar para conduzir a conduta dos sujeitos, a fim de conseguir o padrão desejável, investindo na disseminação de saúde.

Os dados numéricos do PeNSE correspondem a uma cadeia de interesses políticos, sociais e econômicos que pode estar criando um campo de possibilidades para que determinadas ações do PSE sejam estrategicamente implementadas. O conhecimento dessa comunidade promove uma forma de vigilância e controle cada vez mais intensos, colocando os educandos em uma situação de visibilidade que os torna fiscais de sua própria condição de saúde.

O PeNSE é direcionado às escolas públicas e particulares, fazendo um comparativo dos dados coletados. Os resultados destas informações podem ser percebidos conforme várias situações ou podem ter mais do que uma interpretação. Se tomarmos como exemplo a situação que se refere à procura por consultório odontológico, em que temos um atendimento de 6,1% nas escolas públicas, 11,3% nas escolas particulares, notaremos que estes atendimentos não podem ser especificados ou diferenciados em termos de procura pelos escolares se são devido a problemas ou por prevenção. Este fato pode gerar falsas interpretações, possibilitando criar juízos de valores diferenciados, o que permite a utilização destes resultados em defesa do PSE na escola pública e pode demonstrar que os educandos estão precisando de menos atendimento odontológico, pois recebem mais informações nesse

questo. Desse modo, a escola torna-se mais adequada, e isso justifica incluir suas ações de saúde em outras instituições escolares. Outro ponto a ser considerado com estes dados seria a falta de informação e/ou conscientização da importância de procurar profissionais de odontologia, o que justifica os apenas 6,1% de atendimentos odontológicos nas escolas públicas, ou seja, menor procura por falta de informação e conscientização, entre outros.

Com o PSE, os dados são coletados e analisados em tabelas (Estatística) e tornam-se uma importante fonte para o governo ter mais eficiência, o que permite que o Estado estabeleça “intervenções calculadas” (FOUCAULT, 1997, p.85.). No PSE, os dados também são tidos como verdadeiros a partir do que o educando responde, sendo utilizados para o Estado acompanhar e avaliar ações de modo mais fidedigno, aumentando o leque de visão e atuação do Estado sobre o educando e a população. O PSE é uma estratégia do Estado para ter um mapeamento das condições de vida da sua população. Para gerir a vida do educando e da população, é preciso conhecer, vigiar, controlar e gerenciar os riscos desses educandos, principalmente dos que estão em situação de vulnerabilidade social, na perspectiva de potencializar a vida, de melhorar o desenvolvimento do País. A explicação para a saúde ser mais abrangente nas escolas públicas, mais direcionada ao que se pode denominar população com maior vulnerabilidade social, é o fato de o Estado ter tomado a escola como a instituição que, a seu serviço, consegue realizar de forma mais ampla e duradoura a tarefa de regular a sociedade (VEIGA-NETO, 2002b). O PSE tem importante papel para disseminar saberes de saúde, vigiar, controlar e normalizar a saúde do educando e da comunidade.

O Governo, a partir dos dados coletados pelo Programa – durante o diagnóstico situacional para elaboração do projeto do PSE, na avaliação clínica e psicossocial e nas pesquisas que monitoram a saúde dos educandos –, verifica as condições de vida para poder diminuir os riscos que possam afetar o desenvolvimento do Estado. Como abordei anteriormente, percebo que a disseminação de saúde se torna uma necessidade crescente, pois tem na gestão do risco uma importante busca pelo padrão de desenvolvimento almejado pelo Estado brasileiro. Por isso, o Estado chama a comunidade para participar do PSE e ser um prolongamento das suas intenções no que tange a cuidar de si e dos outros, a tornar-se um vigilante que controla e normaliza o território, conforme o entendimento do PSE de território.

Destaco que esse Programa, assim como qualquer política ou prática de saúde desenvolvida, está relacionado com as concepções de saúde-doença instituídas na atualidade, que determinam as ações, os cuidados e os riscos que devem ser considerados. Nesse processo, os corpos, gestos, discursos e desejos precisam ser padronizados conforme

determinados conjuntos de regras morais. Os educandos, a comunidade, a população tornam-se objeto de saber e fonte de captação de conhecimento e normalização. Também acabam sendo o centro de transmissão do saber e detêm no momento o poder, que “passa por eles”; em outras palavras, não estão em condição apenas de sofrer, mas também de exercer o poder (FOUCAULT, 2007, p.183). Os investimentos de saúde têm o intuito de disseminar saberes, normalizar o corpo, o psicológico do educando e, conseqüentemente, da população. Espera-se que cada um e todos estejam, o mais rápido possível, dentro de um patamar almejado por essa racionalidade política.

Para se atingir esse patamar, é necessária uma visibilidade, que será obtida com as avaliações das condições de saúde anuais, o levantamento de dados a cada três anos para estabelecer os índices de saúde do escolar (PeNSE), entre outros, o que possibilita ao Estado aumentar o mecanismo de vigilância. Então, de tanto em tanto tempo, devem-se verificar, vigiar, saber como estão os educandos, seus hábitos, costumes. Se algo diferente ou se dados estatísticos indesejáveis são constatados, é possível acionar mais rapidamente o controle para tentar solucionar o problema ou estabelecer outras ações para normalizar. Trata-se de um controle que se apresenta com uma série de vigilâncias, com a função de normalizar, corrigir, prevenir os problemas de saúde.

As ações em torno da saúde escolar promovem a saúde ao estabelecerem os riscos e as prevenções; elas fazem os cruzamentos entre as práticas disciplinares dos educandos e os processos biopolíticos de normalização social da vida dessa comunidade. Nesse sentido, os riscos e as prevenções estabelecidos pelo PSE podem ser considerados como importantes indicadores das estratégias de governamentalidade em ação na escola. Essas estratégias não se limitam a disseminar ações de promoção e prevenção e a identificar, vigiar, controlar e tentar reverter às anormalidades dos educandos; elas também buscam orientar, conduzir as condutas dos indivíduos sobre si mesmos e os outros. Têm a intenção de abarcar a grande maioria da população dessas comunidades abrangidas pelo Programa, para realizar ações de cunho preventivo, no sentido de antever riscos e antecipar condutas adequadas, saudáveis, a fim de gerir a vida da população da comunidade. Essas ações e práticas de saúde na escola tratam da formação de indivíduos responsáveis para que se preservem, se vigiem e se sujeitem às “verdades” proferidas.

São saberes sobre um ideal de saúde e sobre os riscos, visando a orientar escolhas para um estilo de vida produtivo, pois esses educandos serão a próxima geração de cidadãos e precisam estar direcionados. Gera-se a necessidade de um cidadão saudável, ativo e

produtivo, e isso demanda do Estado investimentos em ações que controlem e regulem a conduta dos sujeitos. É fundamental, então, que o Estado conheça os seus governados, os riscos que esses educandos representam para si, para os outros e para o próprio Estado, de forma bem calculada, no intuito de manter, estabelecer o equilíbrio de todos. Igualmente, cresce a necessidade de investimentos de saúde quanto à importância de se conhecer e estabelecer o padrão desejado.

