



UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARÁ  
INSTITUTO DE FILOSOFIA E CIÊNCIAS HUMANAS  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

**O ALUNO SAUDÁVEL: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE  
GOVERNAMENTALIDADE EM POLÍTICAS DE SAÚDE NA ESCOLA  
PÚBLICA NO BRASIL de 2003 a 2012**

Proponente: Leila Cristina da Conceição Santos Almeida

Linha de Pesquisa: Psicologia, Sociedade e Saúde.

Belém/PA

2013

**LEILA CRISTINA DA CONCEIÇÃO SANTOS ALMEIDA**

**O ALUNO SAUDÁVEL: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE  
GOVERNAMENTALIDADE EM POLÍTICAS DE SAÚDE NA ESCOLA  
PÚBLICA NO BRASIL de 2003 a 2012**

Dissertação de Mestrado apresentada como  
requisito para a obtenção do título de Mestre no  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia.

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Alcindo Antônio Ferla  
Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dra Flávia Cristina Silveira  
Lemos

Belém-Pa

2013

Dados Internacionais de Catalogação-na-Publicação (CIP)

---

Almeida, Leila Cristina da Conceição Santos,  
1972-

O aluno saudável: análise das práticas de governamentalidade em políticas de saúde na escola pública no Brasil de 2003 a 2012 / Leila Cristina da Conceição Santos Almeida. - 2013.

Orientador: Alcindo Antônio Ferla;  
Coorientadora: Flávia Cristina Silveira

Lemos.

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Pará, Instituto de Filosofia e Ciências Humanas, Programa de Pós-Graduação em Psicologia, Belém, 2013.

1. Saúde escolar Política governamental Brasil. 2. Estudantes Brasil. 3. Escolas públicas Brasil. 4. Programa de Saúde na Escola.  
I. Título.

CDD 22. ed. 370.150981

---

**LEILA CRISTINA DA CONCEIÇÃO SANTOS ALMEIDA**

**O ALUNO SAUDÁVEL: ANÁLISE DAS PRÁTICAS DE  
GOVERNAMENTALIDADE EM POLÍTICAS DE SAÚDE NA ESCOLA  
PÚBLICA NO BRASIL de 2003 a 2012**

**Dissertação de Mestrado apresentado como  
requisito para obtenção do título de Mestre no  
Programa de Pós-Graduação em Psicologia**

**BANCA EXAMINADORA:**

**Prof<sup>o</sup> Dr. Alcindo Antônio Ferla (Orientador)  
Universidade Federal do Pará (UFPA/UFRGS)**

---

**Prof<sup>a</sup> Dra. Flávia Cristina Silveira Lemos (Coorientadora)  
Universidade Federal do Pará (UFPA)**

---

**Prof<sup>o</sup> Dr. Marcelo de Almeida Ferreri (Membro externo)  
Universidade Federal de Sergipe (UFS)**

---

**Prof<sup>o</sup> Dr. Pedro Paulo Piani  
Universidade Federal do Pará (UFPA)**

---

**Prof<sup>o</sup> Dr. Maurício Rodrigues de Souza (Suplente)  
Universidade Federal do Pará (UFPA)**

A todos os Mestres que passaram em minha vida

## **Agradecimentos**

Àquele que creio ser o Maior de todos os Mestres, Jesus, cuja sabedoria inspira a todos que o buscam e que acreditam que a felicidade acontece agora e depois;

Aos meus pais, Moacir e Rita Santos, por tamanho amor, fé e simplicidade com que me educaram;

Às minhas irmãs Márcia, Cláudia e ao meu irmão Gilberto. Obrigada por sempre estarem, de alguma forma, por perto me apoiando com tanto carinho;

À família que constituí. Meu companheiro intelectual e de projetos pessoais, esposo, professor Mário Tito Almeida e, a nossos filhos lindos e amados, Mário Gabriel e Luís Arthur;

Aos meus Orientadores,

Profº Dr. Alcindo Antônio Ferla, cujo encontro se deu pelo 10º Congresso da “Rede Unida” no Rio de Janeiro, desde então, eu soube que precisaria estar atenta a sua trajetória de pesquisador perpassada por tantos compromissos. Compreendi que cada colaboração seria um tesouro precioso a ser levado muito a sério. Que honra tê-lo conhecido!

Profª Dra Flávia Cristina Silveira Lemos, que acreditou em mim sempre, incentivando-me a avançar na pesquisa, nas leituras e nas implicações com a vida. Uma pesquisadora com a “coragem da verdade” que materializa no dia a dia o “cuidado de si pelo cuidado com os outros”! Obrigada por olhar para quem caminha ao seu lado e não somente caminhar junto.

Ao Programa de Mestrado em Psicologia Social da UFPA (PPGP) e seus professores, em especial ao professor Pedro Piani. As disciplinas cursadas, encontros e leituras com diferentes perspectivas, produziram em mim o desejo de aprofundar um olhar sobre a realidade, mas sem esquecer que há tantos outros;

Aos professores que compuseram minha banca de Qualificação e de Defesa;

À Secretaria de Educação do Estado do Pará (SEDUC/Pa), pela licença e bolsa mestrado concedidos. Realmente encontrei oportunidade e incentivo nesta política para o servidor público;

A cada membro do grupo de estudo e pesquisa Transversalizando;

Às minhas amigas queridas constituídas pelos caminhos do mestrado, Giane e Ellen, pelo apoio recíproco, sempre.

## RESUMO

Nesta pesquisa trago à discussão os mecanismos de poder em Foucault que analisam os dispositivos disciplinares e biopolíticos como delimitadores da problemática da produção de práticas de docilidade e de utilidade sobre a vida do aluno. Das análises dos documentos do *Programa Saúde na Escola (PSE)* do Governo Federal, emergem séries discursivas como formas de constituição do sujeito induzidas por práticas que engendram domínios de saber, fazendo aparecer novos conceitos e novas técnicas para maior funcionalidade do corpo. Da aliança entre os interesses políticos do Estado com os saberes médicos e pedagógicos, diversos aspectos da vida são colocados em evidência e o sentimento e a vontade são atravessados por categorias produtivistas que organizam as histórias individuais pelo ritmo das necessidades econômicas globais e pelo ritmo das tramas micropolíticas. O corpo do aluno se insere num conjunto de necessidades, de rigor e de prescrições, seja por esquadrinhamentos de sua subjetivação atual seja pela criação de possibilidades de investimentos em seu futuro. Por meio da análise documental e bibliográfica, apoiada pela problemática foucaultiana dos dispositivos do biopoder e das práticas de governamentalidade, busquei tensionar a produção do “aluno saudável” enquanto objeto dos investimentos públicos atuais como forma de organizar a vida de determinados grupos sociais. Grupos estes que escapam a certas formas de gestão sobre a vida da população para, assim, produzir séries regulares de integração aos pressupostos sociais desejáveis. Para tal, problematizei a realidade política e econômica atual do capitalismo, na qual há orientações e atualizações de “necessidades” produtivas e de investimento na vida social que materializam modulações de poder menos regimentar e mais flexível sobre o corpo. E ainda, trago à discussão a interface saúde e escola como estratégia econômica e política do governo que se apoia no saber científico-biomédico como efeito de verdade. Nessa interface a produção da saúde é pensada no link com outros discursos oficiais, como: a diminuição da pobreza e o aumento do índice de escolarização básica da população. Por fim, as estratégias de cuidado com a saúde, além de filiadas a um conjunto de graus de normalidades biomédicas e mercadológicas, estão inscritas como práticas de gestão do risco social.

Palavras chaves: Produção da saúde, Escola, Governamentalidade

## Abstract

In this research I bring to the discussion the Foucault's mechanisms of power, which analyze the disciplinary and biopolitical devices as delimiters of the problem of the production of practices of docility and usefulness of student life. From the analysis of the documents of the *Programa Saúde na Escola* (PSE) of the Federal Government, emerge discursive series as forms of constitution of the subject induced by practices that engender domains of knowledge, bringing out new concepts and techniques for increased functionality of the body. From the alliance between the political interests of the State with medical knowledge and teaching, many aspects of life are placed in evidence and the feeling and desire are traversed by productivist categories that organize the individual stories by the pace of global economic needs and the pace of micropolitics. The student body is part of a set of requirements, rigor and prescriptions, whether by scrutinize of his current subjectivity either by creating opportunities for investment in your future. Through analysis of documents and literature, supported by Foucault's problematic devices biopower and governmentality practices, sought to tighten production of the "healthy student" as an object of public investments today in order to organize the life of certain social groups. These groups that escape of certain forms of management on the life of the population to thus produce regular series of assumptions to desirable social integration. To this end, I problematized the current political and economic realities of capitalism, in which there is guidances and updates "needs" and productive investment in social life that materialize modulations of power less regimented and more flexible on the body. And more, I bring to the discussion the interface health and school as economic and political strategy of the government that relies on scientific biomedical – as a effect of truth. In this interface the production of health is thought in the link with other official statements, such as: poverty reduction and increased rates of basic schooling of the population. Finally, strategies for health care, as well as affiliated to a number of degrees of normality biomedical and market, are recorded as practices social risk management.

Keywords : Production of health , school , Governmentality



### Lista de Siglas e Abreviaturas

PSE	Programa Saúde na Escola
UNESCO	Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
ONU	Organização das Nações Unidas
MEC	Ministério da Educação e Cultura
MS	Ministério da Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
ECA	Estatuto da Criança e do Adolescente
LDB	Lei de Diretrizes e Bases da Educação
SISVAN	Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PCN	Parâmetro Curricular Nacional
MESP	Ministério da Educação e Saúde Pública
EPT	Educação Para Todos
GTI	Grupo de Trabalho Intersetorial
SIMEC	Sistema de Monitoramento da Educação
PPP	Projeto Político Pedagógico
PSF	Programa Saúde da Família
ESF	Estratégia Saúde da Família

Eu sou aquele que diz: “Aqui a teu lado eu estou!”

**(Is 52, 6)**

Minhas raízes estão no ar, minha casa é em qualquer lugar. Se depender  
de mim, eu vou até o fim.

**(Engenheiros do Hawaií)**

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO</b> .....	11
<b>1. A análise genealógica do presente em Michel Foucault e o governo de condutas</b> .....	20
1.1.O deslocamento das relações de poder e o tensionamento de práticas de subjetivação .....	23
1.2. A disciplina e a docilidade dos corpos: produção do sujeito saudável. ....	29
1.3. O Biopoder e a Governamentalidade como estratégias de poder sobre a vida .....	35
<b>2. A Escola como atualização da estratégia do cuidado na Saúde: os acontecimentos históricos e os operadores sociais, políticos e econômicos atuais</b> .....	46
2.1. A historicidade da interface Saúde e Escola no Brasil .....	47
2.2. Ministério da Saúde e Ministério da Educação: as relações de saber-poder nas políticas de intersetorialidade .....	53
2.3. Perspectivas do cuidado e o aluno em situação de pobreza .....	60
2.4. O ECA, a LDB e a produção da saúde na escola .....	65
2.5. As práticas da UNESCO e do UNICEF como estratégias globais. ....	71
2.6. Do cenário político do Brasil de 2003 à criação do “Programa Saúde na Escola (PSE)”.....	74
<b>3. Análise, com pistas genealógicas, dos documentos do “Programa Saúde na Escola (PSE)”: os discursos que circulam no modo de subjetivação “aluno saudável”</b> .....	81
3.1. As tramas e emergências das práticas produtoras da infância no PSE.....	83
3.2. Os saberes produzidos e os agenciamentos de forças que difundem o sujeito aluno saudável. ....	92
3.3. A emergência de possibilidades de uma ética nas práticas de cuidado na escola. ....	97
<b>CONCLUSÃO</b> .....	103
<b>CONSIDERAÇÕES FINAIS</b> .....	106
<b>REFERÊNCIAS</b> .....	111
<b>ANEXOS</b> .....	119

## INTRODUÇÃO

O cenário educacional brasileiro ainda vive envolto em armadilhas da concepção positivista de “ordem e progresso” que quantifica a relação da escola com seus sujeitos tornando-a difusora de discursos científicos, biomédicos, mercantilistas, etc. Embora estes três discursos estejam relacionados, detenho-me mais ao discurso biomédico na pós-modernidade para questionar as políticas produtoras de cuidado pensadas para a escola numa discussão das práticas de governamentalidade sobre os corpos dos alunos nos programas oficiais.

Em Foucault (2012c, p. 8), os discursos que constituem a vida social estão permeados de formas minuciosas de ordenamento e controle: “suponho que em toda a sociedade a produção do discurso é simultaneamente controlada, selecionada, organizada e redistribuída por certo número de procedimentos [...]”. Portanto, é preciso problematizar as formas de ordenamento que operam sobre o corpo e que forjam subjetividades.

Nessa perspectiva, tanto as ações da Escola quanto as ações da Saúde são perpassadas por relações de poder que produzem discursos, territórios de batalhas e jogos de forças que constituem o “aluno saudável”.

Tais reflexões atravessaram minha trajetória profissional desde o ano de 1996 na rede privada de ensino como professora e depois como coordenadora pedagógica. Época em que terminava a licenciatura em filosofia na Universidade Federal do Pará (UFPA) e me preparava para apresentar o trabalho de conclusão do curso que discutia a influência das práticas positivistas de Augusto Comte atualizadas no presente da educação brasileira. Nesse mesmo ano de defesa de TCC (2000), iniciei a graduação em pedagogia na Universidade da Amazônia (UNAMA).

Esta trajetória se consolidou a partir do ano de 2008 com minha admissão na rede pública de ensino através de concurso para a Secretaria Estadual de Educação do Pará (SEDUC/Pa) como pedagoga, atuando na função de coordenadora pedagógica, já então especialista em psicologia educacional pela Universidade Estadual do Pará (UEPA).

Mas, sobretudo, atribuo à relação entre minha formação em filosofia e pedagogia, a busca permanente por uma práxis desacomodada, criativa e questionadora do cotidiano escolar, dos discursos que lá circulam e dos dispositivos de dominação que lhe atravessam.

Também destaco para a construção desse projeto, o espaço oportunizado pelo Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal do Pará, para debates e estudos com abertura a profissionais de outros campos de saber que encontravam-se atuando nas instituições públicas, o qual era a minha realidade.

Esta oportunidade foi fundamental para tensionar discussões sobre minha atuação na escola pública, sobre os programas governamentais destinados aos alunos, etc. Ressalto também, os inúmeros encontros com o grupo de estudo e pesquisa “Transversalizando” que me ajudaram a retomar os debates foucaultianos sobre a tríade saber-poder-subjetividade.

Em meio ao meu percurso profissional, despertei para o interesse pela análise de documentos, cartilhas e manuais publicados por agências oficiais do governo ou por organizações intergovernamentais que difundem ações intersetoriais a serem implementadas na escola. Estas ações resultam em programas, sobre os quais me interrogo acerca do perigo de propostas que privilegiam o alcance imediato dos resultados, classificando experiências na escola e objetivando problemas sociais.

Indicadores de patologias, “tendências” e “identidades” no sujeito são processos que se ordenam e se regulam constantemente na sociedade. É preciso indagar as formas totalizantes e universais de intervir na realidade. Acredito que é do confronto das tecnologias de controle com as possibilidades de pensar o governo da vida que emergem formas de cuidado sem capturas repetidas e sem estruturas fixas e determinantes de verdades sobre o corpo do indivíduo.

Que surjam, então, as indagações! Quais relações de poder entraram em jogo no presente das práticas de cuidado com o aluno? Quais visibilidades estão sendo dadas aos corpos? Quais formas de vigilância sobre a saúde do aluno são produzidas pelas estratégias de poder-saber dentro da escola pública? Enfim, quais poderes foram reorganizados, atualizados e autorizados nas práticas escolares no presente?

Portanto, para problematizar a produção de estratégias de cuidado na relação saúde-escola no presente, o objetivo geral desta pesquisa foi discutir e analisar a interface “Escola” e “Saúde” nos discursos oficiais de cuidado com o corpo do aluno na escola pública brasileira no período de 2003 a 2012. Os objetivos específicos foram: problematizar, nos acontecimentos históricos, as ações de saúde com o escolar e as práticas discursivas que produzem a relação saúde e escola e, analisar as linhas de força

que compõem processos de subjetivação nas publicações do *Programa Saúde na Escola (PSE)*.

Quanto ao problema de pesquisa, este traz a seguinte interrogação: **No Programa Saúde na Escola quais práticas discursivas constituem o sujeito “aluno saudável” na escola pública brasileira?** Esta problemática permitiu discutir as formas de atualização do discurso biomédico na escola, ao mesmo tempo em que indagou a escola sobre outras estratégias do governo dos corpos dos alunos.

Para proceder à analítica sobre a produção do aluno saudável, o principal autor deste debate foi Michel Foucault. As suas interlocuções serviram como pano de fundo na discussão sobre os modos de produzir estratégias de cuidado com a vida na interface saúde e escola.

Quanto à metodologia, trabalhei com o procedimento técnico da pesquisa empírica de análise documental e utilizei algumas pistas da perspectiva histórica-genealógica de Foucault. Por meio dessa analítica problematizo a história do presente através do acontecimento *Saúde do escolar*, a partir dos documentos publicados e disponibilizados nos sites institucionais dos Ministérios da Saúde e da Educação.

Acredito que essa opção metodológica oportunizou uma reflexão provocadora de análises políticas e sociais que não se subtraem em meras conjunturas históricas e políticas, mas que discutem relações de “saber poder” explícitas ou não nas práticas discursivas desses documentos na atualidade dos acontecimentos.

Nesse sentido, Faé (2004) afirma que na perspectiva genealogia de Foucault o ponto de articulação do corpo com a história não está no que é dito e documentado, mas no deslocamento de relações de poder na produção do documento, que se materializa nos acontecimentos em volta.

Através da genealogia da história é possível estabelecer uma crítica aos enunciados que compõem as formações discursivas sobre a saúde como ordenamento biocientífico ou biomédico da vida. Assim como é possível questionar as formas unívocas de explicação da realidade e do sujeito.

Por se tratar de uma pesquisa documental é importante pontuar que um documento corresponde a um material escrito sobre um acontecimento, podendo ser qualificado como relatório, entrevista, observações sobre algo (CELLARD, 2008). A definição de documento também é ampliada para “qualquer suporte que contenha

informação registrada, formando uma unidade, que possa servir de consulta” sobre algo a ser investigado (APPOLINÁRIO, 2009, p. 67).

Nessa perspectiva os documentos analisados do PSE se caracterizam como manuais, cartilhas, relatórios de ações e gibis orientados para utilização nas escolas. Assim, optei pelo procedimento técnico da pesquisa documental como fonte primária neste trabalho e a pesquisa bibliográfica como fonte secundária.

O documento ao ser analisado torna-se fonte primária de investigação por ser desmontado quanto à articulação coerente de saberes que apresenta e quanto ao sentido de seus encadeamentos históricos. Logo, por meio da análise documental emergem olhares dinâmicos que interrogam sobre a história do presente. Assim, o documento não é um arquivo que nos revela o passado; nele há intensidade de práticas que ajudam na produção de novos olhares no presente; nele também há práticas vizinhas que se fortalecem mutuamente e constantemente. (FOUCAULT, 2012c)

Assim, os discursos que circulam nos documentos também produzem uma economia sobre a vida, no sentido rousseuriano, como regras para casa e como planejamento da vida em sociedade. Neles, podem haver práticas consideradas científicas que legitimam olhares totalizantes sobre a vida, a saúde, a doença, o estar bem, a felicidade, etc.

Para Michaliszyn (2009) a pesquisa documental vale-se de materiais que ainda não receberam tratamento analítico e a pesquisa bibliográfica trata da pesquisa desenvolvida a partir de referenciais teóricos que aparecem em livros, artigos, e também em documentos.

A força intensa e potente da pesquisa documental se dá pela analítica histórica que ela oportuniza. No documento há uma historicidade datada do caminho percorrido pelos saberes que configuram determinadas subjetividades. Estes também situam quando determinadas práticas foram tomadas como naturais por meio de discursos científicos ordenados como válidos e verdadeiros (CESAR, 2000).

Diante do exposto, acredito na fecundidade do método genealógico, como ferramenta de análise, porque este estabelece uma crítica à soberania do significante e interroga a nossa vontade de verdade. Essa ferramenta não se constitui pela negação da vida e da realidade social; ele não busca uma construção evolutiva dos acontecimentos históricos e nem se deixa determinar pela lógica temporal e pelo encadeamento discursivo de premissas e conclusões.

Pela análise documental é dada a visibilidade ao sujeito que se quer na política proposta, quais os saberes que irão subjetivá-lo e quais espaços devem ser geridos para tal. Diante disso, a tarefa de educar a criança, o adolescente e o jovem na atualidade também se materializa em práticas sobre o sujeito aluno. Ou seja, o cuidado com a saúde é especificado em ações que criam os modos de subjetivação “aluno saudável”, ou melhor, que produzem a história do “sujeito aluno saudável” da escola pública.

É preciso pensar sobre a implicação da escola com os dispositivos responsáveis por discursos totalizantes que constituem determinadas subjetividades, “evidenciando assim a formação de redes discursivas e de suas relações com as estratégias de poder” (CESAR, 2000, p.132).

Para discutir o problema proposto foi necessário investigar a história dos acontecimentos que produziram os documentos do Programa Saúde na Escola (PSE). Para esse percurso, fiz um recorte histórico do Brasil do ano de 2003 (início do Governo Lula) até 2012 tecendo uma análise descritiva acerca da conjuntura política social do Brasil, no qual se constituiu esse programa.

É relevante saber que o governo federal é o gestor desse programa e os documentos são produzidos por equipes do Ministério da Saúde e do Ministério da Educação. Porém, há a estratégica presença de apoiadores, como as secretarias nacionais de saúde e educação, mas, sobretudo, dos organismos intergovernamentais como a UNESCO e o UNICEF.

Esta pesquisa começou com a investigação geral da temática nas publicações existentes no banco de teses da CAPES, nas bases de indexação BVS. Nelas tive acesso a um grande número de artigos e teses que discutiam a relação saúde e escola na perspectiva da prevenção da obesidade na infância, do uso de drogas e da gravidez na adolescência. Foram poucas as discussões encontradas sobre as estratégias do cuidado com a saúde do aluno na escola a partir de análises de programas oficiais do governo federal brasileiro.

Nos documentos consultados nessas bases, selecionei discussões encontradas em três teses e seis artigos publicados<sup>1</sup> que pareceram suficientes para a abrangência pretendidas nesta pesquisa.

---

<sup>1</sup> Teses: Uma experiência de educação em saúde no contexto da educação integral: saúde escolar nos CIEPS do Rio de Janeiro. (Dinah Santos, 2005); Promoção da saúde na escola: modelos teóricos e desafios da intersectorialidade no Rio de Janeiro. (Carlos dos Santos Silva, 2010); Escolas promotoras de saúde: implantação de um programa de prevenção de acidentes em escolas. (Glaura Pedrosa, 2010)/ Artigos: A saúde na escola: um breve resgate histórico. (Túlio Figueiredo, 2010); Sociologia, medicina e



A fim de situar, na discussão, o “Programa Saúde na Escola (PSE)”, discorro nesta introdução, brevemente, sobre seu surgimento e funcionamento. Este programa foi oficialmente lançado no ano de 2007, pelo Decreto Presidencial nº 6.286. No discurso do governo federal sobre a ampliação das estratégias de prevenção à saúde, se destacou a justificativa da política intersetorial entre os Ministérios da Saúde e da Educação pela melhoria da vida da população brasileira (PSE, 2011).

Contudo, esse programa (PSE) foi precedido pelo projeto *Saúde e prevenção nas escolas* lançado em 2003 em Curitiba com a presença de representantes do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, da UNESCO, entre outros (SPE, 2006).

As ações, do então projeto, *Saúde e prevenção nas escolas*, concentravam-se na prevenção da gravidez na adolescência e na prevenção da DST/AIDS através de publicações didáticas e da distribuição de preservativos. Logo, o seu foco era somente a produção de estratégias para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens estudantes (PSE, 2011).

Com a abrangência das estratégias de intervenção da saúde na escola o antigo projeto *saúde e prevenção nas escolas*, foi atrelado ao Programa Saúde na Escola (PSE) em 2007, passando a ser um dos componentes de ação deste novo programa e os seus documentos a ser um dos insumos (PSE, 2011). Logo, a historicidade política e econômica do PSE se constituiu desde o 1º mandato do Presidente Lula em 2003.

Fiz a opção de analisar os documentos do “Programa Saúde na Escola” por estes serem um instrumento metodológico denso, atual, complexo e importante quanto aos seus enunciados e as suas formações discursivas sobre o cuidado com a saúde do escolar.

Em visita presencial à Secretaria de Educação do Pará (SEDUC/Pa) no dia 24/04/2012 no setor de Coordenação de Ações Educativas (CAEC) foi-me disponibilizado pela secretária do PSE em Belém o acesso a estes documentos através do site [www.saude.gov.br/pse](http://www.saude.gov.br/pse).

Ressalto que, embora minha abordagem dessa interface saúde-escola seja sobre a realidade brasileira, só aqui no Estado do Pará a previsão de escolas atendidas com as

---

a construção da sociologia da escola. (Nelson Barros, 2009); A concepção sobre saúde do escolar entre profº do ensino fundamental. (Marcos Fernandes, et AL, 2005); A vigilância sanitária no contexto escolar: um relato de experiência. (Rosane Fontana, 2008); Projeto aprendendo saúde na escola. (Ethel Maciel, et AL, 2010); Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de M. Foucault, Agner Heller e Hannah Arendt. (Francisco Ortega, 2004).

ações do PSE, entre os anos de 2008 a 2011, era de 174 escolas<sup>2</sup>. Em todo território nacional até 2012 foram atendidas 22 mil escolas, perfazendo um total de 9 milhões de alunos atendidos pelo programa<sup>3</sup>, o que revela a grande adesão a sua proposta pelas Secretárias de Educação.

Os documentos publicados pelo PSE constituem subsídios, tanto para os ‘agentes’ das equipes que desenvolverão as ações, quanto para os alunos que receberão tais orientações. Até junho de 2012, momento de levantamento das publicações, o site disponibilizava 19 publicações entre cartilhas/gibis/manuais/encartes.

Na seleção que fiz escolhi os seguintes temas para serem analisados: “Diretrizes para Implantação do projeto saúde e prevenção nas escolas- série manuais nº 77, 2006”; “Escola que protege: enfrentando a violência contra crianças e adolescentes, 2008”; “Conversando sobre saúde com as crianças, 2008”; “Caderno de educação básica: saúde na escola - nº24, 2009”; “Almanaque Cultural da Saúde, 2010”; “Passo a passo PSE, tecendo caminhos para a intersetorialidade: projetos, programas e relatórios, 2011”; “Saúde na Escola, 2012”.

Detalhando um pouco mais a estrutura dos documentos, eles estão divididos em: conteúdo formativo para os agentes que compõem a equipe da *saúde da família*; conteúdo explicativo sobre os objetivos, metas e ações do PSE; conteúdo endereçado diretamente aos alunos da educação básica em formato de gibis e cartilhas sobre a saúde.

O recorte que fiz na escolha de tais documentos está atrelado àqueles que, no seu conteúdo, falam diretamente para os alunos e àqueles que trazem a composição dos serviços e estruturas do programa. Portanto, deixo claro que não selecionei para a análise os documentos que trazem conteúdos formativos sobre doenças e sintomatologias, cujo foco é a preparação técnica dos agentes.

Outro critério que usei para a seleção dos temas acima foi quanto à autoria e/ou a organização dos cadernos. Estes são organizados ora em conjunto entre o Ministério da Saúde e o MEC, ora organizados apenas por um desses Ministérios. Intercalei coautoria e autoria individual dos Ministérios na produção desses documentos. Ressalto que, em

---

<sup>2</sup> <http://psemundau.blogspot.com.br/p/o-que-e-programa-de-saude-na-escola.html>

<sup>3</sup> [www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/mobile/visualizarNoticia.ctm?cod=9758&=noticia](http://www.portalsaude.saude.gov.br/portalsaude/mobile/visualizarNoticia.ctm?cod=9758&=noticia)

ambos os casos, na maioria das publicações, aparecem apoiadores como UNESCO, UNICEF, alternadamente ou em conjunto.

Na breve análise feita acerca dos documentos selecionados, constatei que nem todos estão disponíveis como impresso, mas indexados no endereço virtual do portal da saúde, acima citado, e na biblioteca virtual do Ministério da Saúde, segundo fui informada na Secretaria Executiva de Educação do Pará.

Contudo, adquiri dois exemplares impressos por meio de uma das técnicas da equipe de revisão do PSE de Brasília que conheci em oficina realizada no 10º Congresso da Rede Unida no Rio de Janeiro em maio de 2012. Os documentos impressos que recebi foram: “Passo a passo PSE: tecendo caminhos da intersectorialidade” e “Saúde na escola”, ambos fazem parte dos documentos que selecionei para análise.

Através dos documentos do PSE analisei a presença e/ou a readequação do discurso médico-científico na educação, juntamente com a problematização da integralidade de ações sugeridas na parceria entre os Ministérios da saúde e da Educação. Por outro lado, é importante ressaltar que das análises de um documento emergem a dispersão de forças capaz de novas composições de saber e novos agenciamentos de poder. Podem surgir brechas que produzam formas do governo de si e de implicações mais políticas e coletivas sobre os problemas sociais.

Nas análises enfatizo algumas práticas registradas na história que atravessam, na atualidade, a relação saúde-escola. Para tal, considero importante sublinhar que não pretendi fazer levantamento de todas as políticas públicas de saúde na escola brasileira, mas apenas pontuar aquelas que considero relevante para pensar a escola no presente; nem pretendi enumerar as ações de cuidado do PSE classificando-as como melhores ou piores; tampouco aprofundar reflexões sobre os princípios e políticas do Ministério da Saúde nas ações intersectoriais e ampliadas do SUS.

Salvas essas premissas, a presente pesquisa se propôs a trabalhar com as categorias Escola e Saúde problematizando as práticas de cuidado com o corpo do aluno analisando as estratégias de saber-poder das práticas produtoras de saúde na escola atualmente. Enfim, colocar em xeque a integralidade de ações propostas na relação saúde e escola, via produção dos documentos do PSE.

Para a movimentação da discussão a pesquisa foi estruturada em três capítulos. O primeiro capítulo aborda a genealogia do presente em Michel Foucault e o governo de

condutas; o segundo discute a escola enquanto atualização da estratégia do cuidado na saúde, os acontecimentos históricos, os operadores sociais, políticos e econômicos atuais; o terceiro traz a análise, com pistas genealógicas, dos discursos que circulam no modo de subjetivação “aluno saudável” nos documentos do Programa Saúde na Escola (PSE).

Por fim, a temática em questão que tem por título “A produção do aluno saudável: análise das práticas de governamentalidade em políticas de saúde na escola pública no Brasil de 2003 a 2012” é atravessada pela interrogação sobre a regularidade de determinados saberes que organizam formas de operar a realidade.

## 1. A análise genealógica do presente em Michel Foucault e o governo de condutas

A gestão do corpo nas “ações com o escolar” circunscreve processos de educabilidade e/ou reeducabilidade no sujeito e de controle das multiplicidades dos acontecimentos sociais. Há a tentativa de regular cada vez mais os fenômenos da população, o que faz com que os efeitos das práticas de governo sobre a categoria dos escolares se ampliem para a transformação de problemas sociais. Por sua vez, esta gestão se amplia para processos de institucionalização e de governo estatal do corpo.

Em vista disso, para dar visibilidade a questão do governo de condutas, discuto neste capítulo alguns conceitos de Foucault como: “relações de poder”, “dispositivo disciplinar”, “biopoder e governamentalidade”. Para tal, esta discussão é precedida de uma rápida abordagem sobre “práticas discursivas” na análise genealógica, uma vez que tal conceito aparece ao longo da dissertação.

Ressalto que estas categorias analíticas de Foucault não serão tomadas por tratamentos pontuais ou apenas descritivos, mas já imbricadas com as categorias saúde e escola na investigação acerca do sujeito “aluno saudável”. Com essa investigação emergem as composições das relações de poder, os saberes autorizados como válidos e como orientadores de verdades sobre o corpo do aluno.

Foucault (2012c, p. 47), ao discutir a produção de verdades pelo ordenamento dos saberes válidos vai indagar a composição de forças presentes nos discursos científicos perguntado “que civilização, aparentemente, teria sido mais respeitosa com o discurso do que a nossa?”.

Um discurso autorizado silencia e desqualifica outros discursos. As possibilidades de construção da realidade histórica é delimitada por formações de saberes instituídos como válidos e regulados por convenções e consensos. Estes saberes orientam o pensamento, as demandas, as necessidades e as interrogações do sujeito sobre a realidade.

Acerca disso, a história do presente e seus efeitos são interrogados pela análise das práticas atuais. Portanto, pela genealogia não há busca por explicações metafísicas para os acontecimentos, nela é potencializada uma forma de análise capaz de problematizar a “história global” das formas do exercício de poder sobre a vida individual e coletiva. A batalha travada não é para provar a origem de algo, valorar um

saber como verdadeiro ou falso e nem, para encontrar um sentido lógico para os fenômenos humanos na história.

Ao invés da segurança de um sentido, é preciso estar atento para uma investigação que não totalize a história, mas ocupe-se também sobre o que se passa em volta dos acontecimentos.

Sobre tal discussão, Michel Foucault (2012c) propõe investigar o presente através do que ele chama de “análise genealógica” das práticas discursivas. Sua proposição é pensar a história enquanto materialidade histórica e a partir de operadores sociais, políticos e econômicos reais e atualizados nos diferentes deslocamentos das ações humanas. Para isso, a investigação é sobre as tramas e emergências nas quais os acontecimentos se constituem.

A escrita de um documento é uma maneira de agenciamento de forças. Sobre isso, a ferramenta genealógica de Foucault interroga o que está compondo esse agenciamento e desaloja certas racionalidades que se impõem como compreensão ou justificação de práticas no presente.

O discurso para Foucault é uma realidade material de algo datado, pronunciado e escrito que prolifera indefinidamente e por meio de práticas descontínuas, portanto, todo discurso já é uma prática por produzir formas de subjetivação. Assim, pelas práticas discursivas se traduzem as lutas e “o poder do qual nos queremos apoderar” (FOUCAULT, 2012c, p.10).

O documento é constituído de *práticas discursivas* e de *práticas não discursivas*. Nele há a produção de intensidades que nem sempre estão visíveis nas séries discursivas. Estas intensidades extrapolam o ordenamento de sentidos propostos em um arquivo, em manuais ou outras formas de sistematizar a realidade social. Para Foucault (2010b, p. 28), “todo discurso manifesto repousaria secretamente sobre um já-dito; e que este já-dito não seria simplesmente uma frase pronunciada, um texto já escrito, mas um ‘jamais-dito’, um discurso sem corpo [...]”.

É possível analisar as práticas discursivas pela relação entre os saberes e pelas regularidades de determinadas ações que organizam formas de operar a realidade. As abordagens foucaultianas falam das práticas não discursivas que se constituem por relações de poder nas condições de possibilidade da formação dos saberes.

Tanto as práticas discursivas quanto as práticas não discursivas são integradas por dispositivos que se movimentam “da ordem do saber à ordem do poder” interrogando as práticas que nos constituem historicamente (CASTRO, 2009, p.337).

Essa movimentação dos dispositivos de saber e poder por práticas discursivas e não discursivas é encontrada em alguns manuais do Programa Saúde na Escola (PSE). Na proposta formativa que ele traz de cuidados com a saúde do aluno se observam conteúdos ‘ausentes- presentes’. Ausentes, porque não os encontramos evidenciados e nem ordenados numa tentativa de demarcar, declaradamente, territórios de forças. Presentes, porque são fortes pelo fato de não estarem tão visíveis ou dispostos ordinariamente, mas que extrapolam os currículos escolares por comporem arranjos diversos de poder que nem sempre estão ditos em uma base discursiva.

De modo geral, pode-se inferir que as práticas discursivas na análise documental se difundem por meio da descrição sobre a composição dos saberes presentes no sistema editorial, na edição, na diagramação, no número de tiragem, nas fotos, nos relatórios apresentados, etc. Já as práticas não discursivas se constituem na análise do prédio, na disposição dos arquivos, nas agências de fomento, nos financiadores, assim como, nas articulações macros e micros que demandam determinadas relações de poder.

Remetendo a *ordem do discurso*, as práticas discursivas operam pelos princípios da: inversão, da descontinuidade, da especificidade e da exterioridade<sup>4</sup>. Para tal, existem quatro noções que devem regular a análise: o *acontecimento* em oposição à ideia de criação e de fundação; a *série* em oposição à unidade e a coerência do discurso; a *regularidade* em oposição ao tratamento do discurso como original; a *condição de possibilidade* em oposição à ideia de significado (FOUCAULT, 2012c).

Em seu movimento a análise genealógica se ocupa da história do presente para tensionar, provocar ruídos e rachaduras sobre o conjunto de práticas discursivas que objetivam a vida e se institucionalizam como efeito de verdade.

Em última análise, a compreensão da genealogia foucaultiana por meio da análise das “práticas discursivas”, sem dúvida ganha outros aprofundamentos em Foucault. Tal terminologia não se encontra sistematizada em uma única obra, mas pode

---

<sup>4</sup> Foucault fala de certas exigências na análise genealógica. O princípio de inversão é contrário ao discurso como fonte (origem) e continuidade histórica; o princípio de descontinuidade por não haver um discurso sempre dominador ou ilimitado; o princípio de especificidade, no qual o discurso não pertence a um jogo de significados a serem interpretados; o princípio da exterioridade, nele o que importa é a materialidade e a aparição de regularidades. Ver: FOUCAULT. A ordem do discurso. S. Paulo: Edições Loyola, 2012.

ser encontrada de forma dispersa ao longo de suas abordagens. Entretanto, a partir dessa breve apresentação, acredito que a leitura dos capítulos, os quais aparecem o termo “práticas discursivas” poderá ter certa fluidez.

### 1.1 O deslocamento das relações de poder e o tensionamento de práticas de subjetivação

A produção do sujeito saudável neste tempo histórico de capitalismo contemporâneo que se inscreve na racionalidade econômica do Estado regulador<sup>5</sup> empenha-se em investimentos e soluções em redes, em parcerias institucionais e em processos cada vez mais eficientes de governo da vida.

Para tanto, coloco em análise as práticas instituídas como políticas intersetoriais e integradas a indicadores globais na ampliação de serviços denominados como básicos à população, dentro os quais, saúde e educação escolarizada. A interface das categorias saúde e escola, que nos acontecimentos históricos estão atravessadas por relações de poder e reordenamentos de forças, vêm produzindo saberes sobre o corpo e ocupando-se com a virtualidade das condutas.

Para a análise sobre “o como” dos arranjos históricos entre saúde e escola e de seus desdobramentos no presente, recorro à problemática do poder em Michel Foucault. Na abordagem sobre a questão do poder pode-se falar em uma *inflação do poder*, na qual se abrigam muitas manobras no seu funcionamento e nos seus efeitos. (FOUCAULT, 2010c)

Em obras como *Microfísica do poder* (2012a); *Vigiar e punir* (2012b); *Ditos e escritos IV: Estratégia saber poder* (2010c), Michel Foucault reúne algumas ferramentas para trazer a questão do poder em seu percurso genealógico. Sobre alguns pontos que considero fundamentais nessas obras desenvolverei esta discussão.

Para Foucault (2012a) a análise dos saberes que formam um discurso esta imbricada com a analítica do poder, na qual não há relação de poder sem a constituição

---

<sup>5</sup> Superada a crença e a ideia de que o mercado deveria dirigir a vida econômica e a organização da sociedade (tal como postula o neo-liberalismo), e ao mesmo tempo não se pretendendo retornar ao dirigismo estatal, no qual o Estado dominava o mercado tornando-se quase um concorrente das empresas (cerne da ideia do welfare state - o estado do bem-estar social), nasce a ideia de um Estado que regula o mercado, ou seja, que influencia na dinâmica das forças capitalistas através de órgãos de controle e regulação, sem, no entanto, determinar a ação dos agentes econômicos. Dessa forma, o Estado tenta garantir de um lado, o interesse comum e, de outro, a liberdade das empresas no mercado. Ver: <http://jus.com.br/revista/texto/453/o-estado-regulador>. Ver: HERZ, Mônica. HOFFMANN, Andrea. Organizações internacionais: história e práticas



de um campo de saber. Assim também, todo saber constitui novas e múltiplas relações de poder. Estas relações estão inscritas em campos de batalhas que se compõem e se reordenam constantemente. Logo, o poder não se caracteriza por relações estáticas e binárias.

Nessa proposta foucaultiana as relações de poder são pensadas por meio da análise genealógica da história que desnaturaliza saberes e práticas e reconstrói as tramas dos acontecimentos singulares. É justamente dessa analítica que o poder produz discursos sobre o sujeito, assim como reordena realidades.

Assim, é importante evidenciar que a partir da análise genealógica da histórica há um novo “ordenamento” racional na questão do poder. O que faz com que a concepção de poder em Foucault contrarie radicalmente a compreensão tradicional ou mais usual de poder (MAIA, 1995).

Para Foucault (2012b), o poder é exercido por todos, logo ele não se localiza em um só corpo. Numa trajetória móvel o poder está em todas as relações e não pertence a uma só classe ou grupo. Logo, é impossível pensar a existência do sujeito fora das relações de poder, já que, ser sujeito já é a materialidade ou efeito do poder. Portanto, todos os sujeitos estão nas teias do poder e isso faz com que as relações de poder e seus dispositivos atravessem a família, a sociedade e também a escola como dinâmica permanente de forças que se atualizam.

Dentro dessa analítica, as relações de poder não são só determinantes de uma posição de sujeito. Uma vez que agem em circulação constante de agenciamentos de forças, podem produzir aberturas e brechas para processos de liberdade. Portanto, o poder não se limita a dominação e nem é sobreposição definida de forças, na qual um só domina e o outro é dominado, mas ação sobre ação numa relação também de contrapoder (FOUCAULT, 2012b).

Cito, brevemente, como uma das abordagens tradicionais mais citadas sobre o poder e impressa na racionalidade clássica, a de Max Weber (1992). Para ele, o Poder é força hierárquica localizada em uma instituição ou localizada em uma pessoa que domina ideologicamente ou pela força. Assim também, autores, como Marx e Hegel, são lembrados pelo próprio Foucault (2012a) em suas abordagens do poder como repressão, reprodução de relações econômicas entre classes, etc.

Tradicionalmente o problema do poder era colocado “em termos de constituição, de soberania [...] em termos jurídicos; e pelo marxismo, em termos de aparelhos do

Estado [...] contentava-se em denunciá-lo como o ‘outro’, no adversário” (FOUCAULT, 2012a, p. 42).

No entanto, nas pesquisas de Foucault (2012a) o poder é investido como exercício concreto, específico e material, como mecânica das lutas cotidianas e funcionamento das engrenagens.

No plano das estratégias do PSE como exercício concreto do poder e de funcionamento das engrenagens, a mobilização de gestores locais assegura a abrangência dos resultados às expectativas políticas mais gerais que estão atrelados a outros fins. Conforme o documento *Passo a passo PSE: tecendo caminhos da intersetorialidade*: “o apoio institucional dos Estados aos municípios é imprescindível para o avanço na implementação do PSE no Brasil e qualificação da saúde e da educação, contribuindo para a superação da miséria no nosso país” (PSE, 2011, p.9).

A nova analítica do poder é o pano de fundo das discussões foucaultianas, seja pela sua força de sujeição, seja pela sua força de produzir liberdade. Observa-se nesta passagem, abaixo, a centralidade do poder nas discussões de Foucault:

Então é toda essa ligação de saber e de poder, mas tomando como ponto central os mecanismos de poder, é isso, no fundo, o que constitui o essencial do que eu quis fazer, quer dizer, [...] se trata, sem dúvida nenhuma, de uma história dos mecanismos de poder e da maneira como eles se engrenaram. (FOUCAULT, 2010c, p.227)

Essa mobilidade das relações de poder em Foucault é importante para pensar a constituição de verdades sobre o sujeito por possibilitar análises das práticas que operam condutas e que formam subjetividades. Como exemplo das engrenagens dos dispositivos de poder nos programas escolares, são observadas proposições que dirigem gestos, mobilizam vontades e formam condutas.

Sobre isso, Coimbra e Nascimento (2007) concluem em seu artigo sobre *programas compensatórios* que alguns dispositivos vão sendo criados para fundar e reafirmar subjetividades, dentre estes merece atenção o dispositivo da escolarização. Junto com outras redes de poder, como a saúde, a educação escolar tem a função de corrigir e controlar virtualidades. ”Daí a importância que é dada não só à escolarização, mas também às práticas compensatórias que, no mundo de hoje, visam àqueles que escapam ao processo de institucionalização/disciplinarização/normalização [...]” (2007, p.1).

O poder produz realidades e, portanto, rituais de verdade sobre o corpo do indivíduo e sobre o corpo social. Ao mesmo tempo, torna-se fértil por produzir deslocamentos constantes de ações e por produzir outras realidades. Assim, o poder “pode recuar, se deslocar, investir em outros lugares... e a batalha continua” (FOUCAULT, 2012a, p. 235)

As possibilidades do poder vão além de proibições e de relações dualistas de fortes e fracos. Nas relações de poder se constitui uma rede produtiva de saberes, de verdades e de condutas no indivíduo e na sociedade que materializam formas de viver e de estar no mundo. A genealogia do poder traz para debate outro olhar sobre o poder, como mecanismos e tramas que constituem o sujeito na história e uma análise das relações de poder sem determinismos.

Nos estudos de Foucault (2012b, p. 132) os dispositivos do poder investem suas forças na objetivação do sujeito como o que ocorreu “durante a época clássica, uma descoberta do corpo como objeto e alvo do poder” que o tornou apto, adestrado e capaz numa relação específica de sujeição.

A análise desses dispositivos é importante porque mostra certa forma de investimento político nas relações sociais, dando visibilidade a uma “microfísica do poder” que ganha campos vastos. No PSE a articulação das redes públicas de saúde e de educação escolar e demais redes sociais formam redes de controle dos serviços num mesmo território.

No PSE esta articulação entre os serviços é chamada de redes de correspondência que “implica colocarmos em questão: como esses serviços estão se relacionando? Qual o padrão comunicacional estabelecido entre as diferentes equipes e serviços? Que modelos de atenção e de gestão estão sendo produzidos nesses serviços?” (PSE, 2011, p. 9).

No caso dos modos de funcionamento do poder, ele opera por técnicas de sujeição, como no dispositivo disciplinar, no qual “o poder se articula diretamente sobre o tempo; realiza o controle dele e garante sua utilização” (FOUCAULT, 2012b, p. 154), mas também opera como lugar estratégico.

São relações de forças reunidas que produzem saber e poder e novas relações porque “na sociedade, há milhares e milhares de relações de poder e, por conseguinte, relações de forças de pequenos enfrentamentos, microlutas, de algum modo” (FOUCAULT, 2010c, p. 231).

A proposta genealógica da história em Foucault é justamente de analisar a constituição dos saberes e do domínio de determinados discursos. Seu funcionamento e seus efeitos objetivam a história, encadeiam fatos e unificam tramas políticos e sociais forjando relações de sentido.

Neste caso, para a pesquisa genealógica interessa os efeitos do poder e não a sua origem ou natureza. Interessa, ainda, as exigências políticas imediatas, as urgências econômicas, as regulações sociais que produzem verdades ou efeitos de verdade. Enfim, o entrelaçamento poder e saber.

Nesse sentido não trata de saber qual é o poder que age do exterior sobre a ciência, mas que efeitos de poder circulam entre seus enunciados científicos; qual é seu regime interior de poder; como e por que em certos momentos ele se modifica de forma global (FOUCAULT, 2012a)

No plano genealógico os mecanismos de poder vão atravessar a discussão sobre as práticas produtoras de cuidado como na política pública interministerial “Programa Saúde na Escola (PSE)”. Da sua composição vão emergir os dispositivos de poder que operam sobre o corpo e que dão visibilidade a determinados saberes. Enfim, vão emergir o conjunto de práticas que orientam o corpo do aluno e suas condutas e quais os objetos que são produzidos no jogo saber-poder.

Na escola, as relações de ensino e aprendizagem com os alunos são permeadas pelo discurso da verdade que deixa escapar o *vir a ser* da formação de crianças e jovens pela valorização de um *dever ser* destes no mundo. Diante disso, as políticas de atenção à saúde na escola, na perspectiva de poder em Foucault, produzem múltiplos dispositivos que podem normalizar sujeitos e justificar processos de subjetividade dos alunos por uma história natural e universal dos fenômenos humanos.

As abordagens de Foucault (2010c) sobre os dispositivos que governam condutas dão condições para pensar acerca da constituição dos processos que subjetivam o sujeito na atualidade. Dessas abordagens se potencializam também formas de criação de possibilidades de emergirem singularidades no sujeito capaz de criarem infinitas formas de relações com o mundo.

As grandes estratégias de poder são também produzidas nas pequenas táticas locais e individuais que incitam lutas, enfrentamentos e mudanças. Logo, o poder para Foucault também produz resistência:

De fato, as relações de poder são relações de força, enfrentamentos, portanto, sempre reversíveis. Não há relações de poder que sejam completamente triunfantes e cuja dominação seja incontornável [...] quero dizer que as relações de poder suscitam necessariamente, apelam a cada instante, abrem a possibilidade a uma resistência. (FOUCAULT, 2010c, p.232)

Da analítica das relações de poder que constituem o presente, a vida do “sujeito aluno saudável” pode ser pensada por processos de abertura para outras práticas discursivas. Para além de abordagens de sintomas, de classificações e de conceitos de saúde.

E, mesmo que não seja possível se livrar de certos arranjos sociais e políticos, é possível propor outras composições de poder-saber e participar ativamente da construção do campo de batalha. Nesse campo, não está dado quem domina e quem é dominado, o que há é a produção de forças, de intensidades e de tensionamentos, nas quais todos estão envolvidos.

Sobre isso Dreyfus & Rabinow constroem o seguinte argumento:

Para o genealogista, este drama não é um jogo de significados nem uma simples intensificação da batalha de sujeitos. É antes a emergência de um campo estrutural de conflitos [...], são manobras sociais relevantes para todos aqueles envolvidos neste campo [...] o genealogista estuda o surgimento de um campo de batalha que define e esclarece um espaço. (Dreyfus & Rabinow, 1995, p.122)

Nas considerações sobre os deslocamentos do poder, o instrumental genealógico de Foucault orienta uma investigação sobre os efeitos dos processos de subjetivação no sujeito, mas também desafia este sujeito a se mobilizar para formas de resistência e pela emergência de campos de batalha que permitam outras realidades.

Da mesma maneira, nos manuais do “Programa Saúde na Escola (PSE)”, são analisadas as composições de forças que podem levar a formas de resistências que materializem processos de subjetivação no aluno que deem passagens a constituição de singularidades.

Não obstante, ao se promover estratégias de saúde do corpo estas podem operar por formas diversas de poder. Podem disciplinar e individualizar o sujeito criando-lhe demandas sociais e mercadológicas assim como, podem classificá-lo por grupos de risco, de vulnerabilidades, etc.

Assim, nos programas e campanhas voltadas para saúde pública, os sintomas nem sempre vão ser indicativos da real necessidade de cuidados com o sujeito, mas certamente, de acordo com múltiplas forças e interesses, será indicativo de produção de formas de controle sobre sua vida. Nesse jogo de poder e saber, estarão atuando formas díspares e heterogêneas de micropoderes tanto locais como globais.

A partir da abordagem feita sobre a questão do poder e os seus desdobramentos em Foucault, avançarei para pontos relacionados à produção do aluno saudável e que aprofundam a questão do poder relacionando-o a outro conceito foucaultiano, o dispositivo disciplinar.

## 1.2. A disciplina e a docilidade dos corpos: produção do sujeito saudável

Na construção histórica deste presente chamado de pós moderno ou contemporâneo, no que diz respeito à produção da vida social do indivíduo, há um conjunto de procedimentos e táticas de poder sobre as práticas materializadas na escola. Tais práticas reúnem múltiplas forças na produção de uma determinada assistência ao corpo do indivíduo como inscrição de investimento na saúde pública.

A partir das inferências conceituais foucaultianas, neste capítulo, faço o exercício reflexivo de pensar o aluno dentro do processo de produção da saúde indagando acerca de estratégias do poder disciplinar nas proposições direcionadas a escola.

Com as obras *Vigiar e Punir* (2012b) e *História da Sexualidade I* (1988) trago à discussão o poder disciplinar em Foucault que analisa os dispositivos disciplinares como delimitadores da problemática da produção de práticas de docilidade e de utilidade sobre o corpo do indivíduo.

A ideia de corpo *organismo* do século XVII é analisada por Foucault (2012b) na discussão sobre a disciplinarização dos corpos individuais. Ao fazer parte de um todo em funcionamento, o corpo do indivíduo era investido por dispositivos de controle, vigilância, punição e exame que se ampliam pelo corpo social.