O padrão desejado pode ser verificado por meio de uma constatação ampla, em que é possível estatisticamente observar, no PSE, os índices de saúde que estão em uma faixa de maior ou menor incidência, destacando o que está fora do esperado, ou seja, o anormal. Assim, percebemos que o Programa, a partir dos dados estabelecidos nas investigações, tem um poder-saber que possibilita o governo do educando, de seu corpo, de seu psicológico e, por conseguinte, da população.

6 CONCLUSÃO

Penso que esta pesquisa se constituiu numa grande possibilidade de ampliação do meu pensamento, para além da minha formação, específica na área de enfermagem. Quando iniciei esta escrita, não tinha a dimensão, nem a definição de antemão da maioria dos conceitos aqui discutidos - tudo era novo. O desenvolvimento desta pesquisa iniciou quando fiz um levantamento histórico sobre o entrelaçamento das ações de saúde com a educação escolar, percebendo as articulações entre elas, seus encontros e desencontros, até chegar ao Programa Saúde na Escola. A imersão no conjunto de materiais desse Programa possibilitou-me conhecer essa Política e suas implicações *na* e *sobre* a instituição escolar. Desse modo, conjuntamente com minha orientadora, Maura Corcini Lopes, pude identificar as diretrizes que formam a “espinha dorsal” desta pesquisa. Nessa interação, foi possível a definição de dois conceitos-ferramenta: *discurso* e *governo*, utilizados no desenvolvimento das discussões que constituíram esta tese.

Além de operar com esses conceitos, procurei informações que me possibilitassem entender as estratégias de disseminação de ações de saúde na escola. Na problematização da disseminação de práticas de saúde na escola, pode se visualizar que é um investimento considerado fundamental a ser proporcionado pelo Estado para provocar mudanças na população mais vulnerável. Esta disseminação acontece na escola pública, pois, esse é o local que consegue capturar por mais tempo e desde a mais tenra idade os educandos, conduzindo sua conduta de modo mais efetivo, pois estabelece comportamentos, modos de viver e hábitos de vida, dentre outros. Entendo que a escola, ao mesmo tempo em que é produzida pela sociedade, também está empenhada em formar os sujeitos que os novos tempos precisam. Assim, é destacada nos discursos como local ideal para atuar e modificar o comportamento da população que vive em zonas de maior vulnerabilidade social, população essa considerada a maior portadora e geradora de riscos para si, para os outros membros da sociedade e para o próprio Estado.

Conforme a tese anunciada, podemos perceber que o Estado, por meio do Programa, atua para minimizar os riscos dessa população, deslocando a ênfase do ensino para a aprendizagem, o que possibilitou que assuntos como os da saúde fossem incluídos em Projetos Político-Pedagógicos. Essa reconfiguração do papel da escola ocorreu principalmente nos países do Ocidente, como forma de possibilitar que essa população tivesse o mínimo de condições de saúde para ampliar a participação no autocuidado, do outro e do meio ambiente

e assim poder aumentar a longevidade e, conseqüentemente, o tempo de vida produtiva, onerando menos o Estado. Desse modo, pode observar que a escola pública vem sendo convocada para atuar na comunidade circundante, pois esta necessita de um direcionamento para resolver sua situação desfavorável e para que possa se autogerir.

A partir de um investimento do Estado, emerge o PSE, a principal estratégia de disseminação de ações de saúde, colocando no seu discurso a formação integral por meio da promoção de saúde. Nessa condição, o Estado direciona as ações a serem desenvolvidas pelo Programa e determinados recursos. As ações essenciais estão vinculadas a programas prioritários do governo federal, que tem o intuito de desenvolver as condições mínimas de saúde para a população mais pobre, possibilitando que o Estado atinja a posição almejada de país em desenvolvimento.

Nesse grande contexto de desenvolvimento, a instituição escolar torna-se o espaço que permite o Estado ir além do objetivo de promoção de saúde, conseguindo conhecer, vigiar e controlar os educandos, atingindo também a sua família e a comunidade. Todo esse processo possibilita que o Estado produza o desejo de mudança para a população se autorregular, se autogerir e se tornar ativa nas situações desfavoráveis. Percebo que o PSE promove o governo, atua no sentido de que mais pessoas possam ser parceiras do Estado, incentiva seu protagonismo e formação permanente, de modo que possam ser conduzidas conforme a racionalidade governamental.

O governo é possível por meio da disseminação de saúde, do conhecer, vigiar e regular cada educando individualmente e a população como um todo. Mapear o território, avaliar a saúde do educando e realizar pesquisas e inquéritos são fundamentais para produzir um saber e assim poder atuar de forma mais precisa, no sentido de normalizar as situações de saúde desfavoráveis. Essa estratégia torna visíveis as condições de existência dos sujeitos, podendo conduzi-los e reduzindo as condições de risco para todos e, inclusive, para o próprio Estado. Então, percebo que a intenção do Estado está focada na ampliação do PSE porque esse Programa consegue com facilidade atingir o principal público alvo, ou seja, a população mais vulnerável.

Dessa forma, pode-se dizer que o PSE atua ampliando três frentes de ações, a saber:

- 1) Ampliação das ações da maquinaria escolar. Mais ações que se distanciam da função de ensino, de aprendizagem e de conhecimentos específicos são conferidas à escola. Além disso, tanto os professores quanto os educandos são, por mais

tempo, vinculados à escola por meio dos programas de capacitação permanente. Esse tipo de ação faz com que mais pessoas se tornem parceiras do Estado, ao mesmo tempo em que mantém os profissionais da educação, da saúde e os jovens vinculados ao sistema educacional por mais tempo.

- 2) Ampliação do número de indivíduos capturados pela maquinaria escolar. O PSE visa a atingir os educandos desde a creche, passando pela pré-escola, educação básica e Educação de Jovens e Adultos. Mais do que isso, é um programa destinado, desde 2013, a todos os municípios brasileiros.
- 3) Ampliação das formas de captura. Por meio de ações vinculadas à manutenção da boa saúde da população mediante o PSE, outras ações são postas em funcionamento para que o Estado amplie o seu conhecimento sobre a vida, a qualidade da saúde e os aspectos comportamentais, socioeconômicos, nutricionais e psicossociais dos indivíduos.