O século XVII inscreve em suas práticas o conjunto de técnicas e estratégias empíricas centradas na noção de docilidade e de adestramento do sujeito. Formas de controle minucioso da vida são produzidas através de vigilância sobre as atividades cotidianas e do esquadramento do tempo, do espaço e do movimento dos corpos.

Na análise sobre o poder disciplinar há uma abordagem histórica quanto à maneira da sociedade se organizar na época clássica. O circuito das ações que organizavam a vida individual passava pela atenção detida em micropráticas de docilidade política. Sobre isso, Foucault diz o seguinte:

Mas as disciplinas se tornaram no decorrer dos séculos XVII e XVIII fórmulas gerais de dominação [...] forma-se então uma política das coerções que são um trabalho sobre o corpo, uma manipulação calculada de seus elementos, de seus gestos, de seus comportamentos [...]. A disciplina fabrica assim corpos submissos e exercitados, corpos dóceis. A disciplina aumenta as forças do corpo (em termos econômicos de utilidade) e diminui essas mesmas forças (em termos políticos de obediência). (FOUCAULT, 2012b, p. 133 e 134)

O investimento no corpo se dá pelo poder como tática de controle e estimulação sob uma funcionalidade pragmática. No corpo do indivíduo o poder disciplinar apresenta uma inscrição notável com técnicas minuciosas de individualização de condutas e de esforços persistentes de captura por experiências úteis e quantitativas da vida nas instituições.

Do efeito do investimento do poder sobre o corpo Foucault diz:

A ginástica, os exercícios, o desenvolvimento muscular, a nudez, a exaltação do belo corpo... tudo isso conduz ao desejo do próprio corpo por meio de um trabalho insistente, obstinado, meticuloso, que o poder exerceu sobre o corpo das crianças, dos soldados, sobre o corpo sadio. (FOUCAULT, 2012b, p. 235)

Certas formas de constituição do sujeito são induzidas por práticas que engendram domínios de saber, fazendo aparecer novos conceitos e novas técnicas para maior funcionalidade do corpo. Em correspondência a maquinária econômica e política da sociedade capitalista, há interesses macros que potencializam práticas de investimentos em escalas, cada vez mais abrangente, de indivíduos.

Faço remissão aqui, como práticas que engendram domínios de saber, à avaliação clínica e psicossocial do PSE, uma de suas linhas de ação. Nela há a orientação de medidas antropométricas sobre o aluno: “orientamos que a tomada de medidas antropométricas, como peso e estatura, para a classificação do estado nutricional, deve estar em conformidade com a orientação dos protocolos do Sistema de Vigilância Alimentar e Nutricional (SISVAN)” (PSE, 2011, p.24).

De acordo com Traversini e Bello (2009) taxas, medidas e índices têm centralidade nas ações governamentais, inclusive no âmbito educacional da população, a ponto de serem geradas estratégias políticas e econômicas por programas e campanhas para dirigir e otimizar condutas individuais e coletivas.

É importante atentar para a descrição feita por Michel Foucault sobre as prisões, os quartéis, as fábricas, os conventos, as escolas como locais onde se produzem corpos dóceis, disciplinados e úteis. No entanto, estes espaços não têm exclusividade sobre os dispositivos do poder disciplinar e, assim, a disciplina não se reduz a práticas institucionais.

Na ideia de corpo organismo, se instaura o pensamento mecanicista sobre a vida. O sentimento e a vontade humana são atravessados por categorias produtivistas que organizam as histórias individuais pelo ritmo das necessidades econômicas gerais e pelo ritmo das tramas micropolíticas. Também na família, nos pequenos grupos sociais e na produção de si há vigilância minuciosa e controle das atividades em correlação com o poder disciplinar como efeito de desenvolvimento e de progresso pessoal.

Assim, o corpo se insere num conjunto de necessidades, de rigor e de prescrições. No caso da escola, múltiplos saberes são produzidos sobre o corpo do aluno seja pela tentativa de esquadrinhamentos de sua subjetivação no presente, seja pela criação de possibilidades diferentes de investimentos em seu futuro. Inclusive, uma das características ou modulações da disciplina é de organizar a multiplicidade e não impedi-la, é de produzir coesão sem anular diferenças, é de garantir obediência permitindo a circulação, é de extrair a utilidade pela participação e pelo engajamento.

As disciplinas, organizando as “celas”, os “lugares” e as “fileiras” criam espaços complexos [...]. O quadro, no século XVIII, é ao mesmo tempo uma técnica de poder e um processo de saber. Trata-se de organizar o múltiplo. [...] Tratar a multiplicidade por si mesma, distribuí-la e dela tirar o maior número possível de efeitos. (FOUCAULT, 2012b, p. 142 e 143)

E ainda,

Do século XVII até a introdução, no século XIX, do método Lancaster, o mecanismo complexo da escola mútua se construirá uma engrenagem depois da outra: confiaram-se primeiro aos alunos mais velhos tarefas de simples fiscalização, depois de controle do trabalho, em seguida, de ensino; e então no fim das contas, todo o tempo de todos os alunos



estava ocupado seja ensinando seja aprendendo. (FOUCAULT, 2012b, p. 159)

Atualmente, o corpo sadio é o objeto dos investimentos públicos como forma de organizar a vida de determinados grupos sociais. Grupos estes que escapam ao sistema. Sobre eles são produzidas séries regulares de integração aos pressupostos sociais desejáveis.

Coimbra e Nascimento (2007) são enfáticas em afirmar que os programas voltados para a escola nos últimos 30 anos estão funcionando também como um poderoso instrumento de domesticação e de aceitação da lógica capitalista.

Quanto às estratégias de investimento no cuidado com o corpo, para torná-lo adaptado, apto e corrigido, não é uma ocupação só da medicina. As evidências da racionalidade médica atravessam outras materialidades e outros saberes numa combinação cuidadosa de forças. A pedagogia e a psicologia escolar também investem na integração do corpo por processos de medicalização da aprendizagem<sup>6</sup> dos alunos que “fracassam” ou, não se adaptam a propostas apresentadas.

Foucault (1988, p. 111) chamou a essa combinação cuidadosa de forças compostas por diferentes campos de saber de *Regra da polivalência tática dos discursos*, pois “é justamente no discurso que vem a se articular poder e saber [...], como uma multiplicidade de elementos discursivos que podem entrar em estratégias diferentes”. Dependendo do contexto institucional onde eles se encontram, há posições de poder e, portanto, posições de sujeito através de deslocamentos e atualizações das formas de poder.

A *polivalência dos discursos*, na análise dos dispositivos disciplinares, mostra que uma prática discursiva desenvolve táticas sobre o corpo do indivíduo que alcança infinitos objetivos, sem localizar-se em um campo discursivo único. No caso específico dos saberes escolares, com se viu acima, suas práticas também instituem condutas reguladoras de saúde e de cuidado com o corpo através de normas que classificam o aluno sob um referencial de desenvolvimento humano preconizado organicamente.

---

<sup>6</sup> Medicalizar a aprendizagem é deixar de compreendê-la por categorias múltiplas e por processos singulares entre os sujeitos, correndo-se o risco de esvaziamento das variáveis sobre as experiências do aprender e do estar no mundo. A medicalização da aprendizagem se dá por enquadramentos do sujeito-aluno a processos de funcionamento orgânico e psíquico da vida; sanar sintomas por diagnóstico, terapias ou/e na inclusão de medicamentos. Ver: GUARIDO. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação.

No presente, as técnicas disciplinares de individualização não cessaram, apenas operam por outros meios. Na realidade política e econômica atual do capitalismo, a qual torna normal e atualiza “necessidades” produtivas e de investimento, são materializadas outras modulações de poder menos regimentar e mais flexível sobre o corpo.

Por essas modulações, as ações econômicas e políticas governamentais apoiam-se em saberes biomédicos como efeito de verdade que evidencia a produção da saúde pensada no link com outros discursos oficiais, como a relação entre diminuição da pobreza e o aumento do índice de escolarização básica da população (OPAS, 2006).

Nesse sentido, as estratégias de cuidado com a saúde, além de filiadas a um conjunto de graus de normalidades biomédicas, estão inscritas como práticas de gestão do risco social. As diretrizes para implementação do projeto *saúde e prevenção nas escolas*, insumo do PSE, diz que:

Como resultado, a escola vê-se hoje como depositária de inúmeras demandas sociais [...] como cenário quase exclusivo de acolhimento de crianças, adolescentes e jovens [...], as unidades de saúde, por sua vez, veem-se diante da necessidade de criar estratégias de acolhimento e atenção às necessidades específicas desses grupos populacionais, como parte da tarefa de reorganizar-se em um novo modelo de atenção à saúde (SPE, 2006, p. 10)

O sistema de regras que normalizam o corpo encontra na elaboração de programas públicos, legitimidade e naturalização. No campo macro e micro isso permite integração estratégica entre saberes correlatos que privilegiam a interdição do sujeito não mais pela lei, mas sim pela norma “pelo ponto de vista da eficácia tática [...] pela análise de um campo múltiplo e móvel de correlações de forças, onde se produzem efeitos globais [...]” (FOUCAULT, 1988, p.113).

O poder disciplinar normaliza ao medir capacidades ou por indicar os padrões pelo menos perto do que se deve chegar, como coação a uma conformidade. Mais interessante do que se aplicar punições repressoras pelo desvio, é produzir a qualificação dos desempenhos que tornam operante o próprio processo punitivo da disciplina. Assim, a punição não se dá na esfera jurídica do proibido pela lei, mas pela quantificação do balanço positivo dos comportamentos individuais a um conjunto de normalização “que compara, diferencia, hierarquiza, homogeniza, exclui” (FOUCAULT, 2012b, p.179).

Na época clássica o objeto das práticas discursivas sobre o “conhecimento” da verdade sobre o indivíduo foi o dispositivo da sexualidade. Os mecanismos disciplinares sobre o sexo também estiveram inscritos em um conjunto de regras normalizadoras sobre o corpo com práticas de gestão do risco social.

Sobre essa analítica, Foucault (1988, p. 29) destaca que o processo de colocação do sexo no discurso foi apoiado “por um interesse público” como uma incitação política e econômica que analisava e classificava a conduta do sujeito. Fazer o sexo funcionar por padrões, como ordenação de forças coletivas e individuais, investir numa economia sobre o corpo.

Nesse contexto, o domínio do que se podia dizer sobre o sexo foi ampliado e os indivíduos precisaram estendê-lo cada vez mais. Foram organizadas as minúcias dos saberes que constituíam a verdade do sexo sobre o corpo das crianças escolares. Sobre isso Foucault diz:

Os médicos se dirigem aos diretores dos estabelecimentos e aos professores, também dão conselhos às famílias; os pedagogos fazem projetos e os submetem às autoridades; os professores se voltam para os alunos [...] Toda uma literatura de preceitos, pareceres, observações, advertências médicas [...] prolifera em torno do colegial e de seu sexo. (FOUCAULT, 1988, p.34 e 35)

A intensificação da produção de saberes sobre o corpo, como ocorreu na valorização do discurso sobre o sexo, expandiu-se, não linearmente, das instituições às famílias apoiados pelo saber dos médicos, psiquiatras, duplicados posteriormente, na especialidade do psicólogo e do pedagogo e outros saberes correlatos. Da produção de necessidades sobre um determinado corpo social como forma de organizar multiplicidades, nascem novas demandas e novos saberes fisiológicos e orgânicos sobre o corpo do indivíduo.

Hoje, a produção de verdades sobre os cuidados com a saúde do corpo se inserem num conjunto de regras e normas orientadas no currículo escolar por novas práticas normalizadoras da existência adaptável e flexível. De acordo com as investigações de César e Duarte ((2009), a formulação de um novo sujeito econômico ativo tem a ver com a produção de novos sujeitos escolares que se dá na transformação no currículo e na distribuição dos saberes.

No Brasil, essa transformação materializou-se nos Parâmetros Curriculares Nacionais (PCN) do final dos anos 90. Temas como cidadania, ética e desigualdades sociais e de gênero, saúde e meio

ambiente apareceram como preocupações centrais [...], saíamos da escola disciplinar e entrávamos no universo da pedagogia do controle [...] os discursos escolares e não escolares tornaram-se idênticos e assumiram uma mesma função, que pode ser compreendida em termos de produção do novo sujeito moral, o sujeito flexível, tolerante e supostamente autônomo, requerido pelas novas modulações do controle que gravitam entre o Estado e o mercado neoliberal. (CÉSAR e DUARTE, 2009, p. 127)

Dentre os temas sociais que atravessam transdisciplinarmente o currículo escolar brasileiro, os exames corporais compõem medidas centrais. Assim, a obesidade, a boa forma física e o corpo magro recomendam medidas de alimentação correta e realização de exercícios físicos. Estas práticas vão se atualizando no presente, como no “Programa Saúde na Escola (PSE)” do Governo Federal.

No Brasil, ao longo dos projetos republicanos de uma Nação Moderna, as correlações naturalizantes entre saúde e educação escolar, resultado da aliança entre os interesses políticos do Estado com os saberes médicos e pedagógicos, colocaram em evidência diversos aspectos da vida das crianças escolares e, suas mínimas manifestações foram observadas. “Além das aulas, as brincadeiras de pátio, a merenda, as vacinas, os exercícios físicos, a higiene corporal, tudo foi tomado como campo de intervenção [...] formando um sistema disciplinar” (CESAR e DUARTE, 2009, p. 125).

A funcionalidade do *corpo organismo* constitui, de certa forma, a teia da discussão sobre o poder disciplinar nas pesquisas de Foucault. Desse modo, o poder disciplinar apresentou dispositivos de controle e técnicas de individualização que tornaram possível algum saber sobre o corpo.

A disciplina operou estratégias produtivas sobre a vida individual, tornou visível determinadas manifestações de conduta e as enredou em mecanismos de objetivação. Contudo, na segunda metade do século XVIII os estudos de Foucault vão se expandir na ideia de *corpo espécie* como produção de diversas formas de controle sobre a vida. É o que se verá a seguir com os conceitos de biopoder e governamentalidade no jogo das relações de poder.

### 1.3. O Biopoder e a Governamentalidade como estratégias de poder sobre a vida

As antigas instituições, como a fábrica, o hospital, a prisão e a escola atualizando suas micropáticas, tornaram-se empresas com dispositivos disciplinares cada vez mais refinados. Estas se deslocaram para modulações de subjetividades cada

vez mais flexível e adaptável. Uma movimentação convergente com as oscilações mercadológicas que também vão exigir novas conformidades corporais e novas capacidades cognitivas no sujeito. No entanto, não somente com finalidades e aplicações específicas do poder disciplinar, mas em conjunto com outros funcionamentos da mecânica do poder.

A fim de tensionar à discussão sobre a produção do sujeito saudável, utilizei nesta análise as ferramentas foucaultinas encontradas nas obras *História da sexualidade I* (1988); *Ditos e escritos IV: estratégia, poder-saber* (2010c); *Segurança, território, população* (2008). Contudo, ressalto que não pretendi aprofundar em cada uma dessas obras a sua abordagem total, mas apenas estabelecer a interlocução com os conceitos de biopoder e governamentalidade. Estes temas perpassam uma discussão vasta em Foucault, sendo pertinente, para os propósitos desta pesquisa, isolar alguns pontos para fazer as correlações pontuais e necessárias.

### 1.3.1. O Biopoder enquanto estratégia geral do poder

De acordo com as investigações foucaultianas o poder sobre a vida se organizou desde o poder disciplinar no século XVII e se interligou a outra forma de poder chamado biopolítica na metade do século XVIII (FOUCAULT, 1988). Nesta nova modalidade do poder, práticas discursivas são investidas sobre o corpo espécie no controle da população.

No corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos: a proliferação, os nascimentos e a mortalidade, o nível de saúde, a duração da vida, a longevidade, com todas as condições que podem fazê-los variar; tais processos são assumidos mediante toda uma série de intervenções e controles regulados: uma bio-política da população. (FOUCAULT, 1988, p.152)

A biopolítica enquanto forma de exercício do poder tem a população como o objeto a ser controlado, administrado e analisado. Os fenômenos que dizem respeito a grupos sociais como: natalidade, morte, doenças, produtividade, etc, pelas estratégias biopolíticas há tentativas de torná-los previsíveis, medidos e equilibrados.

Na atualidade, os índices e taxas, como estratégia biopolítica, ocupam uma posição central nas estatísticas dos programas governamentais. Os problemas sociais, as

ações e mudanças são medidas quantitativamente demonstrando o que se procurou governar e o que ainda precisa ser governado.

Assim também, saberes produzidos por instituições e *experts* através de cálculos e comparações subsidiam decisões administrativas para otimizar e manter regularidades na população, delimitando espaços considerados problemáticos (TRAVERSINI e BELLO, 2009).

A gestão dos problemas sociais na escola não é diferente, entre os *experts* que alimentam dados do PSE sobre gravidez na adolescência e evasão escolar, estão: Departamento de Ações Programáticas Estratégicas, Núcleo de Estudos de População da Unicamp, Escola Nacional de Ciências Estatísticas do IBGE, Sistema de Informações de Nascidos Vivos (SPE, 2006).

Nos “espaços problemáticos” há fenômenos sociais constantemente regulados como a saúde e, instituições constantemente vigiadas como a escola pública. Ambos, saúde e escola, compõem séries indefinidas de acontecimentos que nem sempre são controlados em suas multiplicidades. Nesse sentido, não se está falando de uma multiplicidade de indivíduos, mas de uma multiplicidade de acontecimentos nos indivíduos e de processos de subjetivação na população.

Assim, na biopolítica se opera a gestão dos homens pelo controle das multiplicidades sociais coletivas. Ressalto aqui, que a biopolítica é uma operacionalidade do biopoder que age nos fenômenos da população pelo imperativo biológico de espécie humana, o que a difere do poder disciplinar que tem por objeto o indivíduo. O poder disciplinar é diferente porque o exercício de poder se dá pelo adestramento do corpo, cuja finalidade é obter corpos individualizados, treinados, úteis economicamente e dóceis politicamente (CASTRO, 2009).

Nessa discussão, Foucault (2008) pontua que as tecnologias disciplinar e biopolítica que governam condutas constituem o biopoder. Mas são pelas tecnologias biopolíticas que se produz um conjunto de sujeitos enquadrados por uma série de mecanismos que organiza as demandas da população num território. Nesse sentido, as tecnologias biopolíticas se constituem em prescrições sobre a conduta social e em estatísticas e previsões sobre a sociedade no que se refere aos sujeitos que podem ser, efetivamente, reeducáveis.

No entanto, como se viu no subcapítulo anterior, as tecnologias disciplinares atuam na regulação do conjunto da espécie humana pelo adestramento anátomo-político do corpo do indivíduo sobre os gestos e condutas que ele deve produzir.

Portanto, nos imperativos do biopoder não há uma desativação ou substituição total do poder disciplinar sobre os fenômenos ligados a população. A população como o foco dos investimentos dos dispositivos de poder e o indivíduo como um meio para se chegar a esse coletivo social. Sobre isso, Foucault vai dizer:

O objetivo final vai ser a população. A população é pertinente como objetivo, e os indivíduos, as séries de indivíduos, os grupos de indivíduos, a multiplicidade dos indivíduos, esta não vai ser pertinente como objetivo. Vai ser simplesmente pertinente como instrumento, intermédio ou condição para obter algo no nível da população. (FOUCAULT, 2008, p. 56)

Do biopoder surgem maneiras de individualização do sujeito “aquilo que na espécie humana, constitui suas características biológicas fundamentais vai poder entrar numa política, numa estratégia política, numa estratégia geral de poder” (FOUCAULT, 2008, p.03). Enfim, por meio do biopoder há outra maneira de “conhecer”, tanto o corpo indivíduo quanto o corpo população, programando condutas por práticas homogêneas e naturalizantes sobre a vida do sujeito.

Nos mecanismos do biopoder há a gestão estatal do corpo e da vida da espécie humana, e por esses mecanismos a gestão de políticas públicas se materializa relativa à vida da população. Para isso, se compõem discursos que falem sobre as necessidades que dão contornos e definições a vida da população.

Dentro dessa reflexão da gestão estatal do corpo, nas estratégias de ação dos documentos do PSE a educação e a assistência à saúde relacionadas à vivência da sexualidade “devem incorporar as dimensões de gênero, de orientação e identidade sexual, erotismo, emoção, reprodução, assim como [...] das especificidades de cada ciclo do desenvolvimento humano” (SPE, 2006, p.12)

Na racionalidade biopolítica uma das formas de “conhecer” o conjunto dos seres humanos se organiza pelo dispositivo da sexualidade que faz funcionar todo um sistema com medidas políticas, de cálculo e de estimativas sobre a vida. O corpo “espécie humana” é um objeto empírico que precisa ser definido e cuidado para, assim, assegurar a vida da população. É justamente no discurso sobre o sexo que está a articulação do

campo disciplinar e do campo biopolítico, portanto do corpo individual e social, campos nos quais se desenvolve o biopoder como estratégia geral do poder.

A sexualidade como um dispositivo do poder se expande desde o século XVII pela valorização intensa do corpo como objeto de saber. Dessa forma, até o fim do século XVIII nasce uma nova tecnologia sobre o sexo. Nova porque através da produção de saberes como a pedagogia, a medicina e a economia o discurso sobre o sexo torna-se uma proposição do Estado (FOUCAULT, 1988).

A tecnologia do sexo vai ser norteadora de projetos de ordenamento da vida social em suas várias facetas de produção da saúde com o corpo, o que torna o indivíduo um objeto a ser gerido por práticas sociais de cuidados atualizadas, inclusive, em programas e projetos escolares.

César e Duarte (2009) ao analisarem a *pedagogia do fitness*, enquanto governo dos corpos na escola contemporânea vão dizer:

A partir de agora, o processo educacional não mais representará uma lenta, detalhada e exaustiva jornada disciplinar, na qual cada detalhe é corrigido ao mesmo tempo em que se produz as hierarquias e exclusões. Ao contrário, a educação deverá ser tomada como empreendimento cuidadosamente analisado pelo Estado, pelas famílias e pelo próprio sujeito. O novo *homo oeconomicus* será o resultado de investimentos familiares e educacionais na infância e na juventude, assim como também será o resultado de intervenções governamentais no campo da saúde do corpo, as quais determinarão, além da aquisição de novas competências necessárias para os novos tipos de trabalho, também o prolongamento da saúde e da juventude desse novo corpo. (CÉSAR e DUARTE, 2009, p.127 e 128)

As articulações sutis e constantes do dispositivo do poder da sexualidade com a economia faz produzir saberes no corpo de maneira cada vez mais detalhada e faz proliferar discursos com efeitos de verdade. Na passagem do século XVIII para o século XIX estes discursos penetram nos corpos e controlam cada vez mais as populações (FOUCAULT, 1988).

Portanto, uma determinada racionalidade política através do dispositivo da sexualidade é produzida sobre o corpo. Este dispositivo constituiu em suas mutações uma técnica de poder atravessada, por novas táticas de controle e de funcionalidade da vida social. Por meio desse dispositivo o conjunto de controle sobre o corpo, como orientações espirituais de vigilância sobre si e os imperativos de decência descritos por



Foucault (1988) na *história da sexualidade I*, não desaparecem bruscamente, mas se reorganizam em novas composições.

Na genealogia dos mecanismos e das técnicas de saber produzidos sobre o corpo, são percebidas mutações, deslocamentos, continuidades e rupturas que, na atualidade, materializam processos de gestão da vida pela regulação dos fenômenos da população. Estas regulações vão constituir as estratégias do biopoder como formas de agenciamento político da vida. Assim, não se produz só o indivíduo dócil e útil, mas um cálculo sobre a vida da espécie humana num investimento contínuo de capacidades e competências.

Na linha de ação do PSE, *promoção de saúde ambiental e desenvolvimento sustentável*, há de ser trabalhado no aluno, habilidades ecológicas para a saúde ambiental inscritas numa governança global sobre busca de transformação social e como práticas de saúde da população (PSE, 2011).

Nas análises de César e Duarte (2009) se compreende esse investimento contínuo do biopoder através do novo sujeito ativo da racionalidade neoliberal. Este deve produzir a si mesmo configurando um autoempreendedorismo contemporâneo. Essa produção de si no presente acontece por tecnologias nutricionais, educacionais, entre outras.

Esse novo sujeito será, dentre outros fatores, o resultado de investimentos educacionais na infância e na juventude, garantidos tanto por meio de intervenções estatais, visando ao governo da saúde e do corpo a partir da escola, quanto por meio das próprias respostas dos sujeitos aos estímulos e às demandas do mercado de concorrência (CÉSAR e DUARTE, 2009, p. 123)

A produção de uma natureza de sujeito no século XVII que se deu pelo controle da “carne”, do pecado, dos vícios, como tecnologia tradicional das práticas discursivas católicas e protestantes de vigilância sobre o corpo, vai passar para uma ênfase orgânica patológica na passagem do século XVIII para o século XIX (FOUCAULT, 1988). O corpo do indivíduo torna-se o corpo espécie inscrito em práticas cada vez mais totalizantes de condutas na sociedade e individualizante de responsabilidades na produção da realidade social.

Pelo biopoder se amplia as possibilidades de intervir na vida pelo controle dos modos de produção da realidade, da inserção dos processos de sociabilidade no arranjo mercadológico, dos modos de subjetivação dos corpos no presente. Tudo isso, passa a

ser orientado por formas de controle pelo “aparato produtivo e para ajustar os fenômenos da população aos processos econômicos” (CASTRO, 2009, p 58).

A discussão sobre o biopoder em Foucault, sobretudo, quando se amplia as estratégias biopolíticas sobre a vida, ganha desdobramentos para a questão da arte de governar. E assim, entram em debate as práticas de governamentalidade como conjunto de procedimentos, saberes e táticas para dirigir a população.

### 1.3.2. As práticas de Governamentalidade e as tecnologias do governo da vida

As análises do Foucault (2008) sobre o biopoder e seus dispositivos adentram, sobretudo, na obra *Segurança, território, população* em reflexões profundas que investigam as mudanças nas práticas de governo que produziram novas formas de organização dos saberes e de gestão da vida. Portanto, a arte de governar desde as monarquias do século XVI estava ligada a produção de aparelhos administrativos e, pouco a pouco, no século XVIII, ao Estado governamentalizado.

Os tratados desenvolvidos até o final do século XVIII não são mais conselhos ao Príncipe, assim como, o governo das almas e das condutas na pastoral católica e protestante não vai ser um problema apenas de salvação pessoal, mas artes de governar que põe em circulação o problema do governo de si e dos outros (FOUCAULT, 2008).

Nessa perspectiva, no biopoder para se operar nas intensidades e nas heterogeneidades das práticas discursivas sobre o corpo individual e biológico (espécie humana), é necessário governar, gerir, construir formas de comando. Portanto, são necessárias artes de governar:

Para dizer as coisas muito esquematicamente, a arte de governar encontra, no final do século XVI e início do século XVII, uma primeira forma de cristalização; ela se organiza em torno do tema de uma razão de Estado [...]. O Estado se governa segundo leis racionais que lhe são próprias, que não se deduzem das leis racionais naturais ou divinas, nem dos únicos preceitos de sabedoria e de prudência. (FOUCAULT, 2010c, p.295)

Das análises de Foucault sobre o poder do soberano do século XVI em sua crítica ao texto “O príncipe” de Maquiavel e sobre a crise do poder pastoral da tradição judaico-cristão na Idade Média, aparece questões sobre como governar-se e como ser

governado, enquanto racionalização das práticas de governo dos homens (VEIGA NETO, 2000).

Na racionalização das maneiras de governar são utilizadas táticas que se reorganizam ao longo dos acontecimentos históricos caracterizando artes de governar chamadas de governamentalidade. Nesse sentido, em Foucault (2008) o biopoder é uma tecnologia política de governo de populações por processos de individualização e de totalização do corpo social que envolve práticas de governamentalidades sobre a vida dos outros num triângulo: governo, população e economia política.

Esse triângulo vai operar por mecanismos de segurança que para Foucault vão fundamentar as práticas de governamentalidade sobre a população:

Por esta palavra, “governamentalidade”, entendo o conjunto constitutivo 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. (FOUCAULT, 2008, p. 143)

Se há população, tem governo. Nesta máxima da governamentalidade é preciso administrar os homens e suas vontades numa resposta a uma determinada realidade que precisa ser anulada, modificada, limitada ou regulada. Assim, tudo que se situa ao nível da população vai ser pertinente de intervenção por caracterizar riscos e perigo para a vida da espécie humana. A vida vai se organizar por ações políticas de probabilidades sobre a saúde, as doenças, os desenvolvimentos econômicos, a produção industrial, etc.

Para Travessini e Bello (2009) a prática da gestão do risco emerge da racionalidade política neoliberal e utiliza programas executados em parcerias que incitam o indivíduo a se autogerir. Essa prática compõe uma realidade atual, nas quais as condutas individuais e coletivas são responsabilizadas pela otimização dos índices de saúde, de educação e de desenvolvimentos do país bem como, de figurar os *rankings* internacionais.

Além de difundir práticas individualizantes a educação escolar é agenciada por formas de governamentalidade como, a meritocracia e a competição. No plano de ação do projeto *saúde e prevenção na escola*, insumo do PSE, um dos méritos a ser atingido

pelo desempenho e ampliação das ações é o “Prêmio Escola UNESCO” (SPE, 2006, p.19) e o “selo UNICEF” para as ações de prevenção nas escolas.<sup>7</sup>

Esse exemplo remete a práticas que concorrem para formas de individualização, nas quais cada um e toda a sociedade parecem “consentir” ao assumirem a tarefa de competir, dar o melhor de si e aproveitar as oportunidades. Assim, pela arte de governar a economia do poder se desloca para propostas de vida e de bem estar em conformidade com as exigências do mercado, o que forja o sentimento de inclusão e de proteção no sujeito.

A governamentalidade é compreendida como uma estratégia de operar multiplicidades de forças nas práticas de governo. Por essas multiplicidades os indivíduos possuem a tarefa também de se autogovernarem dando respostas de cuidado sobre sua vida. Dessa forma, a governamentalidade não se compõe unicamente em práticas do governante sobre um território e seus habitantes.

As práticas de governamentalidade se constituem em práticas múltiplas que perpassam por todas as pessoas que pertencem ao Estado governando (FOUCAULT, 2010c). Logo, muitos podem governar exercendo o poder sobre coisas e pessoas, como exemplo, numa classe escolar, na família, na vizinhança, em ações estratégicas de um programa, etc.

Nessa perspectiva, a saúde na escola, de acordo com as análises históricas, discutidas no capítulo 2, está intrinsecamente ligada às maneiras de governar que se materializam, entre outras estratégias, no dispositivo de segurança sobre a população.

Ao mesmo tempo em que as múltiplas práticas de governamentalidade emanam do Estado governado, é a governamentalidade que dá funcionalidade ao Estado produzindo táticas que circunscrevem o que é do âmbito das práticas do governo. Foucault (2008), inclusive, afirma que sem a governamentalidade o Estado não teria força alguma.

Afinal de contas, o Estado talvez não seja mais que uma realidade compósita e uma abstração mitificada cuja importância é bem mais reduzida do que se imagina [...] o que há de importante para nossa modernidade, isto é, para a nossa atualidade, não é portanto a estatização da sociedade, mas o que eu chamaria de “governamentalização do Estado”. (FOUCAULT, 2008, p.144 a 145)

---

<sup>7</sup> Tal qualificação institucional visa contribuir para o alcance, no Brasil, dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio (ODM). Mais informações ver: [www.selounicef.org.br](http://www.selounicef.org.br)

Na história do presente, o governo da vida se dá pelo governo das crianças, dos jovens em espaços de produção de segurança, como a escola. Nesses espaços é preciso estabelecer uma média do aceitável de acordo com indicadores e metas econômicas. Portanto, na escola a arte de governar se reveste de tecnologias, como a intersectorialidade de ações, e faz uso de determinados saberes, como a medicina, a pedagogia, a psicologia no governo do escolar como uma estratégia para o governo da população.

Contudo, é relevante pontuar que a governamentalidade é tomada também na sua potência transformadora de relações de forças, com novas composições de exercício de poder dando passagem à liberdade no sujeito e a sua relação com os outros.

Uma vez que as artes de governar constituem um “único espaço real de luta e dos torneios políticos” (FOUCAULT, 2010c, p.304), é possível criar campos de batalhas onde o sujeito busque mecanismos de produção e de governo de si. Os imperativos que vão se construir dessas práticas de governo podem constituir-se mais como indicadores táticos do que como indicadores de verdades.

Reportando-me as práticas pedagógicas, o cuidar de si e do outro também perpassa em querer saber por quem se é governado, para que se é governado, e de que maneira se é governado. Essa é uma postura ética que torna claro qual o governo sobre a conduta, dando margem de liberdade para negociar e escolher. Assim, embora as relações sociais sejam regidas por estratégias de governamentalidade, existem nesse campo aberturas para atitudes críticas frente ao presente e não somente de regulação de subjetividades.

De acordo com as análises foucaultianas trazidas para esta discussão, o funcionamento da mecânica do poder por investimentos em processos do corpo como espécie biológica produz a gestão sobre a vida e múltiplas práticas de governamentalidade. Portanto, as estratégias de biopoder e de governamentalidade reúnem tecnologias disciplinares e biopolíticas na gestão do coletivo social operando por mecanismos de segurança. Dessa forma, os fenômenos da população são ajustados a processos econômicos e o que ainda precisa ser governado é justificado pela “necessidade” da gestão e do governo dos homens para mudar e/ou controlar realidades.

No próximo capítulo trarei à discussão os operadores, sociais, políticos e econômicos dos acontecimentos históricos da escola como um espaço estratégico da produção do cuidado na saúde de crianças e adolescentes. Para isso, me reporto às

políticas do governo brasileiro na intervenção da saúde da população através de estratégias direcionadas à escola no período da Primeira e da Segunda República. O objetivo é dar visibilidade a múltiplos operadores que circunscrevem realidades locais/nacionais, porém, atrelados a estratégias globais.

## 2. A Escola como atualização da estratégia do cuidado na Saúde: os acontecimentos históricos e os operadores sociais, políticos e econômicos atuais.

Neste capítulo discuto a interface saúde e escola através de algumas abordagens do Brasil em seu percurso para se tornar uma Nação moderna e civilizada. Em seguida trago ao debate os operadores locais (ECA e LDB) e globais (UNESCO e UNICEF) que agenciam forças e orientam a produção de políticas públicas para a população “pobre” nas escolas brasileiras. Por fim, amplio o debate trazendo o recorte político e econômico do Brasil do ano de 2003 à produção do *Programa Saúde na Escola (PSE)*.

Antes de adentrar na historiografia brasileira sobre práticas de cuidado com a saúde do escolar, cabe aqui uma pergunta vital para uma pesquisa sobre a história do presente, ou ainda, para uma pesquisa que se propõe recortar a conjuntura política-social do Brasil de 2003 a 2012 ao analisar os documentos do PSE. Por que visitar a história tradicional como movimento de análise do presente?

Os registros históricos datam os acontecimentos, guardam, lembram, esquecem, recordam, ocultam e organizam os modos de vida de cada época política e social. Sobre isso, Nietzsche (2003 p.13-14) chama a atenção para o olhar produzido no homem pela história. Para ele a utilidade da história estaria em fazer-nos perceber “o quanto os maiores e mais elevados dos espíritos de nossa espécie humana não sabem o quão ‘casualmente’ seus olhos assumiram a forma através da qual eles veem”.

A afirmativa de Nietzsche na expressão ‘casualmente’ remete à importância de recorrer à história numa perspectiva desnaturalizante para investir numa análise desconstrutora de verdades e sentidos únicos. Nessa perspectiva, a causalidade apresentada nos processos civilizatórios da humanidade precisa ser questionada e tomada sob certa desconfiança para responder as perguntas: **como e para que** se viveu, **como e para que** se cuidou e se educou?

Sobre essa questão o filósofo francês Michel Foucault (1926-1984) discute os acontecimentos históricos problematizando o “progresso científico” da modernidade, enquanto uma racionalidade que buscava categorias universais sobre o sujeito. Para este filósofo, a história é produzida e também é produtora de verdades através de dispositivos normativos sobre o corpo, no qual a medicina com seus saberes é uma estratégia de poder (FOUCAULT, 2012a).

Com o desenvolvimento do capitalismo no final do século XVIII e início do século XIX o corpo é objeto de força de trabalho e de produção que passa a integrar um sistema de funcionamento da medicina como controle da população. Nesse mesmo período é datado o surgimento da medicina moderna chamada pelo autor de *medicina social*, e que traz por especialidade tecnologias sobre o corpo social (FOUCAULT, 2012a).

Com as transformações e readequações da medicina social nos séculos XVIII e XIX surge a “biomedicina como domínio e vigilância sobre a experiência clínica, na qual se particulariza e nomeia” para dizer o que se vê e, mais ainda, para fazer ver e dizer o que se viu (FERLA, 2002, p.51). A dimensão da visibilidade e da “dizibilidade” imprimiram novas marcas a produção de discursos médicos da “verdade” assim como produziram os sujeitos desse discurso<sup>8</sup>.

A partir da afirmação dos saberes da medicina social como discurso promotor da sociedade brasileira moderna, situo o contexto de estratégias governamentais para o desenvolvimento da sociedade brasileira através de práticas discursivas totalizantes do poder biomédico. Dentro dessas práticas se destaca a relação da escola com projetos de controle de saúde da população, ratificando, portanto, que a interface entre saúde e escola não é recente.

## 2.1. A historicidade da interface Saúde e Escola no Brasil

Através de breves descrições históricas do período republicano no Brasil reúno acontecimentos que abarcam o governo brasileiro da Primeira República até a Segunda República no que diz respeito à interlocução de políticas públicas na escola no século XIX e início do século XX. Estes períodos apresentam práticas sistematizadas e autorizadas do cuidado com o corpo como composição de um projeto de sociedade,

---

<sup>8</sup> Com base na analítica foucaultiana, alguns autores pontuam que a produção das verdades médicas se opera predominantemente a partir dos registros realizados no interior do hospital e da aprendizagem realizada no cotidiano da atenção às doenças; parte de um saber/poder disciplinar com base na biologia/fisiologia e num território marcado pelo domínio médico sobre a experiência da doença (FERLA, 2007; FERLA, OLIVEIRA E LEMOS, 2011). O modelo da biomedicina, medicina científica ou medicina social nasce e se desenvolve a partir dessa lógica, em íntima articulação com o desenvolvimento do Estado. A ciência da medicina e do Estado se articulam para construir as políticas de saúde no início da modernidade e, em grande medida, se mantêm.



num período no qual a escola começa a ser entendida institucionalmente e as práticas lá desenvolvidas ganham status de mediadoras do progresso e modernização da Nação.

Segundo Hora (2006) a história registra que nas primeiras décadas de República o Brasil é ameaçado pela preocupante situação de doenças, como: varíola, febre amarela, tuberculose, lepra, cólera e peste bubônica. Dupla ameaça, na medida em que as doenças pesavam sobre o cotidiano dos brasileiros e afastavam as trocas comerciais com outros países. O século XIX traz na história brasileira o discurso do progresso científico e a constituição de uma nova ordem que apoiava o projeto de um Estado nacional que redefinia relações internacionais; que acreditava no processo de industrialização e que fundava novos comportamentos individuais e coletivos acirrados por lutas de classes. Essas múltiplas realidades sociais compunham o cenário da modernidade brasileira (OLIVEIRA, 2006).

Os esforços sociais empreendidos objetivavam o progresso da nação por meio de ações da organização e urbanidade dos espaços como sinônimo de civilidade e moralidade. Nesse contexto, a escola assume o lugar definitivo de graduação do conhecimento, ou seja, o lugar de instituição. Não só a família, mas também a escola era compreendida como forjadora de novos comportamentos para a sociedade.

Sobre isso Oliveira diz:

Esse conjunto complexo e não monolítico de ações estava ancorado em um pressuposto básico fundamental para o sucesso do modelo que se pretendia instaurar: sobre o corpo da infância haveria de atuar a nova instituição [...]. Assim, nesse processo multifatorial, cabe identificarmos como se desenvolveram formas de conhecer, tratar e definir a corporalidade no âmbito da escolarização, na passagem da escola de modelo doméstico para a escola de modelo graduado. (OLIVEIRA, 2006, p.5)

A escola passou a ter papel fundamental para o desenvolvimento social e político do Brasil. A substituição gradual da escola doméstica (isolada, sem mapeamento) pelo modelo escolar graduado (instituído) permitia maior gestão de seus espaços e de seu currículo. Conseqüentemente, seriam possíveis maiores orquestrações de interesses e de obediências a modelos internacionais como quesito de inscrição na modernidade.

De acordo com as pesquisas de Dayse Hora:

Gerson Lima defende a tese de que a saúde escolar, em suas origens, faz parte de um movimento amplo de idéias e práticas internacionais transpostas para cá por intelectuais no início da República e que o conjunto dessas idéias e práticas representava uma ideologia de modernização, racionalização e moralização, para a qual se instrumentalizavam os corpos dos indivíduos. (HORA, 2006, p. 19)

No século XIX a relação da escola com interesses internacionais já era consolidada não só por dependências econômicas herdadas do Brasil Império, mas pelo colonialismo de ideias difundidas por intelectuais e pesquisadores brasileiros que se formavam nas escolas e na cultura europeia.

Desse período, no interior das escolas já se estruturavam práticas de cuidado com a saúde por meio de sistematizações de ações biomédicas tanto com o corpo físico do aluno quanto na composição do fazer pedagógico. Para a breve descrição histórica pretendida, destaco algumas estratégias de cuidado com a saúde do escolar.

O primeiro livro de ampla circulação nas escolas, “Noções de higiene para uso das escolas”, do médico e professor Afrânio Peixoto e do diretor dos serviços de profilaxia e desinfecção do Rio de Janeiro, Graça Couto, foi publicado em 1914, conforme relatam Marques e Farias (2010). A aproximação dos conceitos de “higiene” e “saúde” aponta a perspectiva adotada naquele período.

A medida de higiene nos espaços escolares era também medida de decência e civilidade. Quanto mais os escolares fossem submetidos a ações de intervenção médica, mais chances de terem os corpos disciplinados e de acordo com um projeto pretendido de nação. Contudo, a população a ser mais disciplinada era a população pobre desde o uso obrigatório de sapatos na escola até a suposta proteção destes pela vacinação antivaríola.

Sobre isso, Marques e Farias (2010, p.82) afirmam em suas pesquisas: “já a vigilância dos alunos estendia-se dos conhecimentos de suas condições pessoais em relação a rosto, olhos, dentes, cabelos [...] roupas, sapatos, chapéu, bolsa e livros, até a prevenção de perigos possíveis para a coletividade escolar”.

Diante dessas descrições analíticas me pergunto: as estratégias propostas constituíam medidas de cuidado com a saúde dos alunos das famílias pobres economicamente ou tais estratégias pretendiam controlá-los em seu modo de ser e em seus espaços de circulação, para assim, cuidar da saúde dos abastados e diminuir o perigo de contágio destes com aqueles? O que se pretendia de fato em nome da política higienista e sanitarista nas escolas, promover um bem coletivo ou segregar ainda mais?

Possivelmente, o olhar observador sobre a saúde do aluno produzia a suspeita contínua sobre seu modo de viver. E essa suspeita operava predominantemente sobre aqueles modos de existência mais distantes do padrão “civilizado” estabelecido para a vida naquele momento.

A lei nº 2.095 de 31 de março de 1921 cria o “Serviço de inspeção Médica nas Escolas”, diante de um contexto de várias doenças, inclusive, que afetaram os escolares do Paraná. Segundo o Inspetor Geral de Ensino, Cezar Prieto Martinez a educação deveria dar pronta solução para os problemas capitais, pois o crescimento físico e moral da criança resultam num “povo forte”. Portanto, da higienização e da escola depende o futuro do Brasil (MARQUES e FARIAS, 2010). O combate às doenças e a construção de um lugar de risco ao desenvolvimento aos doentes e, preventivamente, aos pobres, que poderiam esconder doenças e riscos.

A construção da saúde era subsidiada por práticas que imprimiam à escola a função de ratificadora de pesquisas biomédicas e de aprovação do comportamento social. Dessa forma, tanto os métodos de ensino como os métodos de saúde serviriam para manutenção da saúde e para “moldar o caráter”. E ainda, nas práticas pedagógicas a profilaxia sanitária dos alunos era internalizada como normas do bem viver na saúde que fundamentava a própria existência da escola como instituição social.

A colaboração de Schineider e Ferreira Neto (2006) para essa descrição histórica mostra a força das teorias lombrosianas no início do século XX. Cesare Lombroso, médico italiano, defendia o conhecimento da moral e das potencialidades do indivíduo pelas características físicas, sendo possível classificar as pessoas, inclusive em relação a sua futura conduta, pela anatomia e pela antropometria.

De acordo com os autores, tais apropriações racistas serviram para diagnosticar o normal e o patológico no pensamento médico e jurídico. Serviram também para traçar a imagem impotente e apática do brasileiro pobre, justificada na sua condição de miscigenado, portanto, fraco contra doenças, preguiçoso. Imagem estereotipada na figura do Jeca Tatu (personagem criado por Monteiro Lobato).

Schineider e Ferreira Neto (2006, p.114) consideram que para os intelectuais e teóricos daquela sociedade “não fazia sentido investir na saúde, educação e saneamento de um povo que se considerava triste; ele já estava condenado pela raça e pelas leis da hereditariedade.” Nesse cenário, se defendia a política imigratória como possibilidade

de “branqueamento da população” e, conseqüentemente, como passo importante rumo à modernidade econômica e científica do Brasil.

Contudo, após a primeira guerra mundial a busca por imigrantes como possibilidade de desenvolvimento da sociedade brasileira muda drasticamente. O cenário internacional impõe ao Brasil um reordenamento nas estratégias de desenvolvimento da nação. Segundo o médico Miguel Couto, em conferência proferida em 1927 sobre o título: “no Brasil só há um problema nacional: a educação do povo” a questão seria a educabilidade do homem. Assim, a solução estaria na escola pela qual se pretendia “vitalizar pela educação e pela higiene toda essa gente reduzida pela verminose a meio-homem, a um terço de homem [...]” (ANAIS, 1935).

Wanderbroock Junior (2009) observa que para o processo de organização do Estado e da modernização das forças produtivas para a indústria e a agricultura o governo brasileiro na gestão chamada “Era Vargas”, via na alfabetização o caminho para reunir trabalhadores e capacitá-los. Assim, no período de 1930 surgiram os testes preocupados com a alfabetização dos trabalhadores, como o teste Bourbon-Radecki para analfabetos e para as crianças o teste ABC que relacionava maturidade e aptidões necessárias para algo.

Nas pesquisas de Palma Filho (2005) a conjuntura política e econômica a partir de 1930, período chamado de Segunda República, o projeto de saúde pública do governo Vargas cria o Ministério de Educação e Saúde Pública (MESP) em 14 de novembro de 1930. A escolha de Francisco Campos e, posteriormente, de Gustavo Capanema como Ministros, lançou a educação escolar rumo a reformas, como o Projeto pela criação da Escola Nova em 1932<sup>9</sup>, a Constituição Federal de 1934 e o Projeto Capanema em vigor a partir de 1937 que resguardava a ampliação da ação federal nos Estados.

Corrigir desvios, prevenir a sociedade de futuros agitadores que poderiam estar escondidos na infância, que por sua vez, seriam cultivados na juventude. A escola seria a grande aliada para esta classificação e seleção social assim como, para a prevenção.

---

<sup>9</sup> O movimento da Escola Nova, chamado de escolanovistas, defendia a diluição das classes sociais no interior das escolas. Assim difundiam a formação de valores e virtudes através de conteúdos universais (de modelo dominante), os quais o aluno é o centro do processo de ensino aprendizagem. Dessa forma, a escola se tornaria uma mediação entre o Estado e as crianças. Ver: PALMA FILHO, João. A educação brasileira no período de 1930 a 1960: a Era Vargas. Cadernos de Formação. História da Educação, 3 ed. São Paulo: PROGRAD/UNESP. Santa Clara Editora, 2005, p. 61-74.

Educar o sujeito de acordo com os interesses desenvolvimentistas da Nação era a garantia de inscrição em uma nova república brasileira, mais moderna e desenvolvida.

Conforme Wanderbroock Junior (2009), os saberes da medicina social propostos e orientados pelo movimento higienista ocuparam uma posição de supremacia sobre a vida das crianças e jovens escolares, uma vez que essa orientação:

não estava preocupada somente com a alfabetização, ela queria saber que hábitos eram cultivados nas escolas, que práticas eram exercidas pelos alunos e que ambiente cultural era estimulado. Era por meio dessas informações que poderia atuar nas escolas com maior eficiência. (WANDERBROOCK, JUNIOR, 2009, p.112)

E ainda, segundo Wanderbroock Junior (2009, p.113), a escola reunia uma grande força social “precisamente por isso, ali os testes teriam maiores possibilidades de serem criados, validados ou experimentados”. Diante dos fatos históricos, sem dúvida que a educação escolarizada funcionou vigorosamente como pretexto para os ideais republicanos de normalizar condutas e regenerar a sociedade.

Os interesses econômicos e os arranjos políticos sociais moldavam discursos e argumentos nacionais. O povo brasileiro agora era educável em costumes e sonhos, logo, através da educação escolar seria possível formar outros hábitos e pensamentos e, assim, contar com sua participação no fortalecimento econômico e social do País.

Diante deste novo quadro a saúde e a educação escolar seriam tomadas como problema nacional e as esperanças de regeneração das populações estavam depositadas na imbricação entre ambas (CARVALHO, 1997).

Baseada na saúde como ideia de progresso cabia à escola a subserviência às concepções funcionalistas e pragmáticas da ciência como medida de seus argumentos pedagógicos. A exemplo disso, Schineider e Ferreira Neto (2006, p.119) descrevem que nas duas primeiras metades do século XX se observava que a “disciplina educação física [...] tinha como objetivo corrigir e endireitar os corpos das crianças”. E ainda, se observava “os princípios da pedagogia alicerçada na metáfora da ortopedia”.

A análise dos acontecimentos históricos mostra que as práticas de cuidado com a saúde do escolar estiveram atreladas à demanda do “cuidado com o desenvolvimento econômico do país” por meio de discursos medicalizantes sobre a população. Assim, essa mesma historicidade das práticas de cuidado na escola no Brasil aponta para uma racionalidade que se baseia na construção de projetos e programas governamentais com

pactos pelo menor risco e pela maior produtividade. Mas, ainda, é preciso destacar que o risco não descreve condições singulares de cada um, mas é apresentado como uma espécie de pré-doença, que deve ser controlado e combatido, uma vez que pode comprometer a produtividade das pessoas. Não está em questão, portanto, a qualidade do viver e a felicidade das pessoas quando se discursa sobre a saúde na escola nesse período.

Portanto, há a necessidade de análises críticas da atualidade sobre as formas difundidas na escola de práticas discursivas de verdade sobre o sujeito, de ordenamentos de corpos e de identidades. Essas práticas não pertencem exclusivamente ao passado, elas compõem no presente novos agenciamentos de forças com novas operacionalidades. Ao problematiza-las se reordena também os campos de batalhas com lutas contra o que serializa, controla e disciplina a existência da criança e do jovem na escola.

## 2.2. Ministério da Saúde e Ministério da Educação: as relações de saber-poder nas políticas de intersetorialidade

É importante compreender algumas discussões sobre os processos de ampliação de ações do Ministério da Saúde na interface com a educação escolar. Das abordagens feitas aqui, será possível compreender a relação entre os Ministérios da Educação e da Saúde na produção de ações conjuntas assim como, a relação destes com políticas internacionais sob o discurso dos direitos universais a saúde e a educação.

Como se viu acima, em 1930 no governo Vargas, o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde constituíram um só ministério chamado de “Ministério da Educação e Saúde Pública”, embora os assuntos ligados à educação fossem tratados pelo Departamento Nacional do Ensino, ligado ao Ministério da Justiça ([www.portal.mec.gov.br](http://www.portal.mec.gov.br)), assim como alguns assuntos ligados à saúde, em parte migrados para esse Ministério, mas originalmente também instalados no Ministério da Justiça.

Dáí se observa que a aproximação entre esses dois Ministérios constitui um acontecimento histórico. No entanto, o que não se pode afirmar é que no presente essas ações tenham produzido experiências coletivas e partilhadas entre educação e saúde, nem quais abordagens sobre o ser humano prevaleceram nessa junção histórica.

Somente a partir de 1953 é que foi criado, também no governo de Getúlio Vargas, o Ministério da Saúde. Este traz nos seus 60 anos de história, a força da articulação do movimento da reforma sanitária<sup>10</sup> como bandeira de luta da classe popular que atualizou debates sobre a democracia participativa.

A criação do Sistema Único de Saúde (SUS) em 1988, com a nova Constituição Federal, demonstra a pujança dessa organização popular, representada pelos Conselhos de Saúde, bem como, o reconhecimento legítimo do direito de todos os brasileiros à saúde<sup>11</sup>. Embora a relação entre participação social, processo de reformas do setor saúde e rede de conselhos de saúde não seja o objeto deste projeto esta relação faz interface com as instâncias de gestão das políticas setoriais pela ampliação da atenção básica.