É pertinente perceber a maneira como cada um e todos os integrantes da comunidade escolar, uma vez capturados pela escola, se tornam sujeitos e parceiros de uma racionalidade política de governo para a gestão da população. A escola, além da função disciplinar e de ensino de conhecimentos específicos, está legalmente instituída para produzir sujeitos saudáveis que saibam gerir sua vida de forma a desonerar o Estado do compromisso com a saúde da população. Por que, afinal, isso é importante? Pessoas saudáveis têm mais chances de produtividade, de melhorar os níveis de empregabilidade, de consumir mais, assim como têm mais condições de competir e de concorrer, aumentando suas chances de não depender do Estado, ampliando as condições de responsabilizar-se por si e pelo outro. Percebo que a condução das condutas dessa população, no quesito saúde, é efetivada pelos próprios indivíduos. A estratégia está na capacidade de cada indivíduo se autogovernar e governar o outro.

As práticas discursivas de saúde na escola devem ser calculáveis e justificáveis a partir de uma base lógica científica, que, no caso do PSE, está baseada na promoção de saúde; por meio das ações, criam-se verdades e busca-se governar mediante liberdades e autonomias reguladas. Essas verdades são propagadas aos profissionais da saúde, aos educandos e à própria população. Entendo que a liberdade é condicionada a um saber predeterminado pelo discurso científico. A partir desse saber, o cidadão sente-se livre para fazer suas escolhas, ou seja, tem autonomia direcionada para a vigilância de si, do outro e do meio.

Assim, o educando, desde a mais tenra idade, vai sendo preparado para conduzir sua conduta, para fazer parte de uma população adulta viável, que saiba gerir sua vida (saúde, família, trabalho, etc.). Criam-se e disseminam-se indicadores de cuidados, prescrições e medidas para se viver uma vida saudável, segundo a racionalidade neoliberal, que pretende conduzir os indivíduos.

O Estado, apesar de não estar destacado nos discursos, tem interesse com essa disseminação de saúde, estabelecendo-se como o benfeitor, o protetor, e os cidadãos aparecem como os necessitados que devem ao Estado esse cuidado. O Estado tem interesse na constituição desse cidadão e da sua população, para que esta seja e se mantenha saudável, de forma a aumentar a produtividade futura dos indivíduos e, com isso, o desenvolvimento econômico, político e social do País.

Esse investimento de ações de saúde na comunidade escolar tem se justificado pelo risco de o sujeito tornar-se dependente do Estado, improdutivo, incapaz ou, ainda, doente, pois, na condição atual do País, temos formações sociais com alta desigualdade sócio-sanitária, prevalecendo altos índices de riscos à saúde, os quais poderão ser minimizados conforme as escolhas realizadas por esses educandos e pela população. Dessa maneira, os sujeitos são levados a permanecer em um estado de vigilância da saúde, para que venham a modificar suas próprias maneiras de viver.

Não busco estabelecer a verdade nestas constatações. Busco desenvolver uma expectativa de análise das condições que possibilitam a disseminação de saúde nas escolas públicas, que fazem com que o Estado tenha o PSE como principal instrumento de disseminação de saúde, vigilância e regulação da população. Nessa lógica do governo da população, as estratégias estabelecidas na saúde escolar assinalam que é preciso atuar sobre cada educando individualmente para que se possa atingir a população. A partir das análises realizadas, entendo que os indivíduos são convocados cada vez mais a lidar com seus próprios problemas de saúde, o que requer novas habilidades de prevenção. A estratégia de governo atual tenta controlar os riscos, internalizando um discurso moral sobre a saúde e a responsabilidade sobre si e os outros. Em especial, requer que os sujeitos estejam bem informados dos riscos que correm, bem como das ações que devem empreender para minimizar os problemas de saúde. Os educandos são, portanto, captadores de informações de saúde tanto quanto geradores dessas informações.

Contar com uma população mapeada que saiba comer, se exercitar, se cuidar, se vigiar, é condição necessária para o desenvolvimento do País dentro da racionalidade

neoliberal. O Estado, com esses investimentos, prevê futuramente um menor custo e um maior benefício; entretanto, percebo que essa população está sempre sob suspeita, sendo preciso, pelas pesquisas, vigiar, para poder controlar os investimentos, as práticas e a população. Portanto, percebo que o PSE é uma estratégia de governo que, com sua abrangência de baixo custo dentro da racionalidade neoliberal, vai ser ampliado, independentemente de estar competindo com o ensino de conhecimentos específicos ou não.

O Programa, em suas práticas pedagógicas, ao aproximar saúde e educação escolar, promove o desenvolvimento integral dos educandos para melhoria da qualidade de vida. Para poder atuar mais proficuamente nessa comunidade, utiliza em seus discursos termos como “promoção de saúde”, “escolhas mais saudáveis”, “melhor qualidade de vida” e “cotidiano mais prazeroso”. Quem poderá, colocar-se contra esse tipo de intervenção, que promove a qualidade de vida na escola? Quem poderá questionar a necessidade de se realizarem as ações de prevenção de muitas doenças e agravos e de serem oportunizadas ações para escolhas mais saudáveis? Quem se oporá a que outros profissionais, os da área da saúde (médicos, psicólogos, odontólogos, enfermeiros, dentre outros), ingressem na escola e desenvolvam ações com o educando, sabendo-se que é em prol de uma melhoria da saúde, ainda mais se conjugada com a melhoria da aprendizagem? Quem, a partir de uma série de atividades desenvolvidas, sendo algumas demonstradas acima, inclusive com sugestão de recreio dirigido, pode dizer que elas não são positivas para o desenvolvimento do educando, principalmente o infanto-juvenil? Ao problematizar essas questões, não me posiciono contra a ampliação das funções da escola para abordar problemas sociais, epidemiológicos, ou seja, da saúde, mas sim ao fato de se tornarem essenciais na escola. Considero que esta pesquisa não se conclui aqui, pois a problematização desenvolvida nesta pesquisa, indicaram possíveis desdobramentos e discussões que ainda podem ser feitos, acerca da disseminação de práticas de saúde na escola.