É justamente na ampliação da atenção básica que há maior investimento nas ações intersetoriais. Portanto, compreende-se por intersetorialidade as ações em saúde produzidas em conjunto com outras políticas públicas “como as políticas de assistência social, de educação, de cultura, de habitação, de esporte e lazer, entre outras (BORGES, 2012, p.227).

Segundo esta compreensão de intersetorialidade há a valorização de trabalhos em rede, logo, a princípio há interesse em diferentes olhares sobre o cuidado com a saúde e maneiras diversas de abordá-lo. Entretanto, é preciso garantir a participação de todos os setores atravessados pelas ações intersetoriais. Sendo assim, estes devem estar presentes desde a construção e discussão das estratégias de ação e não na passividade ou sujeição de práticas prescritivas. Há de não confundir-se na intersetorialidade o essencial (o sujeito ativo) com o acessório (neste caso, o espaço institucional).

Busca-se também mudança nas práticas das organizações gestoras das políticas públicas, congregando vários saberes (BORGES, 2012). Na atualidade, os programas de ação intersetorial compõem as estratégias do Ministério da Saúde, via SUS, para promover a integralidade nas ações no cuidado da população.

---

<sup>10</sup> A expressão Movimento de Reforma Sanitária é utilizada para descrever um movimento social, que articula indivíduos e instituições governamentais e da sociedade civil para a produção de mudanças no sistema de saúde brasileiro. Coloca em questão, desde o início, formulações sobre a saúde e a organização do sistema de saúde, produzindo tensões sobre as lógicas predominantemente biomédicas de organizar o cuidado (FERLA, 2007). A dissertação não pretende avançar no sentido da avaliação do descentramento da lógica biomédica das políticas, mas a citação aqui pretende apenas mostrar um certo recorte não exclusivamente técnico na proposição de iniciativas para as políticas de saúde e, nesse contexto, algo distinto do que se passa no campo da educação.

<sup>11</sup> Ministério da Saúde. Portal da saúde. Vide: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br)

Para tanto, algumas iniciativas no processo de implantação do Sistema Único de Saúde (SUS) são úteis para a análise das aproximações entre educação e saúde no bojo das investidas intersetoriais do Ministério da Saúde. Entre elas, a ênfase na ação intersetorial em relação à reorganização da atenção básica, em particular da implementação da modalidade denominada “Saúde da Família”.

De acordo com Labra (2005), a partir do Programa Saúde da Família (PSF) de 1994, depois transformado em Estratégia Saúde da Família (ESF), são intensificados os debates sobre a intersectorialidade na saúde. Junto com essas estratégias, outras políticas do Ministério da Saúde, implementadas no âmbito do SUS, pretendem alargar territórios na gestão da atenção básica. Esta conquista popular não deixa de ser relevante no processo de democratização da saúde no Brasil.

Faço uma breve consideração acerca da política Saúde da Família, tendo em vista que uma de suas ações engloba o Programa Saúde na Escola. O *Programa Saúde da Família* vem alcançando extensa cobertura de sua equipe multiprofissional, cuja composição básica tem a seguinte formação: médico, enfermeiro, técnico de enfermagem, agente comunitário, dentista, psicólogo. “Atualmente, o Ministério da Saúde reconhece o programa como uma estratégia de reorientação do modelo assistencial, e passou a denominá-lo de Estratégia Saúde da Família” (MOURA, 2012, p.182-183). E ainda:

Nessas discussões, um discurso muito comum é o da necessidade de profissionais, que, por meio de seu saber especializado, deverão salvar a família do “caos” em que se encontra. Diante da queixa de desestruturação familiar já apontada anteriormente, as propostas de atendimento psicológico, por exemplo, na Saúde Pública se mostraram pertinentes. (MOURA, 2012, p. 183)

Tanto nas práticas educativo-terapêuticas do século XIX, como nas práticas atuais de saúde da família há proposições de ordenamento familiar. Sem dúvida que através dos cuidados especializados a população é assistida e muitos males à saúde são evitados bem como, muitas pesquisas são desenvolvidas também graças a essas especializações de saberes e investigações. No entanto, os modelos sugeridos e praticados sobre determinado grupo social, os “pobres”, reordenam-se sob experiências elitistas de cuidado. Estas mesmas experiências difundidas como ação de integralidade na saúde, correm o risco de tonarem-se imperativos de normalidade.

Labra (2005) ressalta ainda, que ao longo do processo de consolidação do SUS se observam políticas macro do Ministério da Saúde sendo reordenadas em ações micro



em saúde, nas quais “a utopia da cidadania ampliada” se materializa em projetos e programas de saúde que veem a escola como espaço de ações estratégicas e, portanto, como unidade prestadora de serviços a ser gerenciada. Embora essa não seja a única perspectiva analítica que articula a saúde e a escola, seu destaque aqui pretende dar visibilidade a um problema que se coloca quando se associam as duas políticas.

Segundo Paim (2008), as ideias civilizatórias que sustentaram o movimento da Reforma Sanitária viam a saúde como mola de transformação da sociedade através da solidariedade e da mobilização popular. Embora seja evidente na história da construção do SUS a força e a importância da participação popular na reforma da saúde brasileira nos últimos 30 anos, esse discurso pela saúde extrapolou a categoria “direito” e se ampliou à categoria “indicador de civilidade e de progresso” da sociedade brasileira.

Nessa mesma direção o SUS veio solidificando suas práticas e definindo suas bases discursivas como um sistema único, que sistematiza as suas ações através da normatização de políticas públicas de saúde. Em relação à gestão, sua direção é exercida por cada esfera do governo (União, Estados e Municípios). Quanto ao seu princípio organizacional, o SUS além de ser descentralizado na gestão, se orienta pelos princípios de integralidade de ações e de participação da comunidade (LAZZARI, 2003).

No que diz respeito aos princípios doutrinários, o SUS se constituiu pela *Universalização* como garantia de atenção à saúde de todo cidadão; pela *Equidade* como busca por igualdade no atendimento a cada cidadão e em conformidade com suas necessidades; e pelo princípio da *Integralidade*<sup>12</sup> como compreensão do indivíduo na sua totalidade com prioridade para ações de cuidado não compartimentalizadas (BRASIL, 2000).

Na perspectiva da atenção básica à saúde o SUS investe em ações de descentralização de serviços através de programas que contam com atuações de diferentes profissionais da saúde em conjunto com pessoas da comunidade. Um exemplo desse novo formato de atuação, baseado na integralidade de ações, foi o surgimento do *Programa/Estratégia Saúde da Família*, como se viu acima. As

---

<sup>12</sup> A integralidade na saúde, inicialmente previa a articulação entre ações de promoção/prevenção e de assistência, fragmentadas em diferentes órgãos e instituições. Mas, também, e de forma concomitante, passou a designar não um conceito, mas uma ideia-força, voltada para a produção de mudanças nos padrões de ações de cuidado. No âmbito das políticas de saúde, foi utilizada pela primeira vez na área de saúde da mulher, em resposta às pressões dos movimentos feministas, que questionavam o centramento das ofertas assistenciais nas ações de planejamento familiar, pré-natal e parto, e os cânceres. Para esses movimentos, para além da dimensão biológica, questões políticas e sociais interferiam na produção de saúde e necessitavam de uma diversidade de atores e de discursos na sua enunciação (FERLA, 2007).

estratégias desse programa alcançam as escolas públicas através das equipes de saúde da família que atuam na implementação do programa governamental *Saúde na Escola (PSE)*, conforme é observado no Decreto Presidencial nº 6.286/12/2007, parágrafo único do artigo 4º:

As equipes de saúde da família realizarão visitas periódicas e permanentes às escolas participantes do PSE para avaliar as condições de saúde dos educandos, bem como para proporcionar o atendimento à saúde ao longo do ano letivo, de acordo com as necessidades locais de saúde identificadas. (BRASIL, 2007)

Embora a proposta das práticas do PSE seja pela coparticipação de ações entre os setores saúde e escola, este último setor corre o risco de ser somente receptor das políticas de saúde. Se essa coparticipação não for garantida há o perigo de que o produto “cuidados com a saúde do escolar” formule apenas prescrições biomédicas a serem implantadas na escola.

Retomando aqui a reflexão sobre a hegemonia dos saberes biomédicos sobre o controle da população, tal prática discursiva é ratificada pelas políticas da Organização Pan-Americana da Saúde em sua orientação aos países membros. Para ela o setor saúde tem a responsabilidade de colaborar com o setor educação na redução dos riscos que levam o aluno ao fracasso escolar. Assim, a ajuda do setor saúde é fundamental para tornar o aluno mais competitivo para os padrões internacionais de desenvolvimento humano e social (OPAS, 2006).

A produção de práticas de saúde na escola está atrelada a mercados de serviços, a projetos de mediação de desenvolvimento do país, com criação de ambientes favoráveis para modelos de aprendizagens produtivistas que respondam a índices internacionais de competência. Nessa lógica, a escola torna-se difusora da racionalidade mercadológica.

Os excluídos do futuro passam pela escola, as experiências inclusivas dos organismos multilaterais passam pela escola, o grande ônus com os investimentos nacionais passam pela escola, a execução de alianças globais para o desenvolvimento passa pela escola. Enfim, as práticas de governança mundial atual dependem de proposta de ações cada vez mais integradas ao modo de educar crianças e jovens.

“Ainda que a relação entre saúde e educação sejam múltiplas [...] talvez o elemento comum mais importante é que ambas compartilham as aspirações e objetivos [...] observados nas políticas internacionais de *Educação para Todos*” (OPAS, 2006,

p.3). Logo, é de interesse internacional que os programas de políticas públicas sejam formulados em cima da estratégia da articulação de ações.

O programa *Educação para Todos* nasceu em 1990, em uma Conferência Mundial realizada na Tailândia, cujo objetivo geral foi proporcionar educação básica a todas as crianças e reduzir drasticamente o analfabetismo entre os adultos até o final da década. O Fórum Mundial da Educação que ocorreu em Dacar, no Senegal, em 2000, reafirmou o empenho no *Educação Para Todos* e determinou que até 2015 todas as crianças deveriam ter acesso a educação básica gratuita e de boa qualidade ([www.unesco.pt/cgi-bin/educacao/programas/edu\\_programas.php](http://www.unesco.pt/cgi-bin/educacao/programas/edu_programas.php)).

Diante desse cenário, foram revistas as estratégias do Ministério da Educação para atingir até 2015 maior acesso de jovens, economicamente mais pobres, ao ensino superior. Isso em resposta ao projeto intergovernamental *Educação Para Todos* através de investimentos nacionais e diante da expectativa global.

Assim, tornou-se “urgência da urgência” a programação de ações que deem respostas ao relatório do Fórum Mundial de 2000 em Dacar que declara: “o Brasil está entre os 53 países que ainda não atingiram e não estão perto de atingir os objetivos de Educação Para Todos até 2015” (UNESCO, 2008).

Há uma pressão internacional para a ampliação da escolarização e, nesse contexto, parece ficar claro que o acesso à escola se sobrepõe à aprendizagem e ao desenvolvimento de capacidades para a vida que a escola pode oferecer. Aqui parece oportuno construir uma oposição também no campo da saúde, que dicotomiza a saúde como construção biológica sobre a doença e a saúde como qualidade no andar da vida, questão que é central na produção do movimento da reforma sanitária, que orienta a formulação do SUS, e que, entre outras consequências, reivindica outros campos disciplinares para sua compreensão e para orientar as práticas de atenção no seu interior.

Com isso, recoloca-se o princípio da Integralidade das ações, enquanto política do SUS, para interrogá-lo sobre o risco de representar uma nova metodologia ou a nova forma de atuar na implementação das políticas de cuidado na saúde, incluindo a saúde do escolar em atenção a orientações globais de desenvolvimento.

Para o Ministério da Saúde a integralidade é um dos princípios “mais preciosos em termos de demonstrar que a atenção à saúde deve levar em consideração as necessidades específicas de pessoas ou grupos de pessoas [...] cada qual de acordo com suas necessidades” (BRASIL, 2000, p.31).

Através do princípio da integralidade que compreende o sujeito como ser biopsicossocial, nasce a demanda de ações intersetoriais. Em consonância com essa reflexão, Pinheiro e Mattos (2006) consideram a integralidade da atenção como necessidades de novas práticas que levem em consideração as dimensões, social, econômica, política e cultural de cada realidade.

Ao se falar em campos de saberes e de práticas em saúde, ressalto que o campo da saúde coletiva tem problematizado a produção de “práticas solidárias provisórias” ancoradas no chamado campo das ciências da saúde, como a sociologia, a psicologia, a filosofia, a história, entre outras (LUZ, 2011). Sem pretender entrar na discussão da saúde coletiva é importante acenar para a positividade de discussões que ganham força no presente que relativizam o saber biomédico de compreensão da saúde quanto ao olhar clínico e assistencialista no cuidado com o corpo. Na discussão da “saúde coletiva” a saúde, o adoecimento, o bem-estar são pensados e criados sobre diferentes pontos de vistas das ciências humanas no que tange o normal, o anormal e o patológico (BIRMAN, 1996).

A partir dessa abordagem, a integralidade também pode ser uma das “linhas de fuga”<sup>13</sup> para se pensar a saúde também como problematização de práticas unicamente biomédicas e clínicas, tanto nos serviços de saúde como na educação escolar. Logo, o conhecimento especializado torna-se insuficiente na compreensão do sujeito integral e quanto maior a separação e hegemonias entre os saberes, menores as chances da equidade na saúde. Ao passo que, quando se garante espaços para políticas intersetoriais, não só como execução de ações conjuntas, mas como problematizações e construções de ações conjuntas, as desigualdades no acesso ao cuidado com a saúde podem ser menores.

A genealogia do poder em Foucault (2010c) fala em relações de poder como reordenamentos constantes de forças, cujo cenário das lutas altera e inverte as posições de sujeitos. Sem dúvida que essa relação atualizada de poder vem acontecendo na interface saúde e escola. Contudo, são os saberes biomédicos que permanecem creditados como seguro e respondendo demandas sociais e políticas.

---

<sup>13</sup> Expressão encontrada em Gilles Deleuze e Félix Guattari para falar que ninguém se sobrepõe ao outro de maneira determinista e que, portanto, há linhas de fuga. Assim, segundo esses autores, há múltiplas entradas e saídas de força não havendo só uma entrada de conexão com o mundo, mas rizomas que propõem articulações diversas e transversais. Para maior aprofundamentos, ver a obra Mil Platôs em DELEUZE e GUATARRI, 1995.

Da maneira como o poder se exerce e os saberes que ele produz o que permanece ressoando nas ações de intervenção institucional é “o filtro constituído pelo questionário médico, os exames clínicos, a pesquisa dos antecedentes e as narrações biográficas” (FOUCAULT, 2010b, p.49).

Embora se priorizem atualmente políticas de ações intersetoriais, como estratégias governamentais sobre a população, a exemplo das ações entre os Ministérios da Saúde e da Educação, estas não impedem que instituições como a escola, assumam a forma de instrumento de aperfeiçoamento do sujeito. Não impedem também sanções normalizadoras, prevenção às ameaças à vida e a orientação de condutas sociais desejáveis no sujeito. Esse é, aliás, o embate que se estabelece no campo do cuidado em saúde atualmente, onde há vigência do discurso biomédico, a construção de práticas que reivindicam outros olhares sobre a saúde e a doença, como se discutiu anteriormente.

### 2.3. Perspectivas do cuidado e o aluno em situação de pobreza

Quando se fala da produção da saúde, da vida, do bem-estar do corpo abordagens sobre o cuidado aparecem transdisciplinarmente nos discursos sociais. Para Pereira (2009) o “cuidado” além de ter adquirido status de “direito fundamental” na Constituição brasileira, é um tema estudado como via de transformação para práticas profissionais no direito, na pedagogia, na medicina, etc.

Não obstante, a centralidade da discussão em torno do “cuidado” não vem de agora. Esse tema também fez parte das “preocupações fundamentais” do homem através de diversas e diferentes abordagens históricas e filosóficas sobre a vida. Por exemplo, em Sócrates, de acordo com Platão (1991), o cuidado aparece como possibilidade de conhecimento de si mesmo e não como preocupação central da busca pela *arké* (fundamento) das coisas. Segundo Aristóteles (1973), o cuidado é compreendido como busca pela virtude, na qual se escolhe o que é agradável ao agir moral e se evita a dor em concordância com um *telos* (fim), o que levaria o homem a felicidade teleológica. Em Heidegger (2005), o cuidado aparece como ânimo e zelo provocado ao se evitar a morte, no qual viver já é o próprio cuidar.

Segundo Foucault (2010a), o cuidado está em ocupar-se de si, no se equipar de ferramentas para pensar sobre si, o que estaria ligado ao regime de coragem da verdade. Parto, justamente, dessa perspectiva foucaultiana, na qual a produção de práticas de

cuidado além de extrapolar a reflexão do não adoecimento orgânico, ao mesmo tempo, não visa desvendar, nem interpretar a existência do sujeito e muito menos naturalizar os fenômenos de sua existência.

Portanto, problematizo uma perspectiva de cuidado como incitação dos outros a ocuparem-se de si, como “um princípio de agitação, um princípio de movimento, um princípio de permanente inquietude no curso da existência” (FOUCAULT, 2010a, p.9). Enfim, como análise dos processos de objetivação da vida sobre fórmulas e estratégias de cuidado como produção de vida saudável para um determinado grupo social.

Delimitada a abordagem teórica sobre o cuidado, analiso as implicações das propostas atuais do cuidar na produção da saúde do aluno em situação de pobreza. No discurso da proteção social para crianças e adolescentes economicamente pobres como são forjadas as estratégias políticas de cuidado como a saúde na escola pública?

Simplificar a relação pobreza e saúde colocando uma como consequência da outra é no mínimo uma correlação perigosa. Assim, é preciso estar atento à objetivação da relação saúde e escola pública e pôr em confronto as ideias e atravessamentos presentes nas ações dentro da escola que classificam condutas e produzem indicadores para a vida social.

Problematizo, portanto, a condição de pobreza do aluno como um imperativo econômico, social e cultural que o assujeita a políticas assistencialistas. Como acontece com os indicadores de qualidade na educação, quando atrelam, imediatamente, resultados de aprendizagem de crianças e adolescentes, em situação econômica de pobreza, à reorientação curricular na formação dos professores.

Acredito que problemas coletivos muitas vezes são desfocados por respostas e providências que, neste caso, são meros adereços diante de uma frágil implicação social e diante de tensões silenciadas. Nesse sentido, para que surgem políticas públicas voltadas, predominantemente, para a população “pobre”?

Para Castel (2012, p. 314) “o social é um conjunto de práticas que visa atenuar o déficit” que muitas vezes, ou quase sempre, exime o governo de responsabilidades. A política social foi pensada, planejada agora é responsabilidade de toda sociedade fazê-la funcionar e dar as respostas esperadas.

“Fazer social” é trabalhar sobre a miséria do mundo capitalista, isto é, sobre os efeitos perversos do desenvolvimento econômico. É tentar introduzir correções às contrafinidades mais desnudas da organização da sociedade, porém sem tocar em sua estrutura. [...] Trata-se de

amenizar a miséria, não de repensar, a partir dela, “as condições de existência de um poder”. (CASTEL, 2012, p. 316-317)

A gestão da vida dos “cidadãos necessitados” sustenta-se no princípio da devolutiva social, da contrapartida pela assistência e pela proteção oferecida. A regulação dos problemas sociais, como a pobreza prescinde de assujeitamentos e tutelas que num plano institucional não é tão difícil de ser garantida. Por exemplo, estratégias de participação, de liderança, de engajamento em lutas na escola, nos grupos comunitários, nas empresas, etc.

Essa é a lógica predominante no modo capitalista de produção, mas não é a única forma de compreender e operar políticas sociais. A política social pode representar inclusão e fortalecimento das condições de autonomia da produção da vida das pessoas, mas o conteúdo de uma e do outra dessas políticas difere em sua natureza: basta verificar o que está em seus condicionantes. No mundo capitalista, com frequência as políticas sociais têm cunho assistencialista e disciplinador.

Nessas estratégias há uma retórica sobre o corpo social que controla e produz formas de ser. Estratégias que vão atuar como dispositivos de normalização social. São práticas de gestão da vida, chamadas de biopoder, nas quais os corpos funcionam por processos de sujeição e controle que regem os gestos e os comportamentos. (FOUCAULT, 2012b)

Dentre as questões sociais a educação e a saúde parecem interligadas pelo mesmo objetivo central: a busca por práticas de cuidado com o ser humano como forma de gestão de riscos e a partir de determinados indicadores sociais.

Portanto, a partir da analítica das relações de poder, podem ser observadas práticas que se estruturam sobre retóricas que produzem grandes danos sociais e maiores desigualdades. No aluno da escola pública as investidas assistencialistas também são carregadas de retóricas da felicidade, da oportunidade, do futuro e do progresso.

Na lógica contemporânea as disciplinas escolares são tomadas como domínio de racionalidades técnicas. Os processos subjetivos, enquanto constitutivos imensuráveis e variáveis das experiências humanas, não são considerados efetivamente. Abordagens pragmáticas sobre a vida, com discursos generalizantes, marcam o presente e corroboram com a prevalência de concepções *a priori* sobre a constituição do sujeito.

Para Guattari (2012, p.14) o “coquetel subjetivo contemporâneo” é formado pela heterogeneidade de componentes que produzem tendências a homogeneização e ao reducionismo da subjetividade. A escola pública como espaço de proteção social às crianças e adolescentes “pobres” pode reforçar racionalidades prescritivas e universalizantes sobre a vida que reduzem as chances de uma existência criativa, sem possibilidades de escuta do outro, com enquadramentos econômicos e sociais.

Os *agenciamentos estéticos*, como formas de produção infinita da vida, não têm limites de criação sobre a subjetividade, por isso não podem estar inscritos facilmente em conjuntos discursivos. Diferente das retóricas do corpo saudável que em nome da redução de riscos e da maior competência do corpo não apostam em “bifurcações de devir”, mas em trajetórias unívocas nas experiências de sujeitos (GUATTARI, 2012).

A determinação de necessidades diferentes na gestão entre os grupos sociais leva a tipificação de modos de ser. Para os economicamente abastados todas as apostas sobre o futuro e a certeza da qualificação, para os economicamente pobres apresentar os sonhos possíveis, calcular oportunidades e tutelar a qualificação.

Nas análises de Foucault (2012a, p. 428) sobre as práticas de biopoder “gerir a população significa geri-la em profundidade, minuciosamente, no detalhe”. Daí serem necessárias táticas que atuem sobre as aspirações da população; serem necessários saberes da economia política que produzam dispositivos de segurança e cálculos na gestão dos riscos sociais.

Sobre isso, a fábrica da proteção social sob o signo da inclusão e da busca de igualdade de condições para todos é perita em pensar a vida do sujeito numa virtualidade histórica. São priorizadas categorias funcionalistas e a defesa de uma racionalidade instrumental com discursos humanitários e de igualdade social.

O grande problema é como são operadas as estratégias inclusivas pensadas pela/para a escola? Quais seus reais contornos sobre a vida do sujeito? Nas palavras de Enguita (1989) quando se refere à escola como máquina a serviço do *status quo*, se destaca a reflexão sobre os efeitos racistas de determinadas práticas na escola:

Educá-los, mas não demasiadamente, o bastante para que aprendessem a respeitar a ordem social, mas não tanto que pudessem questioná-la. O suficiente para que conhecessem a justificação de seu lugar nesta vida, mas não ao ponto de despertar neles expectativa que lhes fizessem desejar o que não estavam chamados a desfrutar. (ENGUITA, 1989, p. 112)



A educação escolar como instrumento de vigilância, colonização e domesticação, formadora de homens medianos que apresentam a ‘falta’, a carência econômica, a vulnerabilidade como elemento decisivo de intervenção social e de controle por políticas compensatórias. Dentro dessa lógica, contraditoriamente, a educação escolar é considerada também um dos instrumentos de proteção oferecidos à população que espera a melhoria de suas condições de vida na oportunidade de escolarização dos filhos.

Para Lemos (2010, p. 251), a vigilância sobre o indivíduo é vigilância sobre o que ele pode fazer e não sobre o que ele faz. Assim, o Estado, ao gerir riscos, está preocupado com as normas estabelecidas socialmente e com a produção de uma subjetividade homogeneizada. Ocorre, portanto, que determinadas ações institucionalizadas instrumentalizam a cultura com práticas autorizadas para o governo de populações, ”para tanto, uma ética utilitarista fundada na busca de liberdade sem riscos é materializada pela via da educação escolarizada [...]”.

A educabilidade do sujeito é o que garante resultados e saldos na prestação de contas numa gestão de boa governança. A escola se materializa como forma eficiente de controle individual e social. Assim, a condição de pobreza sem a inclusão no processo de educação escolar, parece tornar menos calculada as chances de ordenamento da vida, por tornarem-se menores as chances da vigilância minuciosa do sujeito.

Tal reflexão aparece em Foucault (1999), ao falar que os desvios de comportamento eram corrigidos também nas escolas, as quais operavam, assim como a fábrica e a família, como instituições reguladoras da ordem social. Portanto, formas de controle social são possíveis através de relações de poder difundidas nas/pelas instituições, como a escola.

Enfim, na ausência de políticas governamentais que gerem oportunidades iguais entre os desiguais, a instituição escolar se torna também uma estratégia de governamentalidade<sup>14</sup>, na elaboração de padronizações de conduta, no seguimento de referenciais de qualidade e na resposta, imediata, a indicadores de gestão de resultados.

A partir destas reflexões, acredito que o desafio/compromisso da escola está na discussão dos processos de educabilidade do sujeito como troca da proteção e

---

<sup>14</sup> Como tática de governo em tornar a população objeto da economia neoliberal. Precisamos examinar cuidadosamente as mudanças do presente (estas tão visíveis nas práticas escolares) como novas configurações assumidas pelo mundo atual globalizado. Para maiores aprofundamentos ver: VEIGA NETO: Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: PORTOCARRERO, Vera (Org.). Retratos de Foucault. 2000.

segurança; das estratégias de docilização dos corpos como diminuição de força política e de naturalização expressa em práticas instituídas de cuidado com a saúde.

Diante disso, é necessário lançar olhares desconfiados para aquilo que parece tão justificável nas estratégias de gestão de políticas voltadas para o aluno da escola pública. É preciso, ainda, pensar o ‘impensável’ nos discursos naturalizantes de cuidado com a vida de determinado grupo social.

#### 2.4. O ECA, a LDB e a produção da saúde na escola

As legislações brasileiras de garantia dos mais diversos direitos humanos, como à saúde, à moradia, à educação, entre outros, subsidiam setores públicos e privados na implementação de ações preventivas ou de assistência. O lema atual das intervenções humanitárias de assistência é formar integralmente o indivíduo e garantir-lhe qualidade de vida. Leis como o ECA e a LDB, além de ampararem estratégias de proteção e assistência à criança e ao adolescente são documentos normativos centrais na produção de políticas educacionais e de saúde como efeitos de cidadania.

No Estatuto da Criança e do Adolescente (ECA), no que concerne a vida escolar, “a criança e o adolescente têm direito à educação, visando ao pleno desenvolvimento de sua pessoa, preparo para o exercício da cidadania e qualificação para o trabalho” (BRASIL. ECA nº 8.069/1990. Art. 53) e ao que concerne ao cuidado com a saúde “a criança e o adolescente têm direito a proteção à vida e à saúde, mediante a efetivação de políticas sociais públicas [...]” (BRASIL. ECA nº 8.069/1990. Art. 53).

Segundo Ferreri (2011) a proteção integral proposta no ECA engloba estratégias de risco administrativo. O âmbito da responsabilidade da autoridade pública não se dá somente pelo dano causado, mas pela ausência de medidas de prevenção que configurem a criança e o adolescente como sujeito vulnerável. Para tal, os serviços e os programas políticos precisam funcionar para garantir direitos e atender demandas deste público.

Na atual Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional (LDB) “o dever do Estado com a educação escolar pública será efetivado mediante a garantia de [...] atendimento ao educando [...] por meio de programas suplementares (entre os quais) alimentação e assistência à saúde”. (BRASIL. LDB nº 9.394/1996. Art. 4º, *grifo nosso*).

As ações integradas de assistência na escola representam, também, o compromisso da LDB com a garantia de efetivação dos direitos elencados no ECA. Há, portanto, uma dimensão político-pedagógico na LDB que executa o papel do controle social, ao mesmo tempo, que, educa em nome do cuidado integral com a vida.

Seguindo essas abordagens, as diretrizes curriculares gerais da educação básica através do Conselho Nacional de Educação, Resolução nº 04/2010, Art. 6º, compreendem o cuidado como uma dimensão imbricada com a educação escolar:

Na Educação Básica, é necessário considerar as dimensões do *educar* e do *cuidar*, em sua inseparabilidade, buscando recuperar, para a função social desse nível da educação, a sua centralidade, que é o educando, pessoa em formação na sua essência humana. (BRASIL, 2010).

Apesar da garantia pela “centralidade do educando” nos processos educacionais, a compreensão de saúde para a escola corre o risco de ser reduzida a ações de cuidado como manutenção do bem estar do corpo e do não adoecimento. É necessário que haja debate constante acerca das ações propostas e dos saberes que as sistematizam para que crianças e adolescentes escolares não sejam objetos de conveniências e estratégias políticas.

As práticas de proteção sobre a infância, enquanto ‘categoria social vulnerável’, se dá pela produção do bem-estar e da segurança através de normas, padrões, controle e correção dos desvios fisiológicos e psicológicos dos corpos também na/pela escola. Todo o processo de racionalização política, conforme capítulo anterior, Foucault (2008) chamou de governamentalidade como justificativa à intervenção estatal pelo bem-estar da população e da promoção da estabilidade social.

A imbricação entre educar e cuidar, proposta nos documentos regulatórios sobre crianças e adolescentes como, ECA e LDB, podem diminuir as “linhas de fuga” que dão abertura a produção de práticas de cuidado (DELEUZE & GUATTARI, 2012). A escola ao ser tomada pelas políticas públicas como espaço de proteção e segurança, corre o risco de agir por linhas intensamente prescritivas e desfocadas da realidade social constituída em seu próprio espaço.

Para a eficácia de tantas garantias postuladas em leis e convenções não pode ser esquecida a defesa do aluno como sujeito múltiplo, complexo, inserido em processos de subjetivação imanados de singularidades. “Do ponto de vista da micropolítica, uma sociedade se define por suas linhas de fuga, que são moleculares”. Estas linhas de fuga

são potência criadora no sujeito que permite escapar de determinadas capturas e que produz liberdades (DELEUZE & GUATTARI, 2012, p.103).

O ECA e a LDB e as demais legislações citadas acima, ressaltam o desenvolvimento pleno do sujeito como sinônimo de uma educação integral<sup>15</sup> vinculada a processos de aptidões e habilidades para algo. Por isso, a integralidade do sujeito corre o risco de ser pensada através do desenvolvimento de ações meramente tecnicistas nas práticas de cuidado com a saúde, operando por modelos e orientações universais de desenvolvimento dos corpos.

Diante dessa abordagem surge a seguinte indagação: quais saberes prevalecem sobre a vida da criança e do adolescente que os torna sujeitos passivos de políticas públicas específicas de atenção à saúde na escola? Ou perguntado de outra forma, quais orientações sobre vida saudável são produzidas para esse grupo que, inclusive, sai do âmbito das práticas de governamentalidade da família e se desloca para o âmbito da produção de políticas públicas de proteção na/pela escola?

Para refletir sobre essa questão, me reporto às políticas do cenário mundial no campo dos direitos para crianças e adolescentes, especificamente, a *Convenção Internacional sobre os Direitos da Criança* de 1989 adotada pela Assembleia Geral das Nações Unidas. Segundo Rosemberg e Mariano (2010), essa Convenção ratificou e inspirou o Artigo 227 da Constituição Federal Brasileira de 1988<sup>16</sup> bem como o ECA.

Desta Convenção foi produzido o 1º documento internacional sobre os direitos da criança “com força de obrigação” para os Estados Nacionais, ratificado para quase todos os países, exceto Estados Unidos e Somália. Quanto a *Declaração de Genebra* sobre os direitos da criança em 1924 e a *Declaração Universal dos Direitos da Criança* de 1959 estas não pactuaram tal condição de obrigatoriedade entre os Estados Nacionais ([www.unicef.org/brazil/pt/guia\\_atendim\\_cedeca.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/guia_atendim_cedeca.pdf)), embora a *Declaração Universal dos Direitos da Criança* promulgada pela ONU de 1959 tenha instalado discursos e práticas de utilidade econômica sobre a infância (ROSEMBERG e MARIANO, 2010).

---

<sup>15</sup> A expressão integralidade, presente tanto nos documentos das políticas de educação como nos de assistência e saúde têm sentidos distintos. Enquanto na educação a integralidade da abordagem está dada pela capacidade de oferta articulada e ampliada em relação a produção multidimensional do conhecimento no sujeito, ser integral, na saúde o enfoque da integralidade diz da capacidade de responder às necessidades individuais de saúde das pessoas e das coletividades.

<sup>16</sup> É dever da sociedade e do Estado assegurar à criança e ao adolescente, com absoluta prioridade, o direito à vida, à saúde, à alimentação, à educação, ao lazer, à profissionalização, à cultura, à dignidade, à liberdade e a convivência familiar e comunitária, além de colocá-los a salvo de toda forma de negligência, discriminação, exploração, violência, crueldade e opressão (BRASIL, 1988, Art 227).

Sobre a forma como a infância adentra na arena das negociações das políticas públicas Rosemberg e Mariano (2010, p.670) fazem a seguinte reflexão: “concebemos a agenda de políticas públicas também como uma construção social e política, resultante do jogo de tensões e coalizões entre diversos atores sociais, nacionais e internacionais”.

Para Lemos (2003, p.143) na produção do ECA “afirma-se a Doutrina de Proteção Integral à infância, a partir de recomendações de organismos internacionais baseada na Pedagogia e na Gestão dos Riscos”. Documentos normativos internacionais são orientadores gerais que influenciam na produção de orientações específicas na contenção de vulnerabilidades sociais.

Com efeito, nas práticas de “proteção integral” e da “prioridade absoluta” garantidas no ECA, com marcos estabelecidos por políticas universais, surge a agenda de compromissos pelo cuidado com a saúde das crianças e dos adolescentes destacando o desenvolvimento de ações intersetoriais, entre elas a saúde do escolar.

Um dos problemas que atravessam o fato das normatizações e legislações gerais “iluminarem” as ações intersetoriais locais de garantias de direitos (na escola, na saúde, na sociedade), é que nem sempre estas ações são pensadas como possibilidade de olhares diferenciados sobre a vida do sujeito. Portanto, como formas de garantia de espaços de liberdade e de autonomia. A integração de diferentes saberes e de suas empirias podem ajudar a tensionar e a forjar outros olhares sobre o que seja vida saudável no sujeito.

Retomando essa análise das ações intersetoriais, para Ceccim e Ferla (2006) há linhas de cuidado que podem operar por múltiplas ações conectadas à vida no cotidiano, como construção de respostas possíveis aos sofrimentos e aos diversos problemas, mas, sobretudo, com capacidade de autonomia e autogoverno das pessoas. Nessa análise, o cuidado com a saúde se produz também pelo trabalho em equipes implicadas com ações construídas coletivamente através de encontros, aproximações, partilhas das concepções pessoais e conjuntas acerca das experiências múltiplas de saúde, adoecimento, recursos, hábitos. Sobre isso eles falam:

A linha de cuidado implica, também, um redirecionamento permanente do processo de trabalho, onde o trabalho em equipe se constitui como de fundamental importância para a ampliação das compreensões e interpretações, pois não é uma patologia ou um evento biológico o que flui por uma linha de cuidado, mas uma pessoa, um processo de subjetivação, uma existência ancorada num viver individual. (CECCIM & FERLA, 2006, p. 167)

Esta perspectiva se apoia na concepção deleuziana de linhas de cuidado que resistem a homogeneizações que pressupõem práticas interdisciplinar e multidisciplinar que produzam implicações coletivas dos sujeitos sobre a realidade política e social uma vez que os agenciamentos de forças atuais são construídos cada vez mais por microagenciamentos e por microgestão sobre a vida (DELEUZE & GUATTARI, 2012).

Proteção articulada com tensões micropolíticas e com agendas macropolíticas. Neste caso, as ações intersetoriais que propõem ações integradas de proteção podem ser enfraquecidas em suas proposições quando capturadas por projetos generalizantes que partem de uma essência de criança e de adolescente. Na verdade, não parece haver um contexto em que não haja tensão entre esses dois vetores; o que se põe em evidência aqui é que é oportuno identificar a tensão e exercer uma ação pedagógica de desprender o vigor das práticas apenas da lógica vigente.

Portanto, o direito à saúde, como direito humano fundamental, no “Programa Saúde na Escola (PSE)”, articula-se com o direito à educação. Na publicação *Passo a passo PSE* “a escola é um espaço privilegiado para práticas de promoção de saúde e de prevenção de agravos à saúde e de doenças”, e ainda, “as políticas de saúde e educação voltadas às crianças, adolescentes, jovens [...] da educação pública brasileira estão unindo-se para promover o desenvolvimento pleno desse público” (PSE, 2011, p.5- 6).

A escola tem papel fundamental no acolhimento e/ou no planejamento das ações locais que atravessem o seu currículo e suas práticas de ensino. Portanto, toda política governamental pensada para os alunos necessitaria ser problematizada quanto aos discursos de sujeito que ela faz circular. Nesse sentido, a escola se torna corresponsável pelas discussões que movimentam e tensionam o seu currículo, tal como a complexidade do cuidar, para esta não ser mero inquilino de outros saberes e, em particular, para não reproduzir ordens de discurso que originários de outras áreas, como a saúde, contenham vetores de força que simplesmente reforçam o instituído.

Diante das descrições e análises feitas, percebo o quanto o campo de saberes e de práticas da saúde tem constituído problematizações relevantes em relação à construção propriamente dos saberes e dos poderes vigentes em suas articulações com as políticas públicas. Tais problematizações não podem ser desconhecidas nas ações de cuidado com a saúde na escola uma vez que toca a vida da criança e do adolescente sob a rubrica do “sujeito escolar”. O que parece estar predominando é uma integração

apenas por justaposição de saberes, tornando as práticas no cotidiano afirmadoras de uma vigência disciplinadora<sup>17</sup>.

Conjuntamente a isso, é importante analisar que a violação dos direitos à saúde, à proteção, à educação é passiva da vigilância e do controle por órgãos intergovernamentais, por Conselhos Tutelares, pelo Ministério Público (LEMOS, 2003). Daí se compreende no cuidado, enquanto “proteção”, uma função produtivista de demandas, problemas, saberes e especialidades que operam por instâncias normativas do desenvolvimento.

O discurso presente sobre o cuidado no ECA e na LDB autoriza práticas naturalizadas nas estratégias macro e micropolíticas sobre o desenvolvimento da criança e do adolescente por vias prescritivas, por performances de cidadão, por qualificação do sujeito para algo. Foucault (2012c) denominou de “sociedades do discurso”, as práticas discursivas universalizantes e autorizadas de produção da realidade social; os modos difundidos e interiorizados de regular condutas.

A vida útil e controlada em suas séries indefinidas compõem estratégias fundamentais do mundo capitalista neoliberal, no qual não há espaço para experiências de cuidado sem uma justificção funcional sobre o agir e sobre o corpo em desenvolvimento.

Na interface Escola e Saúde na história do presente, também é questionada a vida do estudante, seja a criança seja o adolescente, como instrumento mensurável de práticas de cuidado. Assim, acredito que a investigação sobre as práticas discursivas do Programa Saúde na Escola (PSE) como uma estratégia atual de intervenção governamental, também incita a um diálogo sobre as possibilidades de participação política, ética e autopoietica<sup>18</sup> dentro da produção de cuidado com a saúde do escolar.

A criança e o adolescente escolar, sobretudo o da escola pública, precisam ser pensados não mais como objetos de intervenção do Estado, da família, da escola, da

---

<sup>17</sup>Não compõem o campo empírico dessa pesquisa, mas as notícias recentes sobre a redução das questões da sexualidade à oferta de preservativos, inclusive em máquinas de distribuição, a inexistência de abertura à organização e aos debates do campo da saúde, as práticas preventivistas sem a problematização dos contextos que oferecem riscos, entre outras questões, parece exercer apenas o efeito pedagógico de afirmar a vigência do modelo descrito até agora.

<sup>18</sup> Autopoietica vem do termo grego *Poiesis* e quer dizer autoprodução. A palavra surgiu pela primeira vez na literatura internacional em 1974 usada por Varela e Maturana para definir os seres vivos como sistemas que produzem continuamente a si mesmos; são autopoieticos por serem ao mesmo tempo produtor e produto de si mesmo (RUIZ, 1999). Essa expressão é utilizada aqui para migrar a reflexão para um campo teórico-conceitual que busca associar a vida e a saúde não apenas como processos de assujeitamento, constituindo as práticas na educação e na saúde como capazes de produzir estéticas singulares (FERLA, 2007).

sociedade, etc, mas como sujeitos efetivos de direitos. Vivendo a experiência de produção de si, enxergada em si mesma, sem estar continuamente assujeitada a formas de ser criança e de ser adolescente.

Concernente à reflexão feita neste capítulo sobre o ECA, a LDB e produção da saúde na escola, os programas escolares chamados de suplementares no atendimento a crianças e adolescentes podem mascarar alianças, forças e normatizações que operam mercados econômicos e políticos globais. Por meio dessas alianças são formalizadas estratégias específicas e são implementadas leis. A LDB fala da centralidade do educando nos processos educacionais e o ECA fala da prioridade da criança e do adolescente nos processos de assistência. No entanto, há de se interrogar acerca do risco da centralidade e da prioridade dessa atenção estarem sendo atravessados por enquadramentos e objetivação da vida da criança e do adolescente nas práticas sobre o sujeito escolar.

## 2.5. As práticas da UNESCO e do UNICEF como estratégias globais

O cenário internacional da criação desses organismos de cooperação multilareais se dá no período do pós-segunda guerra mundial. Primeiramente a UNESCO e posteriormente o UNICEF vem forjar um lugar de gestão dos interesses comuns mundiais. Os organismos internacionais surgem como prova da existência de normas e expectativas comuns que justificaria uma governança global. (HERZ & HOFFMANN, 2004).

Estas agências, dentro de suas especificidades de atuação, marcaram na historicidade mundial, a ampliação de acordos e políticas internacionais reguladoras das relações mundiais. Como agências especializadas da Organização das Nações Unidas, a UNESCO e o UNICEF trazem a correlação de produzirem ações para a superação de conflitos internacionais e orientações conjuntas entre os países para que sejam normatizadas estratégias comuns em busca da paz e dos direitos humanos.

A Organização das Nações Unidas para a Educação, Ciência e Cultura (UNESCO) nasce em 16 de novembro de 1945. Com o objetivo de criar condições para o diálogo com base no compartilhamento de valores entre as culturas, a UNESCO é



uma agência da ONU que está incumbida de vigiar e estar alerta para a “cooperação intelectual” entre os povos a fim de manter a paz ([www.unesco.org](http://www.unesco.org)).

Em seu ato constitutivo encontra-se a seguinte declaração: “se as guerras nascem na mente dos homens, é na mente dos homens que devem ser erguidas as defesas da paz”. Tal afirmação embasa os seus esforços em sistematizar políticas intergovernamentais especializadas em assuntos humanitários ([www.unesco.org](http://www.unesco.org)).

No entanto, seus maiores empreendimentos concentram-se na observância dos direitos humanos e na erradicação da pobreza através da educação como defesa de um mundo sustentável. Assim, na sua ligação com a educação, a UNESCO tem se ocupado em coordenar a política global em direção à “Educação para Todos (EPT)”. Inclusive, no âmbito do projeto EPT a UNESCO no Brasil, de acordo com o seu marco estratégico, tem “um papel singular contribuindo para a harmonização das estatísticas educacionais brasileiras e disseminando-as em escala mundial” (UNESCO, 2006, p.26 e 27).

Assim, por ser o Brasil um país membro da ONU e considerado emergente, a UNESCO tem forte presença em suas ações de controle social e econômico, orientando e respaldando a direção dessas ações e monitorando seus resultados.

A “Comissão internacional sobre educação para o século XXI” classifica a presença e as intervenções da UNESCO na educação como fundamental para a transformação da realidade social de um país. Pela força dos ideais humanitários que a constituíram lhe é confiada o papel de conselheira, gestora e inspiradora de políticas mundiais:

Ao aceitarem o mandato que lhes foi confiado, os membros da comissão adotaram, claramente, essa perspectiva e pretenderam sublinhar, apoiados em argumentos evidentes, o papel central da UNESCO, em acordo perfeito com as ideias que presidiram sua fundação, respaldadas na esperança de um mundo melhor [...]. (UNESCO. Relatório Jacques Delors, 2010, p.6)

Já o Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), fundado em 11 de dezembro de 1946 durante a Assembleia da ONU, ao falar dos indicadores de qualidade na educação, defende um ambiente educativo que garanta aspectos de uma educação integral para crianças, adolescentes e jovens. Para tal, na tentativa de reduzir riscos e vulnerabilidades sociais essa agência fortalece alianças com outros órgãos e instituições visando “um mundo mais seguro, **mais sadio**, mais próspero [...], que ao mesmo tempo

favoreça o progresso social” ([www.unicef.org/brazil/pt/resources10230.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources10230.htm), *grifo nosso*).

Quanto aos objetivos da Declaração Mundial sobre o programa Educação para Todos (EPT), o UNICEF enfatiza a ampliação dos meios e do raio de ação da educação escolar, argumento presente no Artigo V dessa declaração. Neste artigo aborda-se também a satisfação de outras necessidades do ser humano através de um “programa educacional formal e não formal em matérias como saúde, nutrição [...] e outros problemas sociais.” ([www.unicef.org/brazil/pt/resources10230.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/resources10230.htm)).

As ações do UNICEF no Brasil estão voltadas para o governo de condutas das famílias, da escola e da saúde sob a rubrica da gestão de riscos. Sobre parâmetros universais para tratar problemas locais, que não são iguais nem em contexto sociopolítico e nem nos modos de valorar a vida, esse organismo enseja práticas norteadoras hegemônicas sobre os Estados Nacionais.

Entre suas ações de intervenção e promoção a vida das crianças e adolescentes no Brasil estão as seguintes: melhorar o aprendizado das crianças, privilegiando as mais vulneráveis a repetência e a evasão escolar; treinar agentes comunitários de saúde, educadores de creche e pré escolas; melhorar a gestão democrática e criar conselhos escolares municipais. ([www.unicef.org/brasil/pt/overview9377.htm](http://www.unicef.org/brasil/pt/overview9377.htm)).

Enquanto agências da ONU, essas organizações internacionais se constituem, inicialmente, por acordos estáveis pela não violência e por políticas de proteção diante de um cenário marcado por experiências de regimes ditatoriais e totalitários que mataram e produziram sofrimento. A existência desses organismos é importante para que conversas macro políticas e plurais se estabeleçam entre os países e para que sejam cada vez mais ampliadas as condições de diálogos pela garantia de direitos humanos, pela equidade de oportunidades econômicas e pela justiça social.

No entanto, esse lugar institucional, precisa ser problematizado quanto a práticas hegemônicas, bem como quanto ao risco de subjugar a autonomia de um país na sua realidade intrassocial e local. Precisa ser problematizado, também, quanto ao risco de, em nome do desenvolvimento humano através de medidores globais e padronizados, legitimar e universalizar olhares sobre a qualidade de vida e sobre indicadores de desenvolvimento educacional nos países. Logo, não estou discordando da importância do papel político-social desses organismos e nem do debate que promovem na governança de temas internacionais. Chamo atenção para o que estes impõem ao

assumirem para si um controle especializado sobre “assuntos humanitários” e, sobretudo, pela legitimidade que se advogam de definir estratégias e prioridades para a cooperação com os países.

Dessa forma, as práticas de cuidado na saúde e sua implementação nas escolas, norteadas pelos princípios emanados das orientações da UNESCO e do UNICEF, materializam-se na realidade brasileira por meio de programas intersetoriais, a exemplo do Programa Saúde na Escola, coordenado pelos Ministérios da Saúde e da Educação.

## 2.6. Do cenário político do Brasil de 2003 à criação do “Programa Saúde na Escola (PSE)”

Para esta abordagem trago certos enredos do biopoder que constituem práticas de governamentalidade sobre o aluno saudável no presente. Para tanto, apresento uma análise descritiva do cenário político e econômico brasileiro durante o primeiro mandato do Governo Lula, observando os acontecimentos em volta para problematizar os atravessamentos e as composições de forças que produziram o Programa Saúde na Escola.

De início, é relevante analisar o lugar do Brasil na gestão internacional. Segundo os economistas Ramos e Mendonça (2005), o cenário internacional mostra que o Brasil está entre os 20% dos países mais ricos do mundo, mas com grave situação de desigualdade social, até mesmo, bem abaixo de países considerados mais pobres.

Entre os países em desenvolvimento, o Brasil é o terceiro no *ranking* de desigualdades educacionais no mercado de trabalho. A evidência estatística mostra que a educação pode afetar o crescimento econômico de diferentes maneiras, como exemplo, o crescimento da renda per capita e a absorção de novas tecnologias. A partir desses dados, tem-se o chamado “mercado da educação” e o “estoque de capital humano” nos programas públicos brasileiros (FERREIRA e VELOSO, 2005).

Tais análises revelam o quanto os medidores mundiais se baseiam em resultados produtivistas, cuja lógica é atender o mercado e estimular a concorrência pelos espaços ofertados. Não tem lugar para todos, ganham os melhores, os que se sobrepõem aos outros. A educação escolar é instrumentalizada para tal, não há cifra para se “perder” com reflexões políticas e éticas que produzam pessoas singulares na multiplicidade.

Historicamente no Brasil a mobilização principal para diminuir a pobreza é o crescimento econômico e não o fator social com políticas de médio e longo prazo. Investimentos na saúde e na educação, por exemplo, são constantes discursos temáticos dos governos, mas como meio para se equipar o mercado e se atingir indicadores internacionais. O crescimento econômico do Brasil se dá na mesma proporção com o crescimento da desigualdade social. A lógica é a seguinte:

Pode haver perdedores em termos absolutos e mesmo assim o bem-estar social aumentar, desde que a perda destes seja inferior aos ganhos acumulados dos indivíduos mais pobres que eles. Esse cenário [...] possibilita a obtenção de ganhos de bem-estar mesmo na presença de aumento da desigualdade. (RAMOS e MENDONÇA, 2005, p.360)

O desenvolvimento social e o chamado “capital humano” estão diretamente relacionados com a *mens* neoliberal do mercado competitivo e de resultados imediatos. Assim, a educação é um investimento indispensável para se atender aos medidores internacionais econômicos que individualizam ações e desestimulam a participação política e coletiva das pessoas.

Para tanto, é fundamental refletir se a escola, ao ser tomada como local de ações intersetoriais na saúde, é pensada dentro de relações de poder que podem demandar ações sociais reprodutoras e/ou mantenedoras de um *status quo*. Por conseguinte, refletir se ela é pensada a partir de relações que legitimam e produzem subjetivações individualizantes no aluno em detrimento de produção de singularidades e autonomias. E ainda, saber que regularidades e continuidades podem estar presentes em programas intergovernamentais que se movimentam e se articulam nos diferentes espaços instituídos, como a escola, atualizando práticas discursivas.

O Programa Saúde na Escola surge no segundo mandato do Presidente Luís Inácio Lula da Silva no ano de 2007. No entanto, o cenário sócio-político-econômico para a efetivação deste programa é construído desde o seu primeiro mandato de 2003 a 2006. É importante destacar que no ano de 2004 aconteceu a 12ª Conferência Nacional de Saúde, cujo tema foi “Saúde: um direito de todos e dever do Estado; a saúde que temos e o SUS que queremos”, na qual um dos eixos temáticos foi a “intersectorialidade das ações em saúde” (PAIM, 2008).

Com a 12ª Conferência Nacional em Saúde, é pactuada uma nova estratégia de ações como práticas de gestão política, sobre os problemas de saúde da população,

agora considerados interligados e, portanto, interdependentes quanto à elaboração de políticas públicas intersetoriais.

A intersetorialidade como debate que se fortalece nessa Conferência, é vista como a articulação entre os diversos ministérios e o caminho para a consolidação da Reforma Sanitária (CEBES, 2003). Nesse contexto, as agendas políticas do Presidente Lula, passam a eleger vários planos de ação no combate à miséria, ao longo de seus dois mandatos, como o programa Bolsa Família. Tais políticas são ampliadas no governo Dilma através de outros programas sociais como: “Brasil sem Miséria”; “Plano da 1ª Infância”; “Brasil que Protege”, o “Pacto pela Saúde”, etc. Diante destes, o “Programa Saúde na Escola (PSE)”, é uma estratégia de ação para outros programas e não um plano principal na agenda governamental, como pode parecer.