REFERÊNCIAS

- ÁLVAREZ-URÍA, F. A escola e o espírito do capitalismo. In: COSTA, M. V. (Org.). **A escola básica na virada do século: cultura, política e currículo**. São Paulo: Cortez, 2002, p. 131-144.
- ANDRADES, R. G. **Saúde e educação no cotidiano da escola: a realidade dos planos de estudos em uma escola municipal de Pelotas**. 2007. Dissertação (Mestrado em Educação em Ciências e Matemática) – Programa de Pós-Graduação em Educação em Ciências e Matemática, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2007.
- AVELINO, N. **Do governo dos vivos: uma genealogia da obediência**. Texto integrante dos Anais do XIX Encontro Regional de História: Poder, Violência e Exclusão. ANPUH/SP – USP. 08 a 12 de setembro de 2008. Cd-Rom.
- BARBIANI, R. **Da sala de aula à sala de atendimento: a produção do usuário do Programa de Saúde Escolar do município de Porto Alegre**. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2008.
- BARBOSA, M. L. P. **“Cuide da Saúde”**: aprendendo a ser saudável com agendas e gincanas escolares. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2012.
- BARRETO, R. **Saúde na escola: análise dos conhecimentos e práticas sobre saúde escolar dos professores da rede municipal de Fortaleza**. Dissertação (Mestrado em Saúde Coletiva) – Universidade de Fortaleza, Fortaleza, 2008.
- _____. **Modernidade líquida**. Rio de Janeiro: Jorge Zahar, 2003.
- _____. Modernidade e ambivalência. **Revista Eletrônica Boletim do TEMPO**, Rio de Janeiro, v. 5, n. 23, 2010.
- BERTICELLI, I. A. **O currículo nos lineares do contemporâneo**. Rio de Janeiro: DP&A, 2005.
- BIESTA, G. **Para além da aprendizagem**. Educação democrática para um futuro humano. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.
- BONFIM, C. R. S. **Educação sexual e formação de professores de ciências biológicas: contradições, limites e possibilidades**. 2009. 267f. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1934**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 19 jan. 2015. http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao34.htm
- _____. **Constituição da República Federativa do Brasil de 1988**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/constituicao/constituicao.htm>. Acesso em: 24 fev. 2013.

_____. Ministério de Educação. **Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional**. Brasília, 1996.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros Curriculares Nacionais: 3º e 4º ciclos: apresentação de temas transversais, ética**. Brasília: MEC/SEF, 1998a.

_____. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Fundamental. **Parâmetros curriculares nacionais: meio ambiente saúde (1ª a 4ª série)**. Brasília: MEC/SEF, 1998b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

_____. **Decreto nº 6.286, 5 de dezembro de 2007a**. Disponível em: <http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/_ato2007-2010/2007/decreto/d6286.htm>. Acesso em: 24 fev. 2013.

_____. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Brasília, 2007b. (Série Promoção da Saúde, 6).

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Orientações sobre o Programa saúde na Escola para a elaboração dos projetos locais**. Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2008a. Disponível em: <http://dtr2004.saude.gov.br/dab/docs/geral/orientacoes_pse.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST e Aids**. Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b. (Série A. Normas e Manuais Técnicos).

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. **Manual de Orientações Cadastro SIMEC/ Programa Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde; Ministério da Educação, 2009a.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Saúde na escola / Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. (Série B. Textos Básicos de Saúde) (Cadernos de Atenção Básica; n. 24)**– Brasília : Ministério da Saúde, 2009b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010a.

_____. Ministério da Educação. **Agenda educação e saúde**. Brasília: Programa Saúde na Escola, 2010b.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Passo a passo PSE: Programa Saúde na Escola: tecendo caminhos da intersetorialidade**. Brasília: Ministério da Saúde, 2011 a. (Série C. Projetos, programas e relatórios).

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Orientações para elaboração do Projeto Municipal - Programa Saúde na Escola - 2010**. 2011b. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/21_12_2010_14.15.58.c850ebcbad4cb38d23cd38a98b56b15c.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2014.

_____. Ministério da Educação. **Programa Mais Educação – Passo a passo**. Brasília: Ministério da Educação, 2011b. Disponível em: <http://portal.mec.gov.br/dmdocuments/passoapasso_maiseducacao.pdf>. Acesso em: 28 jan. 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Política Nacional de Atenção Básica**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012.

_____. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. **Manual instrutivo, Programa Saúde na Escola. 2013a**. Disponível em: <http://www.pmf.sc.gov.br/arquivos/arquivos/pdf/19_06_2013_16.21.18.880166244cb983df2c85e0bcc746a73b.pdf>. Acesso em: 27 fev. 2014.

_____. Ministério da Saúde. **Programa Saúde na Escola**. Disponível em: <<http://sistemas.aids.gov.br/saudenaescola2010/index.php?q=node/67>>. Acesso em: 27 fev. 2013b.

_____. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. Pesquisa Nacional de Saúde Escolar (PeNSE) - 2012. Rio de Janeiro (RJ): IBGE; 2013c.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **e-SUS Atenção Básica: Sistema com Coleta de Dados Simplificada**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013d. <http://189.28.128.100/dab/docs/portaldab/documentos/nt_esus_pse.pdf>: Acesso em: 14 jan. 2015.

_____. **Rede Humaniza SUS**. Glossário: Intersetorialidade. 2014. Disponível em: <<http://www.redehumanizasus.net/glossary/term/121>>. Acesso em: 30 jun. 2014.

BONFIM, C. R. S. **Educação sexual e formação de professores de ciências biológicas: contradições, limites e possibilidades**. Tese (Doutorado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2009.

BUJES, M. I. E. **Infância e maquinarias**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

CAMARA, S. C. Vulnerabilidades dos adolescentes à transmissão sexual do HIV/AIDS: uma análise no contexto do programa saúde na escola. 2012. Mestrado profissional em saúde da criança e do adolescente instituição de ensino: Universidade Estadual do Ceará biblioteca depositária: Universidade Estadual do Ceará.

CAMARGO, D. A. F. de. **O abolicionismo escolar: reflexões a partir do adoecimento e da deserção dos professores**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

CARVALHO, F. f. B de. **A saúde na escola e a promoção da saúde conhecendo a dinâmica intersectorial em Duque de Caxias e Nova Iguaçu** - RJ. 2012. Mestrado acadêmico em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.

CARVALHO, S.R. **Os múltiplos sentidos da categoria “empowerment” no projeto de Promoção à Saúde**. Cad Saúde Pública 2004; 20(4): 1088-95.

CASTEL, Robert. **Da indigência à exclusão, a desfiliação**: precariedade do trabalho e vulnerabilidade relacional. In: LANCETTI, Antonio (Org.). SaudeLoucura 4: grupos e coletivos. São Paulo: Hucitec, 1994, p. 21-48.

CASTIEL LD. **Força e vontade**: aspectos teórico-metodológicos do risco em epidemiologia e prevenção do HIV/AIDS. Revista Saúde Pública. 1996; 30(1): 91-100.

_____. **Promoção de saúde e a sensibilidade epistemológica da categoria ‘comunidade’**. Revista Saúde Pública 2004; 38(5):615-22.

CASTIEL L.D; DIAZ, C.A-D. **A saúde persecutória**: os limites da responsabilidade. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2007.

_____. **Risco e hiperprevenção**: o epidemiopoder e a promoção da saúde como prática biopolítica com caráter religioso. In: Nogueira, RP (org). Determinação social da saúde e reforma sanitária. Rio de Janeiro: Cebes, 2010.

CASTIEL, L.; GUILAN, M; FERREIRA, M. **Correndo o risco**: uma introdução aos riscos em saúde. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2010.

CASTRO, E. **Vocabulário de Foucault**: um percurso pelos seus temas, conceitos e autores. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

CASTRO-GÓMEZ, Santiago. **Historia de la gubernamentalidad: razón de Estado, liberalismo y neoliberalismo em Michel Foucault**. Bogotá: Siglo del Hombre Editores; Pontificia Universidad Javeriana – Instituto Pensar; Universidad Santo Tomás de Aquino, 2010.

COELHO, M. de M. F. **Educação em saúde**: os ditos e não ditos da prática de enfermagem com adolescentes. 2012. Mestrado acadêmico em cuidados clínicos em enfermagem e saúde Universidade Estadual do Ceará.

COMENIUS. J.A. **Didática Magna**. São Paulo: Martins Fontes, 1954.

DELEUZE, Gilles. Post-scriptum sobre as sociedades de controle. In: **Conversações**. Rio de Janeiro: Ed 34, p. 219-226, 1992.

DELEUZE, G. **Conversações**. São Paulo: Ed. 34, 2007.

DUARTE, A. Sobre a biopolítica: de Foucault ao século XXI. **Revista Cinética**, v. 1, p. 1-16, 2008. Disponível em: <http://www.revistacinetica.com.br/cep/andre_duarte.htm> Acesso em: 7 jun. 2014.

FERNANDES, M. H.; ROCHA, V. M.; SOUZA, D. B. **A concepção sobre saúde do escolar entre professores do ensino fundamental**. Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, 2004.

FERREIRA MS, Castiel LD. Que empowerment, qual promoção da saúde? Convergências e divergências conceituais em práticas preventivas em saúde. *Cad. Saúde Pública*. 2009; 25:68-76.

FERREIRA, J. M. S. et al. Conhecimento de alunos concluintes de pedagogia sobre saúde bucal. *Interface*, v. 9, n. 17, p. 381-388, 2005.

FERRARO, A. R. **História inacabada do analfabetismo no Brasil**. São Paulo: Cortez, 2009.

FERRARO, M. R. M. **A concepção de professores sobre saúde na escola**. Dissertação (Mestrado em Medicina) – Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2011.

FERREIRA, I. do R. C. **Avaliação da intersetorialidade no Programa Saúde na Escola**. 2012. Doutorado em odontologia. Pontifícia Universidade Católica do Paraná.

FIGUEIREDO T. A. M.; MACHADO, V. L. T.; ABREU, M. M. S. A saúde na escola: um breve resgate histórico. *Ciência & Saúde Coletiva*, v. 15, n. 2, p. 397-402, 2010.

FILHO, E.B. Grupo focal on-line, mídia de divulgação interativa, sexualidade e educação de adolescentes. 2012. Mestrado acadêmico em engenharia e gestão do conhecimento instituição de ensino: Universidade Federal de Santa Catarina.

FISCHER, R. M. B. Verdades em suspenso: Foucault e os perigos a enfrentar. In: COSTA, M. V. (Org.). **Caminhos investigativos II**: outros modos de pensar e fazer pesquisa em educação. Rio de Janeiro: Lamparina editora, 2002. p. 49-71.

FOUCAULT, M. **História da Sexualidade II**: o uso dos prazeres. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

_____. O sujeito e o poder. In: DREYFUS, H.; RABINOW, P. **Michel Foucault. Uma trajetória filosófica**: para além do estruturalismo e da hermenêutica. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995. p. 231-249.

_____. **A ordem do discurso**. São Paulo: Loyola, 1996.

_____. **Resumo dos cursos do Collège de France (1970-1982)**. Rio de Zahar: 1997.

_____. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

_____. **Vigiar e punir**. Petrópolis: Vozes, 2004.

_____. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2007.

_____. **Nascimento da biopolítica**. Curso no Collège de France (1978-1979). São Paulo: Martins Fontes, 2008a.

_____. **Segurança, território, população.** São Paulo: Martins Fontes, 2008b.

_____. **História da sexualidade I: a vontade de saber.** Rio de Janeiro: Graal, 2009.

GADELHA, S. **Biopolítica, governamentalidade e educação:** introdução e conexões a partir de Michel Foucault. Belo Horizonte: Autêntica, 2009.

GONDRA, J. G. **Artes de civilizar:** medicina, higiene e educação escolar na corte imperial. Rio de Janeiro: EdUERJ, 2004.

HARDT, M.; NEGRI, A. **Império.** Rio de Janeiro: Record, 2001.

IBGE. **Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios:** síntese de indicadores 2011. <<http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2011/>> Acesso em: 25 nov. 2014

IERVOLINO, S. A. **Escola Promotora de Saúde:** um projeto de qualidade de vida. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2000.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTUDOS E PESQUISAS EDUCACIONAIS ANÍSIO TEIXEIRA – INEP. Educacenso. Disponível em: <<http://portal.inep.gov.br/web/educacenso/censo-escolar>>. Acesso em: 05 jan. 2015.

KUBO, F. M. M. **O professor e a educação em saúde:** um estudo quali-quantitativo. Tese (Doutorado em Odontologia) – Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 2010.

LARROSA, J. Tecnologias do eu e educação. In: SILVA, T. T. (Org.). **O sujeito da educação:** estudos foucaultianos. Petrópolis: Vozes, 2000. p. 35-86.

_____. **Pedagogia profana:** danças, piruetas e mascaradas. Belo Horizonte: Autêntica, 2001.

LAZZARATO, Maurizio. **As revoluções do capitalismo.** Rio de Janeiro: Civilização Brasileira, 2006.

LAZZARATO, Maurizio. *La fabrique de l'homme endetté: essai sur la condition néolibérale.* Paris: Éditions Amsterdam, 2011.

LOCKMANN, Kamila. **A proliferação das políticas de assistência social na educação escolarizada: estratégias da governamentalidade neoliberal.** Porto Alegre: UFRGS, 2013. Tese (Doutorado em Educação). Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2013.

LOMÔNACO, A. de F. S. **Concepções, ensino e práticas de saúde no cotidiano de escolas públicas de Uberlândia (MG).** Dissertação (Mestrado em Educação) – Universidade Federal de Uberlândia, Uberlândia, 2004.

LOPES, M.C. Políticas de inclusão e governamentalidade. *Educação & Realidade*, Porto Alegre, v. 34, n. 2, p. 153-169, 2009.

LOPES, M.C. Norma, inclusão e governamentalidade neoliberal. In: CASTELOBRANCO, G.; VEIGA-NETO, A. (Org.). Foucault: filosofia e política. Belo Horizonte: Autêntica, 2011. p. 283-298.

LOPES, Maura Corcini; FABRIS, Eli Henn. **Inclusão & educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

LOUREIRO, C. B. **Disseminação das tecnologias digitais e promoção da inclusão digital na educação pública**: estratégias da governamentalidade eletrônica. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade do Vale do Rio dos Sinos, São Leopoldo, 2013.