Segundo Paim (2008), é perceptível que a participação social se ampliou no governo Lula e, sobretudo, a Atenção Básica ganhou mais “atenção” através de maior investimento no Programa/Estratégia Saúde da Família, bem como, houve maior discussão sobre ações intersetoriais efetivas na saúde. Porém, na avaliação desse pesquisador, o embate socioeconômico desse governo foi tempestuoso e contraditório quanto ao estabelecimento da sua conjuntura interna sobre a pasta da saúde. “As relações Estados-Conselho, por exemplo, apresentaram problemas de fisiologismos [...], falta de capacitação de conselheiros, burocratização, corporativismos” (PAIM, 2008, p.248).

Perspectiva diversa a essa é adotada por outros autores (CECCIM & FERLA, 2008; FERLA, 2007; CÔRTEZ, 2009), para os quais, os espaços participativos tem se constituído em uma rede de resistências e inovações, nem sempre capazes de quebrar o modelo vigente, mas muito frequentemente impulsionadores de avanços nas definições formais de saúde<sup>19</sup>.

Na análise de Côrtes (2009, p. 123) a arena política sobre a participação na saúde e nas políticas públicas desse período se constituíram de forte participação de comunidades setoriais “agindo em diversos fóruns e espaços decisórios”. Estas comunidades defendiam a incorporação de propostas políticas não apresentadas pelos

---

<sup>19</sup> Importante perceber a distinção das perspectivas teóricas desses autores. O primeiro (PAIM, 2008), tomando a perspectiva da Saúde Pública, dá visibilidade ao resultado finalístico das políticas de saúde; os demais, utilizando-se de referências das ciências sociais aplicadas à saúde, que constituem o campo da Saúde Coletiva, colocam a perspectiva da análise das políticas com base na articulação de atores governamentais e não governamentais, de interesses e da configuração de agendas. A principal distinção entre ambas perspectivas é relativa à capacidade de atuação do Estado, considerado central na primeira perspectiva, e considerada relativa na segunda perspectiva.

gestores. Das políticas oficializadas nesse governo surgiram diretrizes intersetoriais nas políticas de saúde que englobaram políticas de educação, emprego, moradia, etc (BRASIL.12ª Conferência Nacional de Saúde, 2004). Ou seja, não é apenas por ação do Estado a incorporação dessas agendas e, por certo há um pluralismo importante de perspectivas dos diferentes grupos para essa proposição.

Diante do cenário estabelecido, a intersetorialidade nas políticas do SUS aparece como justificativa formal para ações de cuidado com a saúde do escolar. Dessa forma, o “Programa Saúde na Escola (PSE)” foi criado no ano de 2007 pelo Decreto Presidencial nº 6.286 como um “esforço do governo federal em construir políticas intersetoriais para a melhoria da qualidade de vida da população brasileira”. (PSE, 2011, p.5).

A proposição da desterritorialização das ações da saúde passou a ser o novo modelo de atenção básica, justificando as ações do Ministério da Saúde, via SUS, no cuidado com as crianças, os adolescentes e jovens na Escola.

É importante pontuar que o Programa Saúde na Escola foi precedido pelo projeto *Saúde e prevenção nas escolas* lançado em 2003 em Curitiba pelo governo federal que contou com a presença de representantes do Ministério da Educação, do Ministério da Saúde, da UNESCO e de secretarias Estaduais e Municipais (SPE, 2006).

Entretanto, em 2007 esse projeto foi atrelado ao Programa Saúde na Escola (PSE), passando a compor um dos componentes de ação deste novo programa. As ações do projeto *Saúde e prevenção nas escolas* concentravam-se na prevenção da gravidez na adolescência e na prevenção da DST/AIDS através de publicações didáticas e da distribuição de preservativos. Logo, este projeto focava em estratégias para a saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens estudantes.

Com o “Programa Saúde na Escola (PSE)” as ações foram ampliadas para a gestão de temas como obesidade, drogas, violência, alimentação, hábitos saudáveis, crescimento, longevidade, sustentabilidade, etc. O que chama atenção é que nas agendas nacionais há uma movimentação de pautas convenientes com orientações globais capitalistas que nem sempre estão abertas para debates democráticos participativos.

A racionalidade capitalista orienta o modo de ser na contemporaneidade de forma que a atenção está voltada para o corpo, sob a máxima de que para desfrutar é preciso estar adequado e manter-se em forma (BAUMAN, 2010). Mas é preciso também consumir produtos e serviços que estejam associados a uma certa lógica de desenvolvimento tecnológico (FERLA, 2007). “Alimentos saudáveis” têm uma

apresentação física determinada, são “portadores” de certos nutrientes, têm efeitos previsíveis sobre o corpo, são cercados de um conjunto definido de procedimentos e, sobretudo, não pertencem à cultura e aos modos de vida de grupos específicos.

Diante disso, o corpo é elemento de contradição, de resistência e também de tentativas atuais de enquadramentos sociais de consumidores de patologias e de tratamentos. Sendo assim, me pergunto: nos programas atuais pela saúde do escolar quais estratégias continuam orientando a produção do cuidado com o corpo do aluno? Quais saberes prevalecem nas orientações sobre “vida saudável”?

De acordo com o editorial das publicações do Programa Saúde na Escola, esse programa representa a parceria atual entre o Ministério da Educação e o Ministério da Saúde, tendo como apoiadores internacionais a UNESCO e o UNICEF que ajudam no monitoramento, na avaliação, nas referências e nos dados globais acerca dos indicadores (SPE, 2006).

A proposta geral do PSE é produzir políticas de saúde e educação voltadas às crianças, aos adolescentes, aos jovens e adultos da educação pública brasileira visando a “produção social da saúde”. De acordo com o a publicação *Passo a passo PSE* a sua proposta mais específica é articular a escola a unidade de saúde por meio de orientações preventivas e triagens, sob a justificativa que o ambiente coletivo da escola proporciona maior objetividade no enfrentamento de vulnerabilidades. Assim, “é preciso desenvolver [...] a capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a **incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados** para a melhoria da qualidade de vida” (PSE, 2011, p. 6 *grifo nosso*).

Quanto à coordenação do PSE, ela se dá pela composição de Grupos de Trabalho Intersetoriais (GTI) do setor saúde (equipe saúde da família) e do setor educação (educadores que atuam no PSE) com representação federal, estadual e municipal.

Quanto à inscrição no programa, as escolas se inscrevem pelo Sistema de Monitoramento da Educação (SIMEC) que estabelece para cada GTI doze meses para o cumprimento das metas estabelecidas, após o termo de contratualização assinado.

Uma das atribuições dos GTIs é fazer com que a escola contemplada pelo PSE funcione com as atividades desenvolvidas sobre a saúde do escolar oficializadas no Projeto Político Pedagógico da escola (PPP) e tenham as temáticas discutidas com os professores que serão assessorados e orientados por profissionais da saúde.

A oportunidade de discussão prévia das atividades a serem desenvolvidas na escola entre professores e profissionais da saúde, parece louvável desde que seja problematizada a sobreposição de saberes produzido desse encontro. Chamo atenção para a adesão ao PSE está vinculada a oficialização de suas ações no Projeto Político Pedagógico da escola. A incorporação das práticas e estratégias do PSE ao Projeto Político Pedagógico, também pode orientar a práxis pedagógica por uma via biomédica, para um olhar fragmentado da constituição do sujeito.

Entretanto, é inegável que o encontro real entre os trabalhadores da saúde e da educação, no cotidiano da escola, tem uma potência de produzir alteridades entre os campos de atuação e entre os saberes do cotidiano. Essa potencialidade está em proporção inversa à ordem normativa que esse encontro estará submetido<sup>20</sup>.

Uma das publicações do PSE diz que o setor de educação também pode analisar as propostas do PSE para ver se estão “coerentes com os fundamentos e pressupostos de aprendizagem adotados [...] de maneira que sejam respeitadas as competências próprias de cada setor [...]” (PSE, 2011, p 13). Para tal, é fundamental saber a real autonomia da escola em arbitrar sobre conhecimentos considerados tão hegemônicos na compreensão da vida e na constituição de verdades científicas. Em última análise, é possível que seja o Projeto Político Pedagógico escolar quem deva ajustar-se e adequar-se, cada vez mais, a proposições universalizantes de produção da vida, sob indicadores de desenvolvimento humano e de civilidade.

Quanto ao repasse de verbas para o PSE, está é feita pelo Ministério da Saúde através da modalidade “PAB variável” que compõe o bloco de financiamento da atenção básica do *Pacto pela Saúde*. A distribuição do material pedagógico e clínico é feita pelo Ministério da Educação. O repasse das verbas aos municípios está condicionado ao credenciamento e a assinatura de termo de compromisso com as metas de cobertura do PSE pelos secretários municipais de Saúde e de Educação (PSE, 2011).

Sobre o enfoque das publicações, os documentos publicados pelo PSE atendiam inicialmente a três componentes: Componente I-Avaliação Clínica e Psicossocial, Componente II- Promoção e Prevenção à Saúde, Componente III- Formação. A partir de

---

<sup>20</sup> Acerca dessa perspectiva do encontro como potência de aprendizagem, Ceccim & Ferla (2008) destacam uma aprendizagem a partir dos problemas do cotidiano. Mesmo diante de evidências de que o modelo predominante nas práticas de cuidado e de gestão é o da medicina científica, os autores verificam linhas de fuga, relacionados com a micropáticas do trabalho, nos encontros que se operam no cotidiano dos serviços. Essa parece ser uma perspectiva interessante para mobilizar os atores das duas políticas.



2013 foram criados o Componente IV- Monitoramento e Avaliação da saúde do escolar e o Componente V- Monitoramento e Avaliação do PSE.

Várias questões são colocadas acerca da produção das publicações do PSE disponibilizadas para as escolas em formato de gibis, manuais, encartes, folders, etc. Diante delas, é importante analisar se a ausência da gestão de saúde na escola, como ação ampliada da atenção básica à saúde, cria demandas de “vulnerabilidades” no aluno da escola pública<sup>21</sup>. Enfim, qual abordagem de cuidado com o aluno está implícita na relação saúde e escola hoje, via publicações do PSE?

Hoje a máxima biopolítica do “fazer viver” acontece na reabilitação dos corpos, na transformação do comportamento social vulnerável pela inserção nos dispositivos de segurança e proteção. A saúde, como direito universal, pode funcionar como uma estratégia de governo na medicalização e normalização de determinados grupos sociais.

No capítulo a seguir os documentos selecionados para análise, fontes primárias desta investigação, são tomados em suas práticas discursivas para tensionar as tramas produtoras do sujeito “aluno saudável”. Nesse capítulo também é pensada as condições de possibilidade da emergência de uma ética nas práticas de cuidado de si.

---

<sup>21</sup> Importante registrar que a medicalização da aprendizagem na escola também reflete uma forma de articulação entre as duas áreas e tem operado como mecanismo de subordinação das práticas de ensino e cuidado ao modelo biomédico de atuação.

### **3. Análise, com pistas genealógicas, dos documentos do Programa Saúde na Escola (PSE): os discursos que circulam no modo de subjetivação “aluno saudável”.**

No documento é possível encontrar tanto práticas discursivas quanto práticas não discursivas. De modo geral, a analítica dos documentos selecionados, me inquietou quanto a possíveis conteúdos ‘ausentes- presentes’ em sua proposta formativa. Ausentes, porque não os encontramos evidenciados e nem ordenados numa tentativa de demarcar, declaradamente, territórios de forças. Presentes, porque são fortes pelo fato de não estarem tão visíveis ou dispostos ordinariamente, mas que extrapolam os currículos escolares por compor arranjos diversos de poder que nem sempre estão ditos em uma base discursiva.

Segundo Foucault (2010b), a importância da análise dos documentos se dá por estes serem marcadores de subjetividades tecidas nas relações de saber-poder. Por eles é dada visibilidade ao sujeito que se quer produzir, quais espaços devem ser geridos e qual ordenamento é dado aos corpos.

Conforme apresentado na introdução, os documentos selecionados foram: “Diretrizes para Implantação do projeto saúde e prevenção nas escolas- série manuais nº 77, 2006”; “Conversando sobre saúde com as crianças, 2008a”; “Escola que protege (Coleção Educação para todos ): enfrentando a violência contra crianças e adolescentes, 2008b”; “Caderno de educação básica: saúde na escola - nº24, 2009”; “Almanaque Cultural da Saúde, 2010”; “Passo a passo PSE, tecendo caminhos para a intersetorialidade: projetos, programas e relatórios, 2011”; “Saúde na Escola, 2012”.

A intersetorialidade de ações entre os Ministérios da Saúde e da Educação, materializada no Programa Saúde na Escola, se define também por práticas não discursivas. Neste caso, como proposta intersetorial, aparecem também subsídios formativos de outros programas federais endereçados ao PSE, como a coleção *Educação para Todos*, lançada pelo MEC e pela UNESCO em 2004 e reeditada em 2008, traz como slogan do Governo Federal “Brasil. País Rico é País sem Pobreza”.

Essa composição dos documentos formativos utilizados no PSE pode garantir certa integralidade e potencialidades de ações entre diferentes políticas governamentais. Mas também desconstrói qualquer suposta centralidade de estratégias do PSE na produção do cuidado com a saúde do escolar. Se há uma centralidade, esta, sem dúvida, ganha inscrições de biopoder sobre a vida da população, seja por dispositivos

disciplinares, seja por estratégias da biopolítica. As ações integradas também se constituem em práticas vizinhas que se fortalecem mutuamente, como polivalência de discursos que perpassa vários campos discursivos (FOUCAULT, 2012c).

Os organismos internacionais UNESCO e UNICEF são os apoiadores mais recorrentes na produção dos documentos, sobretudo no que concerne ao monitoramento das ações e avaliação das atividades executadas. O arcabouço teórico dos documentos selecionados é construído por pesquisadores como Tilman Furniss, Reynaldo Perrone, Martine Nannini, Vicente Faleiros, Francisco Cordeiro, Mário Volpi, Maria Otero, Charles Pranke, Bruno Pastoriza, Rachel Sanchez, entre outros. Alguns destes pesquisadores citados compõem a equipe de elaboração técnica de materiais formativos do Ministério da Saúde. Nessa produção para a montagem dos documentos são citados ou trazidos nas referências por estes pesquisadores, autores como Del Priore, Canguilhem, Bourdieu e, entre outros, Foucault.

Tais documentos compõem séries discursivas como: “proteção à infância e à adolescência”; “formas segmentadas de violências”; “falta de cuidado de quem deveria proteger”; “alimentação correta”; “higiene do corpo”; “saúde e desempenho escolar”; “crescendo e aprendendo”; “promoção da saúde do escolar”. Todas aparecem justificadas pelo que Foucault (2012c) chama de princípios do *comentador e do autor*<sup>22</sup>. Assim, estes documentos materializados na ancoragem em determinados autores, produzem efeitos de legitimidade aos saberes produzidos.

É certo que dos saberes correlatos trazidos nas multiplicidades dessas séries discursivas, emergem positivities que ampliam o debate sobre a produção da saúde na escola não somente por implicações biomédicas. Contudo, as práticas discursivas apoiadas em outras especialidades como a pedagogia, a filosofia, a sociologia, a história, etc, podem assumir em comum a função de ordenadores da vida social.

As análises dos documentos foram feitas a partir da abordagem de três subcapítulos que discutem as tramas e emergências das práticas produtoras da infância no PSE, os saberes produzidos e os agenciamentos de forças que difundem o sujeito aluno saudável e a emergência de possibilidades de uma ética nas práticas de cuidado na escola.

---

<sup>22</sup> O *princípio do comentar* para Foucault fala da vontade de verdade num discurso. É um discurso que reatualiza e articula identidades e nega o acaso. O *princípio do autor* para Foucault é o que agrupa o discurso como uma unidade de coerência e o atribui indicadores de verdade. Para aprofundamentos ver: FOUCAULT. A ordem do discurso, 2012.

### 3.1. As tramas e emergências das práticas produtoras da infância no PSE

*O menino observa a bolandeira parada, sem os bois:  
 -Mãinha, eu tava pensando... O que acontece se os boi  
 decidisse parar de rodar?  
 -Que bestagem é essa, menino?  
 -O que acontecia?  
 -Nós usava o jegue.  
 -E se eles também decidisse parar?  
 -Isso não vai acontecer. É assim desde que o mundo é  
 mundo.*

(Ricardo Ceccim. Imagens da Infância)

Nas abordagens históricas sobre infância se observa a prevalência de certas racionalidades que têm sistematizado uma reflexividade instrumentalizada acerca do que é ser criança. Na atualidade, tal lógica se materializa na oferta de produtos direcionados para as crianças, como: brinquedos, programas televisivos, roupas, etc. No entanto, é na oferta de projetos e ações institucionais e/ou governamentais de garantias de direitos, como à educação e à saúde, que se encontram legitimadas concepções reducionistas sobre a infância.

Lemos, Almeida et al (2012) problematizam a infância a partir do analisador UNICEF que forja práticas de proteção e cuidado em nome da segurança e por estratégias de governamentalidades neoliberais. São práticas discursivas que precisam ser desnaturalizadas assim como, seus efeitos analisados para que outros espaços de existência sejam tecidos.

Nessa perspectiva se questiona o lugar da infância na sociedade e, diante da sua historicidade, abre um potente debate na atualidade sobre qual é a cultura própria da infância e qual sua intervenção como construtora da realidade. Há, portanto, em alguns estudos a proposta de desnaturalizar a história da infância considerando possibilidades múltiplas de ser criança sem recorrer a fundamentos generalizantes e fixos.

Embora a distinção entre “infância” e “criança” possa ser encontrada em importantes fontes de pesquisa, resalto que nesta análise esses dois termos serão usados como sinônimos. Logo, não os abordarei a partir de etimologias distintas, uma vez que

os documentos analisados aqui, não fazem tal distinção. Aproveito para destacar que escolhi falar da categoria infância separadamente, porque em todos os documentos consultados, a infância perpassa pela maioria das prescrições de vida saudável, ou seja, os documentos fazem, de alguma forma, menção a produção da saúde infantil mesmo quando endereçados ao adolescente ou ao jovem escolar.

### 3.1.1. Possibilidades de ser criança

Como ponto de partida, coloco a seguinte indagação: no PSE a categoria “saúde da criança” é abordada levando em conta outras categorias como: escuta, autonomia, participação, criação, sociabilidade ou é construída tão somente na perspectiva de aprendizagens e do desenvolvimento das etapas biológicas e progressos intelectuais da criança como preparação para a vida adulta?

Com efeito, se a criança não for tutelada por um adulto no sentido de ser continuamente representada em sua fala e em suas necessidades, corre o risco de ser adjetivada como abandonada, vulnerável, delinquente, como se a possibilidade de ser criança dependesse dessa tutela e proteção. Vale destacar que tanto a tutela quanto a proteção têm lugar necessário e relevante nas experiências estruturantes da infância, mas em nome destas categorias o adulto não pode falar pelas crianças e nem estruturar maneiras pré-fixadas destas apreenderem o mundo.

Para isso, é necessário estar atento a olhares que acabam por determinar invariavelmente o que é a infância e enxergar as práticas discursivas da atualidade que propõem produção de identidades. Há um ordenamento que vem se naturalizando, no qual a criança permite ao adulto ensinar-lhe sobre o que pensar e sobre o como fazer, havendo pouca abertura para o encontro despretensioso, no qual os mais velhos também aprendem com os mais novos.

Seguindo essa reflexão, Ceccim & Palombini (2009) argumentam que o cuidado com a saúde da criança exige processos de coparticipação, escuta e coautoria que acolha a criança pelo que ela é e não pelo que poderá se tornar quando adulta. A exposição ao outro sugere uma aproximação espontânea e despida de respostas esperadas; que tenha real interesse pela presença do outro, de copartilhar e de se afectar.

Nesse sentido no documento do PSE, *Almanaque cultural da saúde*, a aproximação entre o cuidado com a infância prescreve um aprendizado sobre o corpo e o “despertar” para uma cultura da proteção total. Há uma tentativa de concentrar toda a competência do cuidar em políticas:

Uma das principais razões de gerar um Almanaque cultural da saúde é produzir conhecimento, despertar crianças, adolescentes e demais atores da escola para observação do corpo e do mundo como produção cultural e da estratégia saúde da família como cuidadora possível do ser humano por inteiro. (PSE, 2010, p.1)

Da mesma forma, no manual do PSE *Ciência hoje na escola: conversando sobre saúde com crianças* (grifo nosso), o enunciado aponta para uma coprodução de conhecimento, de reciprocidade de escuta e de fala no diálogo sobre saúde (conforme anexo A). No entanto, no tratamento dado ao tema, a criança é aquela que vai escutar sem antes ser ouvida, vai assimilar informações sem antes apresentar suas experiências de crianças e que, portanto, precisa ser introduzida em assuntos de saúde e cuidado como garantia de seu desenvolvimento biológico, no qual “[...] o crescimento é um bom indicativo de saúde” (PSE, 2008a, p. 9). Ser criança é tempo, acima de qualquer outra coisa, de aprender:

Você já parou para pensar o quanto uma criança aprende nos seus primeiros anos de vida? Ela aprende a reconhecer as pessoas, a sorrir, a engatinhar, a comer alimentos sólidos, a andar, a falar etc. Talvez em nenhum outro momento da vida a gente aprenda tanto! (PSE, 2008a, p. 27)

Ao longo do texto é salvaguardado nos documentos que o crescimento compatível com a idade cronológica está associada à complexidade de fatores como característica física de cada pessoa e condições de vida. Assim como afirma também que cada família tem sua própria maneira de criar e educar seu filho e que cada criança tem seu próprio jeito particular de se desenvolver. Ainda assim, uma das práticas mais recorrentes de produções de infância nesse manual é a **criança aprendiz de modelos** de cuidado com a saúde.

A condição apresentada para ser criança é olhar pela janela do amanhã e estar submetida, no presente, a formas de conduzir a vida através de projetos da vida adulta. Não é permitido validar “o tempo criança” como existência em si mesma; como personificação de um grupo social real que interfere no ser adulto, sendo criança.

A agenda proposta sobre a infância a ocupa de uma temporalidade futura que empobrece suas experiências singulares e a obriga crescer e responder de maneira cada vez mais objetiva “o que quer ser quando crescer”. Isso demonstra a confirmação de que ser criança só pode ser entendido como uma etapa de planejamento e treinamento, mesmo nas brincadeiras, sobre o amanhã adulto: “a criança necessita brincar para aprender a se desenvolver” (PSE, 2008a, p.10), ou seja, não há brincadeira pela brincadeira. Até essa atividade precisa ser dirigida e ter uma “intencionalidade”.

O historiador francês Philippe Ariès, na obra *História social da infância e da família*, pesquisou os sentimentos de infância e, entre outros fatos, descreve que no século XVII a criança escolar era aquela a quem se pretendia ensinar os hábitos das crianças “bem educadas”; aquela que era preservada dos traços dos “moleques” e “dos desordeiros” do século XVI. Além de ser uma educação escolar voltada para costumes elitistas, era orientada por definição de capacidades de uns e incapacidades de outros, cuja metodologia era a disciplina.

O sentimento mais comumente expresso para justificar a necessidade de retardar a entrada para o colégio era a fraqueza, "a imbecilidade", ou a incapacidade dos pequeninos. Raramente era o perigo que sua inocência corria, ou ao menos esse perigo, quando admitido, não era limitado apenas à primeira infância. (ARIÈS, 1986, p.176)

Olhares de inferioridade, de desproteção e de incapacidade orientaram as práticas pedagógicas com crianças. No entanto, embora estas práticas pareçam ter sido superadas no século XIX, outras ações e planejamentos escolares sustentavam uma imagem de infância baseada em uma concepção de transição e de virtualidade de sua existência, ocupada, tão somente, em prepará-la para a fase adulta.

De acordo com a pesquisa de Ariès:

O relaxamento da antiga disciplina escolar correspondeu a uma nova orientação do sentimento da infância, que não mais se ligava ao sentimento de sua fraqueza e não mais reconhecia a necessidade de sua humilhação. Tratava-se agora de despertar na criança a responsabilidade do adulto, o sentido de sua dignidade. A criança era menos oposta ao adulto (embora se distinguisse bastante dele na prática) do que preparada para a vida adulta. Essa preparação não se fazia de uma só vez, brutalmente. Exigia cuidados e etapas, uma formação. Esta foi a nova concepção da educação, que triunfaria no século XIX. (ARIÈS, 1986, p.182)

Essa concepção de infância se atualiza hoje no Programa Saúde na Escola. Embora haja por várias vezes em seus manuais uma tentativa de aproximar as vivências cotidianas da criança com os temas de saúde eleitos previamente, há uma racionalidade que tipifica a infância como um ‘estar criança’ e não como um ser criança. E ainda, que privilegia o desenvolvimento infantil como internalização do mundo dos adultos: “ter rotina de vida, com horários regulares para dormir, acordar e se alimentar”, assim como aprende com os adultos e familiares “o que é certo e o que é errado” (PSE, 2008a, p. 11).

Portanto, outra produção presente no PSE sobre a infância é que ser **criança é uma fase (etapa) da vida** do ser humano, cujo ápice desse humano é se tornar adulto. Não há um reconhecimento, pelo menos claro, de argumentos nos manuais e cartilhas do PSE que enxergue a criança como sujeito de pensamentos próprios, de observações, capaz de elaborar ideias e conclusões e de ter coparticipações relevantes na vida social.

O Programa Saúde na Escola traz afirmações sobre a capacidade da criança de exploração e de curiosidade sobre o mundo e também sublinha que se deve aprender a cuidar da saúde dentro e fora da escola preventivamente e não somente quando se está doente. Entretanto, sustentando a máxima de que a informação é “o melhor remédio” ele não aponta para construções dessas informações ou de realidades específicas a partir do diálogo (escuta, fala, construções coletivas) com as crianças. Além de generalizar realidades e contextos, opta em descrever doenças, causas, sintomas e tratamentos para a desnutrição, a obesidade, a diarreia, a verminose, a friteira (PSE, 2008a).

Há também uma referência para os aspectos sociais como desencadeadores de problemas de saúde, atribuindo às doenças a falta de ação do governo e da própria sociedade:

[...] se exige ação do governo e da sociedade para reduzir a pobreza [...] uma alimentação saudável é fundamental: as crianças com nutrição adequada têm menor chance de contrair doenças infecciosas graves e maiores condições de combatê-las (PSE, 2008a, p.40).