MACKLIN R. Bioética, vulnerabilidade e proteção. In: Garrafa V, Pessini L, organizadores. **Bioética**: poder e injustiça. São Paulo: Loyola; 2003. p. 59-70.

Maia, F.de O.M. (2011). **Vulnerabilidade e envelhecimento**: panorama dos idosos residentes no município de São Paulo - Estudo SABE, 21-23,31-34,43-47. Tese de Doutorado em Enfermagem na Saúde do Adulto. Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, São Paulo (SP). br/teses/disponiveis/7/7139/tde-24102011-080913/.

MAINARDI, N. **Educação em saúde**: problema ou solução?. 2010. Tese (Doutorado em Serviços de Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

MASSCHELEIN, Jan; SIMONS, Maarten. **Em defesa da escola**: uma questão pública. Tradução de Cristina Antunes. Belo Horizonte: Autêntica, 2013.

MENEZES, E. T. de; SANTOS, T. H. dos. PNSE (Programa Nacional de Saúde do Escolar) (verbete). **Dicionário Interativo da Educação Brasileira – EducaBrasil**. São Paulo: Midiamix, 2002. Disponível em: <http://www.educabrasil.com.br/eb/dic/dicionario.asp?id=121>>. Acesso em: 2 jul. 2014.

MILLER, Peter; ROSE, Nikolas. **Governando o presente**. São Paulo: Paulus, 2012.

MOLL, Jaqueline. Programa Saúde na Escola envolve parceria entre os ministérios da Saúde In: **Revista RET-SUS**. Nº. 36. Abril de 2008.

MOLL, Jaqueline. A agenda da educação integral: compromissos para sua consolidação como política pública. In: _____ (Org.). **Caminhos da Educação Integral no Brasil**: direito a outros tempos e espaços educativos. Porto Alegre: Penso, 2012. p. 129-146.

MONTEIRO, P. H. N. **A saúde nos livros didáticos no Brasil**: concepções e tendências nos anos iniciais do Ensino Fundamental. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Faculdade de Educação, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2012.

NEGRI, Antonio. **Cinco lições sobre Império**. Rio de Janeiro: DP&A, 2003.

NOGUERA-RAMIREZ, Carlos Ernesto. *Pedagogia e governamentalidade: ou da Modernidade Educativa como uma sociedade educativa*. Belo Horizonte: Autêntica, 2011.

OLIVEIRA, Francisco de. *A Questão do Estado Vulnerabilidade Social e Carência de Direitos*. CADERNOS ABONG – junho de 1995. www.abong.org.br

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. Carta de Ottawa. In: BRASIL. Ministério da Saúde; FIOCRUZ. **Promoção da Saúde**: cartas de Ottawa, Adelaide, Sundsvall e Santa Fé de Bogotá. Brasília: Ministério da Saúde/IEC, 1986. p. 11-18.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE – OPAS/OMS. **Escolas Promotoras da Saúde**: fortalecimento da iniciativa regional. Estratégias e linhas de ação 2003-2012. Washington (EUA): OPAS/OMS, 2003.

PAIM, J. S. Modelos de atenção à Saúde no Brasil. In: GIOVANELLA, L. et al. (Orgs.). **Políticas e Sistema de Saúde no Brasil**. Rio de Janeiro: Fiocruz, CEBES, 2008. p. 547-573.

PAIVA, G. M. *Análise do Programa Saúde na Escola no município de Fortaleza*. 2012. Mestrado acadêmico em Saúde Coletiva. Universidade de Fortaleza

PAZ, A. A. M. A. *As concepções dos profissionais da educação do ensino fundamental (1ª a 4ª séries) do Distrito Federal sobre a saúde na escola: onde está a criatividade?* Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde) – Pós-Graduação em Ciências da Saúde, Universidade de Brasília, 2006.

PELICIONI, M. C. F.; PELICIONI, A. F.; TOLEDO, R. F. **Saúde pública**: bases conceituais. São Paulo: Atheneu, 2008.

PRECIOSO, J. *As Escolas Promotoras de Saúde: uma via para promover a saúde e a educação para a saúde da comunidade escolar*. **Educação**, Porto Alegre, v. 32, n. 1, p. 84-91, jan./abr. 2009.

RABINOW, P.; ROSE, N. O conceito de biopoder hoje. **Política & Trabalho: Revista de Ciências Sociais**, João Pessoa, n. 24, 2006.

ROCHA, H. H. P. **A higienização dos costumes**: educação escolar e saúde no projeto do Instituto de Hygiene de São Paulo. Campinas: Mercado de Letras/Fapesp, 2003.

_____. *A educação sanitária como profissão feminina*. **Cadernos Pagu**, n. 24, p. 69-104, 2005.

ROSA, L. C. G. *O desafio da intersetorialidade a experiência do Programa Saúde na Escola (PSE) EM Manguinhos, no município do Rio de Janeiro*. 2012. Mestrado acadêmico em Saúde Pública. Fundação Oswaldo Cruz.

ROSE, Nikolas. **Inventando nossos Selves**: psicologia, poder e subjetividade. Petrópolis, RJ: Vozes, 2011.

SANTOS, I. U. M. **Cuidar e curar para governar**: as campanhas de saúde na escola. Dissertação (Mestrado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2004.

SARAIVA, K. Educando para viver sem riscos. **Educação**, Porto Alegre, v. 36, n. 2, p. 168-169, 2013. Disponível em: <<http://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/issue/view/697>>. Acesso em: 15 jan. 2014.

SILVA, Tomaz Tadeu da (org.). **Currículo e identidade social: territórios contestados**. In: _____. Alienígenas na sala de aula. Petrópolis/RJ: Vozes, 1995.p. 190 – 207.

_____. **Documentos de identidade**: uma introdução às teorias do currículo. Belo Horizonte: Autêntica, 1999.

_____. **Dr. Nietzsche, curricularista** – com uma pequena ajuda do professor Deleuze. 2003. Disponível em: <<http://pt.scribd.com/doc/40450792/Tomas-Tadeu-Dr-Nietzsche-curricularista>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

SOUZA, A. **Programas de Escola Promotora de Saúde**: estudo com profissionais. Dissertação (Mestrado em Psicologia da Saúde) – Universidade Metodista, São Bernardo do Campo, 2008.

STEPAN, Nancy Leys. **A Hora da Eugenia**: Raça, Gênero e Nação na América Latina. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2005.

TEIXEIRA, C. F. A mudança do modelo de atenção à saúde no SUS: desatando nós, criando laços. In: TEIXEIRA, C. F.; SOLLA, J. P. **Modelo de atenção à saúde**: promoção, vigilância e saúde da família. Salvador. EDUFBA, 2006. p. 19-58.

VALADÃO, M. M. **Saúde na Escola**: um campo em busca de espaço na agenda intersetorial. Dissertação (Mestrado em Saúde Pública) – Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2004.

VARELA, J.; ÁLVAREZ-URÍA, F. **Arqueologia de la escuela**. Madrid: La Piqueta, 1991.

_____; _____. A maquinaria escolar. **Teoria & Educação**, Porto Alegre, n. 6, p. 68-96. 1992.

VEIGA-NETO, A. **A ordem das disciplinas**. Tese (Doutorado em Educação) – Programa de Pós-Graduação em Educação, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 1996.

_____. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: PORTOCARRERO, V.; CASTELO BRANCO, G. (Orgs.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: NAU, 2000. p. 179-217.

_____. Coisas de governo... In: RAGO, M.; ORLANDI, L. B. L.; VEIGA-NETO, A. (Org.). **Imagens de Foucault e Deleuze**: ressonâncias nietzschianas. Rio de Janeiro: DP&A, 2002a. p. 13-34.

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

_____. Pensar a escola como uma instituição que pelo menos garanta a manutenção das conquistas fundamentais da modernidade. In: COSTA, M. V. (Org.). **A escola tem futuro?** Rio de Janeiro: DP&A, 2003. p. 103-123.

_____. Cultura e currículo: um passo adiante. In: MOREIRA, A. F.; PACHECO, J. A.; GARCIA, R. L. (Orgs.). **Currículo: pensar, sentir e diferir**. Rio de Janeiro: DP&A, 2004. p. 51-55.

_____. **Foucault e a Educação**. Belo Horizonte: Autêntica, 2005.

_____. As duas faces da moeda: heterotopias e “emplazamientos” curriculares. **Educação em Revista**, Belo Horizonte, n. 45, p. 249-264, jun. 2007.

_____. Currículo e cotidiano escolar: novos desafios. In: CONGRESSO INTERNACIONAL COTIDIANO: DIÁLOGOS SOBRE DIÁLOGOS, 2., 2008, Niterói. **Anais...** Rio de Janeiro: Universidade Federal Fluminense, Niterói, 2008a.

_____. Biopoder e dispositivos de normalização: implicações educacionais. In: SIMPÓSIO INTERNACIONAL IHU, 11., 2010, São Leopoldo. **Anais...** São Leopoldo: Unisinos, 2010.

_____. Estudos de Biopolítica e Educação na América Latina: avaliação e perspectivas. In: COLOQUIO LATINOAMERICANO DE BIOPOLÍTICA, 4., COLOQUIO INTERNACIONAL DE BIOPOLÍTICA Y EDUCACIÓN, 2., 2013, Bogotá. **Anais...** Bogotá: Universidade Nacional de Colômbia, 2013. Disponível em: <<http://www.michelfoucault.com.br/files/IV%20CLAB%20-%20II%20CIBE%20-%20Encerr.%20Texto%20Final%20para%20LER%20-%20set13.pdf>>. Acesso em: 8 jun. 2014.

_____; MORAES, A. L. Disciplina e controle na escola: do aluno dócil ao aluno flexível. In: COLÓQUIO LUSO-BRASILEIRO SOBRE QUESTÕES CURRICULARES, 4., 2008, Florianópolis. **Resumos...** Florianópolis: UFSC, 2008. p. 343.

_____; LOPES, M. C. Inclusão e governamentalidade. *Educ. Soc.*, Campinas, vol. 28, n. 100 - Especial, p. 947-963, out. 2007.

VEYNE, P. M. **Como se escreve a história: Foucault revoluciona a história**. Brasília: Ed. UnB, 1995.

VILELA, M. A. S. **Semear educação, colher saúde: 1º Congresso Nacional de Saúde Escolar (São Paulo - 1941)**. Tese (Doutorado em Educação) – Pontifícia Universidade Católica de São Paulo, São Paulo, 2011.

WEBER, C. A. T. **Programa de Saúde da Família: educação e controle da população**. Porto Alegre: AGE, 2006.

ANEXOS

ANEXO A – Regulamentação do Programa Saúde na Escola (PSE)

Ato/data	Descrição
Decreto Presidencial nº 6.286, de 5 de dezembro de 2007.	Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências.
Portaria Interministerial nº 675, de 4 de junho de 2008. Republicada em 27/08/2008.	Institui a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE).
Portaria GM nº 1.861, de 4 de setembro de 2008.	Estabelece recursos financeiros pela adesão ao PSE para Municípios com equipes de Saúde da Família, priorizados a partir do Índice de Desenvolvimento da Educação Básica (IDEB), que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria Interministerial nº 1.399, de 14 de novembro de 2008.	Art. 1º - Designar os membros para compor a Comissão Intersetorial de Educação e Saúde na Escola (CIESE), instituída pela Portaria nº 675, de 4 de junho de 2008. Art. 2º - Estabelecer como Coordenador Titular da Comissão o membro Titular da Secretaria de Atenção à Saúde do Ministério da Saúde e como suplente o membro Titular da Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização e Diversidade do Ministério da Educação.
Portaria GM nº 2.931, de 4 de dezembro de 2008.	Altera a Portaria nº 1.861/GM, de 4 de setembro de 2008, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), e credencia Municípios para o recebimento desses recursos.
Portaria GM nº 3.146, de 17 de dezembro de 2009.	Estabelece recursos financeiros para Municípios com equipes de Saúde da Família que aderirem ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria GM nº 790, de 12 de abril de 2010.	Altera a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009, que estabelece recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria GM nº 1.537, de 15 de junho de 2010.	Credencia Municípios para o recebimento de recursos financeiros pela adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE), conforme a Portaria nº 3.146/GM, de 17 de dezembro de 2009.
Portaria Interministerial nº 3.696, de 25 de novembro de 2010.	Estabelece critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) para o ano de 2010 e divulga a lista de Municípios aptos para Manifestação de Interesse.
Portaria GM nº 3.918, de 10 de dezembro de 2010.	Estabelece recursos financeiros para municípios com equipes de Saúde da Família credenciados no Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.910, de 8 de agosto de 2011.	Estabelece o Termo de Compromisso Municipal como instrumento para o recebimento de recursos financeiros do Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.911, de 8 de agosto de 2011.	Altera a Portaria Interministerial nº 3.696/MEC/MS, de 25 de novembro de 2010, que estabelece critérios para transferência de recursos aos Municípios credenciados ao Programa Saúde na Escola (PSE), e define lista de Municípios aptos a assinarem Termo de Compromisso Municipal.
Portaria MS/GM nº 3.014, de 20 de dezembro de 2011.	Habilita Municípios e o Distrito Federal para o recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria GM nº 357, de 1º de março de 2012.	Institui a Semana Anual de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola) e o respectivo incentivo financeiro e estabelece regras

	específicas para a execução no ano de 2012.
Portaria MS/GM nº 524, de 26 de março de 2012.	Habilita Municípios ao recebimento do repasse de recursos financeiros relativos ao Programa Saúde na Escola (PSE).
Portaria MS/GM nº 364, de 8 de março de 2013.	Redefine a Semana de Mobilização Saúde na Escola (Semana Saúde na Escola), de periodicidade anual, e o respectivo incentivo financeiro.
Portaria Interministerial MS/MEC nº 1.413, de 10 de julho de 2013.	Redefine as regras e critérios para adesão ao Programa Saúde na Escola (PSE) por Estados, Distrito Federal e Municípios e dispõe sobre o respectivo incentivo financeiro para custeio de ações.

ANEXO B – Materiais informativos sobre o PSE

- Passo a Passo da Adesão à Semana Saúde na Escola (2013)
- Passo a Passo PSE – Tecendo caminhos da intersetorialidade (2011)
- *Folder*: PSE – Tecendo caminhos da intersetorialidade (2011)
- Pesquisa Nacional de Saúde do Escolar (2012)
- Manual Orientador - Passo-a-Passo Cadastro SIMEC/PSE
- Orientação sobre o PSE para a elaboração dos projetos locais (2008)
- Saúde na Escola (2012)
- Manual para a Adesão – PSE (2013)
- Manual Instrutivo – PSE (2013)
- Orientação para elaboração do projeto municipal PSE- 2010

ANEXO C – Materiais didático-pedagógicos sobre o PSE

- Guia de Sugestões de Atividades da Semana Saúde na Escola (2013)
- Vida nota 10: quadrinhos, cartuns e outras brincadeiras malucas com grandes toques para a vida da gente (2013)
- *Folder*: Como ter uma vida mais saudável (2010)
- *Folder*: Escola também é lugar de aprender que... (2010)
- Conversando sobre saúde com crianças (2007)
- Conversando sobre saúde com adolescentes (2007)
- O que é vida saudável? Álbum seriado (2008)
- Agenda – Educação e Saúde (2010)
- Almanaque Cultural da Saúde (2010)
- Passatempos Coquetel: bom pra cabeça (2010)
- Escola Que Protege: Enfrentando a violência contra crianças e adolescentes (2008)
- Projeto Olhar Brasil: triagem de acuidade visual: manual de orientação (2008)

ANEXO D – Materiais formativos destinados aos profissionais (PSE)

- Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT) no Brasil 2011-2022 (2011)
- Cadernos de Atenção Básica n. 24 – Saúde na Escola (2009)
- Cadernos de Atenção Básica n. 23 – Saúde da Criança: nutrição infantil – aleitamento materno e alimentação complementar (2009)
- Manual de Orientação de Triagem de Acuidade Visual (2008)
- Saúde e prevenção nas escolas: guia para a formação de profissionais de saúde e de educação. Série Manuais nº 76
- Manual operacional para profissionais de saúde e educação: promoção da alimentação saudável nas escolas (2008)
- Curso de Prevenção do Uso de Drogas para Educadores de Escolas Públicas – <http://www.obid.senad.gov.br/portais/OBID/index.php>

ANEXO E – Histórico dos movimentos de saúde na escola do Brasil

Movimentos de saúde	Práticas	Articulação entre os setores	Amparo Legal
Higienista e educação sanitária	<ul style="list-style-type: none"> • Inculcar hábitos saudáveis, e de caráter preventivo e disciplinar. • Combater a disseminação de doenças infectocontagiosas. • Mudar comportamentos e hábitos, inclusive morais. • Preparar o indivíduo para o trabalho. • Saúde como ausência de doença. • O cidadão é responsável por sua saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Autoritária e normativa. • Decisão da medicina e Estado – escola passiva. • Saberes médicos priorizados. 	CF/34
Biomédico/ Biologicista ⁶⁶ A partir dos anos 50	<ul style="list-style-type: none"> • Assistencialista e curativa, com pouca atenção a atenção básica em saúde. • Base hospitalocêntrica. • Medicalização dos problemas de aprendizagem e fracasso escolar. • Compartimentalizada. • Priorizada a medicina especializada. • Consultório médico-odontológico e ambulatório no espaço da escola sem articulação com a rede de serviço de saúde. • Saúde como ausência de doença. • Campanhas nas escolas. 	<ul style="list-style-type: none"> • Organizada na ótica da atenção médica. • Prioridade à especialidade médica. • Cada setor com ações isoladas, sem troca de conhecimento. • Não compartilhamento de decisões e objetivos. • Ações desconectadas. 	<ul style="list-style-type: none"> • CF/34 • LDB nº 4024/61 • Lei nº 5.692/71
Promoção da Saúde (Escolas Promotoras de Saúde)	<ul style="list-style-type: none"> • Articular conhecimento e troca de saberes (especializado e popular). • Consideração no contexto às vulnerabilidades sociais. • Favorecer o diálogo e a interação dos contextos sociais com a saúde. • Protagonismo do sujeito. Saúde como bem-estar social. • Ação descentralizada valoriza a atenção básica em saúde no contexto do território. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os setores reconhecidos como parceiros ativos do processo. • Compartilhamento do poder decisório entre os envolvidos no projeto pedagógico. • Fomenta a articulação inicial entre as esferas de governo e outros parceiros. 	<ul style="list-style-type: none"> • CF/88 • LDB nº 9394/96 • PCN/97
Saúde na Escola (PSE)	<ul style="list-style-type: none"> • Articula conhecimento e troca de saberes com a participação ativa da comunidade. • Voltado às vulnerabilidades sociais e gestão dos riscos. • Proporciona diálogo e a interação dos contextos sociais com a escola - saúde. 	<ul style="list-style-type: none"> • Os setores são parceiros ativos do processo saúde - escola; intersetorialidade. • Compartilhamento do poder decisório – interfederativo e intersetorial. 	<ul style="list-style-type: none"> • CF/88 • LDB nº 9394/96 • PCN/97 • Decreto nº 6.286/2007

⁶⁶ Os distúrbios de desenvolvimento dos escolares eram explicados apenas com base em fatores orgânicos e biológicos. A saúde tem enfoque na doença ou prevenção, trabalhada de forma pontual.

	<ul style="list-style-type: none">• Atenção básica de saúde é a porta de entrada.• Prevê a universalização, é voltado a todo o ensino educacional.• Escola como espaço de promoção à saúde, prevenção de agravos e coleta de dados.• Protagonismo do cidadão.• Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social.• Saúde e educação integral: promoção, assistência e prevenção.• Território com corresponsabilidade: Comunidade, Família, Escolas, Unidades de Saúde, etc.	<ul style="list-style-type: none">• Capacitação dos recursos humanos• Articulação entre as três esferas de governo e outros parceiros.• Gestão intersetorial entre os setores de saúde e de educação.• Articulação permanente entre as equipes escolares e as equipes das UBS.• Processo de referência e contrarreferência dos educandos à rede de saúde.	
--	---	---	--