Esta e outras críticas à presença efetiva de políticas públicas de garantia do direito básico da população a saúde, ocorrem esporadicamente, sem debates acerca da imbricação política-economia-sociedade. Portanto, sem assegurar processos de escutas às famílias dos alunos assistidos. O que aparece como interação com a realidade local são teatrinhos, encenações, diálogos fictícios sobre conversa entre a criança e os especialistas da área da saúde, conforme observa-se:



“Anemia, eu?” Neusa levou um susto. Muito curiosa que era, logo quis saber tudo sobre a doença. Ficou um tempão conversando com o doutor Hélio, que lhe explicou que a anemia é uma doença em que ocorre a diminuição da hemoglobina. “E o que é hemoglobina?”, ela perguntou. Neusa até parecia uma repórter, enchendo o médico de perguntas. Mas ele, muito atencioso, foi respondendo suas perguntas de um jeito bem simples para que Neusa compreendesse bem o que era essa doença que ela tinha. (PSE, 2008a, p. 31)

A análise desse documento traz visibilidade às práticas produtoras de infância atuais na escola, sobretudo, na construção da subjetividade aluno saudável. No entanto também se torna visível nessa análise que a meta de redução da pobreza das políticas intersetoriais do Governo, como o PSE, é maior que o interesse em desenvolver ações com as experiências compartilhadas de produção da saúde com a realidade familiar e social da criança de família economicamente pobre.

### 3.1.2. Consumindo modos de ser criança

Conforme analisado acima, dentre as doenças apresentadas nos manuais como as mais comuns no Brasil estão: anemia, parasitose e diarreia. Tal afirmação é indicativa de uma classe social que se pretende educar. Logo, a população em geral não é afetada por tais sintomas, estes estão localizados, sobretudo, nas crianças de escola pública, cujas famílias têm menos recursos e oportunidades socioeconômicas e que “carecem” de instrução e proteção. O cuidado com a saúde da criança da escola pública na proposta governamental continua sendo fundamentada numa lógica que estigmatiza a criança pela assistência garantida devido à conjuntura socioeconômica de sua família.

Enquanto direito universal garantido na Constituição Brasileira, a saúde como ação governamental deveria abranger as crianças de todas as redes de ensino. Mesmo com tratamento refinado e sutil, as orientações propostas nos manuais do PSE não escapam de práticas arbitrárias de processos de subjetivação que dizem ao outro o que ele é. Dessa forma se constrói outro formato de criança, **a criança pobre**.

Os documentos do PSE falam de uma infância identificada pelos sintomas e doenças que tipificam formas de ser e quando sinalizam para questões de falta de saneamento básico trazem a imagem de uma criança descalça, com marcas de ausência de certos hábitos de higiene com o corpo (conforme anexo B). “O que parecia uma missão de cunho salvacionista da infância pobre e desamparada vai-se delineando como

uma política clara de controle social das populações desfavorecidas, marcada pelo viés preventivo com base economicista” (LEMOS, ALMEIDA et all, 2012, p. 193).

Quando se reconhece como direito de todos a ter educação e saúde, mas sua implementação obedece a interesses econômicos e a estratégias biopolíticas, acaba-se por reforçar o estigma da pobreza. Tal reflexão é extensiva à criança da escola pública no PSE. O problema do governo da vida pelas estratégias biopolíticas reatualiza o problema do governo das condutas e do governo das crianças, este último como problema central da pedagogia (FOUCAULT, 2012a, p. 407).

Uma vez implementadas estratégias ideais para uma vida saudável dentro de pré-concepções de cuidado com a criança, ela está sendo vista como consumidora de culturas que a reconhecem deste ou daquele jeito, com estas ou aquelas características. Assim também, a sua participação na construção das estratégias do cuidado, mesmo sendo mencionadas no PSE, ainda se trata de uma pseudo-participação por propor experiências de modelos pensados somente entre adultos e com saberes que controlam e medicalizam as variáveis de sua existência.

Considerando que a infância é um fenômeno variável, híbrido e com composições múltiplas de sentimentos, pensamentos e vontades, esta não deve ser tomada como uma categoria única e universal. Em meios a composição de diferentes infâncias, é importante a presença efetiva de crianças no debate, no planejamento e na avaliação das ações que a elas são destinadas, inclusive ações de saúde.

É importante ressaltar que a proposta de pensar ações com crianças não abre mão ou desqualifica a presença do adulto. Assim como a criança possui inventividades e pensamentos próprios que podem escrever processos de educação, os adultos também têm seu lugar fundamental ao proporem a cultura de pares entre as crianças participando da mediação de processos de escuta, de proteção, de sistematizações de ações.

Outro documento do PSE proposto para ser analisada tem o formato de gibi, cujo título é “Saúde na escola”. Com desenhos assinados pelo cartunista Ziraldo, ela contagia pelas formas, expressões e figuras com cores variadas e intensas (conforme anexo C). Na capa está desenhada uma professora e um profissional da saúde (médico ou enfermeiro) com asas de anjos cobrindo com as mãos duas crianças que vão passando de mãos dadas (um menino e uma menina).

Embora num primeiro olhar tenha parecido um reconhecimento de que o professor também trabalha o cuidado e a promoção da saúde das crianças, as páginas

seguintes não confirmam essa leitura. Na fala produzida para os alunos, a escola é o lugar de estudo, de paquera, de brincadeira, de lanche (PSE, 2010). Surge então o profissional da saúde (meio de surpresa) dizendo que a escola “**pode ser**, também, um lugar de saúde!” (PSE, 2010, p.8, grifo nosso). Tal afirmação enuncia o olhar fraturado entre escola e saúde. O cuidado com a criança não é compreendido como território imbricado entre ambos, e ainda, a saúde foi visitar a escola. Logo, esta não era também produzida por lá.

Faço outra análise ainda da imagem do profissional da saúde e da professora com asas de anjos sobre as crianças que passam. Numa pretensa atitude de proteção à vida, há uma similaridade com a figura de super heróis que em nome do ‘bem’ vêm salvar, estabelecer a ordem e ensinar formas de garantir a saúde e o cuidado. Eles têm a fórmula, a eles cabe ensinar o que está errado e como mudar hábitos para ter mais qualidade de vida. Chamo atenção para o lugar assumido por quem fala em nome da saúde, o que transparece a hegemonia do discurso médico numa concepção de biologização da vida também no cotidiano escolar.

Mais adiante a história da ‘visita da saúde à escola’ segue conversando com as crianças e com a professora sobre obesidade, alimentação saudável, anunciando que “a saúde vai estar mais próxima, com os profissionais de saúde, ao longo de todo ano, orientando a turma na escola [...]” (PSE, 2010, p. 17), cujo resultado será “professores motivados, famílias orgulhosas, filhos saudáveis” (Idem, p. 26 e 27).

E ainda, no documento *Escola que protege* encontra-se a série discursiva “proteção da infância” como ausência de tensões e conflitos na vida:

A escola é um espaço privilegiado para a construção da cidadania, onde um convívio harmonioso deve ser capaz de garantir o respeito aos Direitos Humanos e educar a todos no sentido de evitar as manifestações da violência. (PSE, 2008b, p. 10)

Se a ideia é proteger a criança contra riscos para a sua vida, deixando-a em “total harmonia” com seus pares, mais segura, sorridente, feliz com a escola e com tudo à sua volta, onde fica o reconhecimento da criança nesse processo ‘saudável’ como ser de tensões, ser pensante que questiona e pergunta, ser capaz de alterar axiomas propostos, capaz de dizer não a um exame antropométrico a uma entrevista sobre sua família e contradizer informações prévias dadas pela escola?

Com certeza qualquer esforço em potencializar a saúde da criança dentro da escola é aplaudido e traz positivas aproximações e experiências. O problema está na naturalização da compreensão da saúde como categoria unicamente biológica sobre a infância, que conduz também a processos normalizados de medicalização sobre a aprendizagem como no caso do “problema” aluno obeso, cuja família também deve ser medicalizada quanto aos seus hábitos: “em casa, os pais vão ficar sabendo como alimentar melhor a família e ganhar hábitos mais saudáveis” (PSE, 2010, p. 14).

Na análise de ambos os instrumentos do PSE não há ênfase para as diferenças e para os saberes construídos a partir do olhar e da apreensão da realidade pelas crianças. Estes reforçam e evidenciam modos de subjetivação que se formam a partir de um dualismo em ações de cuidado entre escola e saúde.

Assim, mais uma produção de infância emana do programa saúde na escola, **a criança passiva e em constante harmonia**. Não há nenhum diálogo que demonstre processos de escuta da criança (ex: o que elas conhecem sobre os assuntos tratados, o que colocam em xeque, o que aprenderam de suas famílias, o que pensam/sentem sobre o seu corpo, e muito menos o que compreendem sobre ‘vida saudável’).

Por conseguinte, “aprendiz de modelos”, “fase da vida”, “pobre”, “passiva” são produções encontradas e/ou ratificadas atualmente na saúde da criança escolar. Diante do exposto, concluo que o olhar sobre a infância nos documentos citados do PSE ainda é feito por uma lente naturalizante e universalizante que carrega preconceitos e empobrece diferenças e singularidades. Assim também, o viés do cuidado com a saúde da criança nesse programa, enquanto política pública brasileira, é fortemente construído sobre definições e classificações biomédicas e totalizantes sobre a vida, o que pouco abre espaço para heterogeneidades.

E ainda, as políticas de saúde pública compõem o sistema de seguridade social. Assim, as estratégias de promoção da saúde do escolar fazem parte de uma política social que adota como possibilidade de ação a desigualdade (FOUCAULT, 2008). Ao Estado, como gestor da saúde, interessa oferecer segurança e proteção a população mais vulnerável, garantindo maior controle e gestão da vida.

Nos manuais do PSE, mesmo que em suas proposições estejam salvaguardadas argumentos sobre a autonomia, a participação e a realidade social nas investidas ao cuidado com a saúde da criança, o que prevalece é uma proteção que a constitui como sujeito em evolução e incompleta. No cuidado com a criança ainda falta potencializar o

conceito de proteção, pelo qual se produziria espaço para pensar a infância por múltiplos olhares para atuar sobre e com ela.

*O menino que observava a bolandeira parada, sem os bois* (epígrafe do início deste subcapítulo), parece não se conformar com o movimento eterno e rotineiro das coisas ao seu redor. Sua tentativa de pensar o imponderável, embora cercado pelo imperativo: “isso não vai acontecer [...] é assim desde que o mundo é mundo”, já demonstra a potência criativa e singular que a infância tem de ver o mundo e de estar ativamente presente nele.

### 3.2. Os saberes produzidos e os agenciamentos de forças que difundem o sujeito aluno saudável

Os contornos de saberes que se constituem no território entre saúde e escola tornam o cuidado uma tecnologia organizadora de formas de viver, inclusive, com determinantes de modos de ascensão moral, política, econômica e social da população, conforme a analítica feita sobre os marcadores históricos abordado com capítulo 2.

Através de jogos de forças, distintos objetos passam a ser articulados numa conexão de heterogeneidades como um borramento de fronteiras que forjam uma relação natural e óbvia entre os objetos. A questão colocada agora é do sujeito, “ser político”, passar a ser um sujeito sobre o qual age a política (BERNARDES, 2012).

É o governo da vida, é a gestão das variáveis da população numa ordenação por segmentos sociais. As políticas do “público- alvo” autorizam o Estado a governar os corpos por modalidades de assistência institucionais que garantam uniformidades de formações por regimes especiais de inserções sociais, as “crianças em dificuldade, pessoas [...] economicamente fracas, inválidos, famílias de baixa renda ou desintegradas” (CASTEL, 2012, p. 540).

Na esfera pública, as heterogeneidades se articulam produzindo efeitos de uniformidades pelo governo das populações. Mediante estratégias biopolíticas emergem tecnologias que interiorizam a tutela, o guia, o agente regulador da conduta saudável no sujeito que, com ordenamentos de discursos, se expande pela normalização de todos os segmentos da sociedade.

No documento *Escola que Protege* a estratégia biopolítica acontece pela afirmação de “uma certa” responsabilização do próprio Governo pela falta de cumprimento da Constituição e do ECA no que tange a prioridade de assistência a crianças e ao adolescentes. Essa prática discursiva caracteriza tal responsabilidade como “violência estrutural” e como sendo uma modalidade de violência entre tantas que, no entanto, foi assumida, confessada e reconhecida como prática de governamentalidade do próprio Estado. Porém, tal responsabilidade quer ser corrigida com a proposição de novas ações em espaços institucionais, conforme documento abaixo:

Apesar das garantias democráticas, claramente expressas na Constituição de 1988 e no ECA, políticas públicas descomprometidas com o princípio constitucional da prioridade absoluta a crianças e adolescentes, tornam o Estado **um dos** principais responsáveis pela violência estrutural. Para vencer essa realidade o Governo vem implementando projetos, tais como: Escola que protege. (PSE, 2008b, p.32, grifo nosso)

Mapeada e diagnosticada cada violência produzida com crianças e adolescentes, a orientação seria cada espaço institucional e social assumir para si a responsabilidade de transformação da realidade. Uns praticam a *violência estrutural*, outros a *violência simbólica* e outros ainda, outra forma de violência chamada de *negligência*.

A escola, como formadora, tem um papel fundamental na desconstrução da violência simbólica e da cultura da inferiorização de gênero, de raça, de classe social e de geração. [...] A negligência é um tipo de relação entre adultos ou adolescentes baseada na omissão, na rejeição, no descaso, na indiferença, no descompromisso, no desinteresse, na negação da existência. Dados estatísticos de serviços de proteção e assistência a crianças e adolescentes, disque-denúncia e SOS vêm revelando que a negligência é uma das formas de violência mais frequente. [...] Para a área da saúde, por exemplo, crianças negligenciadas são as que apresentam baixo peso e as não vacinadas. Consideram-se também negligenciadas as crianças que não frequentam a escola. (PSE, 2008b, 33 e 34)

Desse documento emergem não só as divisões de responsabilidade pelas situações de vulnerabilidades de crianças e adolescentes. Uma parcela da culpa é do Estado, outra é da escola e outra é da família. No entanto, quem é o Estado, quem é a escola e quem é a família? Se fossem forças produzidas separadamente e cada uma fosse “o outro” de cada um, como seria possível o cumprimento de uma proposição geral que levasse todos a agirem conjuntamente?

No caso da negligência, como é possível a família ser culpabilizada por situações de baixo peso nos filhos ou por estes não frequentarem a escola? E os fatores que independem de sua vontade, que não lhe garantem escolhas?

Para Foucault (2012a) o poder também opera por técnicas de dominação que assumem formas cada vez mais regionais e concretas, investindo no corpo por meio de instituições. Tal poder intervém na realidade atingindo concretamente o corpo do indivíduo e o corpo social. Numa relação na qual todos estão implicados e participam ativamente.

Entretanto, as relações de poder produzem saberes que silenciam outros, que em tempos do capital econômico e político atual, engendram formas de domínio sobre a vida que podem levar a culpabilizações individuais e naturalizações de fenômenos coletivos, justificados como contexto cultural e como “identidade” dos indivíduos.

As forças agenciadas como estratégia de cuidado com o escolar perpassam por recursos humanos e materiais, por grupos e por diversas instituições de um território chamado “tecidos sociais”:

São tecidos sociais que se articulam em torno de objetos e focos de ação comuns, cuja teia é construída num processo de participação coletiva e de responsabilidades compartilhadas, assumidas por cada um e por todos os partícipes. As decisões são tomadas e os conflitos resolvidos democraticamente, buscando-se consensos mínimos que garantam ações conjuntas. (PSE, 2008b, p.80)

Uma das ações do PSE nas escolas, através das orientações deste documento seria conter a violência. Sobre os enunciados de que há uma conduta violenta a ser trabalhada na escola, neste documento é construído um sistema de verificação sobre a máxima de que “o inimigo está por perto e entre nós”:

A conduta violenta está disseminada por toda a sociedade. Estamos mais perto dela do que gostaríamos e ela é mais extensiva do que imaginamos. Em função dessas características intensivas e extensivas da violência, sua desarticulação somente poderá ser alcançada se sua busca for adotada como um dever social de todos, em uma rede de proteção integral. (PSE, 2008b, p. 51)

A intervenção em rede propostas nas ações do Governo envolve a captura do corpo do aluno por processos chamados de socioeducativos com atividades complementares à escola. A rede de proteção integral pressupõe a estratégia da

intersectorialidade entre organismos do governo e da sociedade que, no caso dos Ministérios da Saúde e da Educação, dispõe de estratégias de poder e saber que ratificam distintas abordagens de direitos e de garantia de oportunidades entre os alunos pobres e ricos, economicamente.

Nesta perspectiva de análise os modelos de produção da saúde do escolar podem diferenciar em cada acontecimento histórico quanto às tecnologias ofertadas, mas permanecem sustentados numa racionalidade de vida saudável com prescrições moralizantes sobre a materialidade da vida da chamada “população pobre”:

Há algumas regrinhas conhecidas para termos uma boa saúde: alimentação nutritiva, boas condições de moradia, prática regular de exercícios, hábitos de higiene e o convívio pacífico e harmonioso dentro e fora de casa (PSE, 2008b, p.5)

Ainda que não pareça ser uma regra matemática tão exata, a nutrição é o estado fisiológico que resulta do consumo e da utilização que as nossas células fazem da energia dos nutrientes que consumimos. Se consumirmos menos alimentos do que precisamos para as nossas atividades diárias, vamos gastando todo o depósito de gordura que acumulamos anteriormente e perdemos peso. Se comermos muito mais do que necessitamos, transformamos os alimentos em gordura e vamos ganhando peso. (PSE, 2008b, p.14)

A fórmula para a boa saúde pode até ser exata, matemática, precisa, invariável. Contudo, os dispositivos de governamentalidade neoliberal sobre os corpos dos alunos da escola pública operam mais pelo “conhecer para controlar” do que por equidade de oportunidades econômicas.

No artigo 4º, estão citadas as ações de saúde previstas no âmbito do PSE e que devem considerar atividades de promoção, prevenção e assistência em saúde, podendo compreender, [entre outras]: Avaliação clínica; avaliação nutricional; promoção de alimentação saudável; avaliação psicossocial; avaliação de controle do calendário vacinal; educação permanente em saúde; inclusão de temáticas em saúde no projeto político pedagógico das escolas (PSE, 2009, p. 13 e 14).

É inegável a contribuição dos saberes biomédicos na produção da saúde no presente. Contudo, não se trata de atribuir uma escala de importância e de valoração dos saberes produzidos historicamente. Trata-se de questionar a verticalidade com que estes saberes são efetivados no cuidado com a vida para explicar variáveis sociais e econômicas da sociedade. Por essa verticalidade de saberes e ordenamento discursivo determinadas condutas são produzidas na população sobre a rubrica da inclusão social.



É oportuno citar, rapidamente, o Fórum de Saúde Mental Infanto-juvenil criado pelo Ministério da Saúde em 2004, através da Portaria GM nº 1.608, no qual o Ministério da Educação tem assento permanente. Este fórum nasce com o intuito de ser um espaço de debate coletivo para responder à grave vulnerabilidade de crianças e jovens com quadro clínico mental, os “transtornos”, levando dessa forma a realização de ações que tinham por objetivo a inclusão social e a não internação e isolamento como vinha acontecendo (BRASIL, 2005).

Embora uma de suas justificativas centrais de criação seja a garantia dos direitos humanos, na qual a escola seria um dos espaços de inclusão social de crianças e jovens, a sua proposta de atuação se vincula a respostas de governança global<sup>23</sup>. Conforme documento do fórum sobre os *caminhos para uma política de saúde mental*, o enfrentamento eficiente ao problema da saúde mental infanto-juvenil é um investimento na atenção à família. Desse investimento “depende a viabilidade de qualquer projeto de Nação e de País que se deseje implementar agora e no futuro” (BRASIL, 2005, p. 48).

Através do Componente I do PSE na linha de ação *Avaliação Psicossocial*, é atribuída à escola uma primeira avaliação de saúde mental no aluno “por seu caráter de triagem e considerando o ganho de escala em ambiente coletivo. Devendo ser encaminhado à unidade básica os educandos com necessidades de maiores cuidados” (PSE, 2011, p. 15). A escola faz parte da rede de saúde mental para crianças e adolescentes e deve também tomar para si a responsabilidade de propor estratégias de cuidado relacionadas à saúde mental da população infantil e juvenil (PSE, 2011). Uma pista importante para ampliar o debate sobre “transtornos mentais” e ao mesmo tempo uma pista para pensar outras experiências de sujeito.

Por outro lado, a política do Fórum de Saúde infanto-juvenil, assim como outras políticas, ao mesmo tempo em que se constitui como o contraponto a estratégias racistas e excludentes de cuidado, pode operar por outras estratégias do biopoder. A conformidade com marcos internacionais e com metas governamentais, por exemplo, inscrevem práticas de governamentalidade que organizam diferenças, variáveis e fenômenos não capturáveis da vida. No mínimo é importante indagar como são produzidas as avaliações psicossociais na escola e nas unidades de referência, a que indicadores estão vinculadas e quais os seus efeitos de verdade.

---

<sup>23</sup> O termo refere-se às orientações universais dos organismos internacionais sobre marcadores de desenvolvimento e qualidade de vida sobre as populações. Para aprofundar a discussão ler: HERZ & HOFFMANN. Organização Internacional: história e prática, 2004.

Práticas instituídas objetivam o corpo do aluno e produzem intensidades do saudável. Ser mais saudável garante longevidade, capacidades e habilidades profissionais, conhecimento de si. Ser menos saudável deixa o sujeito em desacordo com as demandas atuais do mercado e com maiores oscilações sobre seu futuro, não sendo possível uma regularidade de conhecimento de si.

Práticas instituídas mobilizam vontades dispersas e capacitam o corpo por técnicas do poder disciplinar minuciosas e individualizantes. Produz coesão, unidade sem anular diferenças (FOUCAULT, 2012b). Tornam visíveis determinadas manifestações de conduta e produzem uma economia do saudável sobre o corpo.

Do corpo orgânico ao corpo espécie a população torna-se o objeto de análise e controle. Suas nuances são trabalhadas por estratégias biopolíticas na tentativa de torná-las previsíveis, medidas e equilibradas. Processos de gestão dos homens pela organização de demandas num território (FOUCAULT, 1988).

Em última análise, os saberes produzidos nessas séries discursivas recebem o nome de “tecidos sociais”, “processos socioeducativos”, “ações intersetoriais” que agenciam forças e engendram domínios diferentes de saber sobre o espaço escolar. Novos conceitos e tratamentos são dados ao corpo colocando em evidência práticas de cuidado como investimento na saúde e na educação escolar pública.

### 3.3. A emergência de possibilidades de uma ética nas práticas de cuidado na escola

Foucault (2010a, p.221), ao investigar a realidade Greco-Romana, fala de um “cuidado de si” que independe de uma finalidade política, como um princípio geral que age sem estar condicionado a uma categoria social. “Isso significa que ‘cuidar de si’ não é mais um imperativo válido para um momento determinado da existência e em uma fase da vida que é a da passagem da adolescência para a vida adulta. Cuidar de si é uma regra coextensiva à vida”.

O cuidado de si enquanto governo de si implica, na perspectiva foucaultiana, retornar a si, fazer conversão a si numa trajetória refletida de práticas, como a arte (*tékhne*). As técnicas que emergem da arte podem curar, dirigir os outros e governar a si mesmo por constituir um conjunto de noções e princípios que pertencem ao mesmo campo de saber, práticas de si, tecnologias sobre si. Da *tékhne* como forma de conduzir a si mesmo se materializam também artes de governar (FOUCAULT, 2010a).

Dentro desta abordagem, a governamentalidade, enquanto razão de Estado, embora separe (não transversalize) governo de si/saberes médicos/governo dos outros, permanece atrelada a práticas chamadas “atividade de governo” no controle das trajetórias incertas e perigosas da vida do indivíduo e da população. Dito de outra forma, a abordagem do cuidado na racionalidade do poder do Estado, embora permaneça fragmentada e individualizante, produz estratégias de governo da vida que forjam práticas de cuidado de si e dos outros.

É nesse movimento de produção de um cuidado de si, desvincilhado de outras finalidades políticas e coextensivo à própria vida como arte do governo de si como “regra geral”, que aparece o tema de uma ética do sujeito. Portanto, um cuidado de si como ponto de resistência ao poder político coercitivo por meio de uma relação de si consigo mesmo, como possibilidades de ações reversíveis que se dá através do campo estratégico da governamentalidade. Sobre isso Foucault diz:

Isso significa muito simplesmente que, no tipo de análise que desde algum tempo busco lhes propor, devemos considerar que relações de poder/governamentalidade/governo de si e dos outros/relação de si para consigo mesmo compõem uma cadeia, uma trama e que é em torno dessas noções que se pode, a meu ver, articular a questão da política e a questão da ética. (FOUCAULT, 2010a, p.225)

Nesta perspectiva, o exercício ético para Foucault estaria em escolher os sistemas de regras que vou viver, sem impor ao outro; um exercício político de liberdade refletida que interroga constantemente sobre que regras e discursos sustentam as maneiras de nos pensarmos, de nos subjetivarmos.

Na análise genealógica dos documentos usados no “Programa Saúde na Escola” as regularidades discursivas e as ampliações propostas de sentidos sobre a vida saudável são postos em questão. Neles problematizo a convocação de parcerias como busca de integralidade no cuidado em saúde; de **soluções** partilhadas mais que debates produzidos conjuntamente; da convocação ao gerenciamento de programas de assistência. Estas são composições históricas que, de certa forma, permanecem ao atualizarem práticas discursivas e novas readequações de jogos de forças.

Assim, nos enunciados:

Toda criança é capaz de aprender e de se desenvolver, mas cada uma é diferente da outra e apresenta sua própria maneira de aprender. Cada criança tem o seu próprio jeito de se desenvolver. (PSE, 2008a, p.11)

Qual o animal que tem quatro patas de manhã, duas ao meio-dia e três à noite? Esse enigma, proposto pela Esfinge, como nos conta a mitologia grega, tem uma resposta muito simples: é o homem, que engatinha quando bebê, caminha sobre as duas pernas quando adulto e se apóia em uma bengala na velhice. (PSE, 2008a, p.9)

Quem tem mais chance de ter verme? Um dos fatores importantes para não ter vermes é a presença de saneamento básico — ter água tratada e encanada nas casas, rede de esgoto e coleta regular de lixo. A disponibilidade de saneamento básico facilita a manutenção dos hábitos de higiene necessários para evitar as parasitoses. É preciso lavar bem os alimentos, lavar as mãos antes e depois de ir ao banheiro e antes das refeições. (PSE, 2008a, p.32)

Para que as crianças apreendam as regras do mundo, é preciso muita paciência e dedicação por parte dos responsáveis pelos seus cuidados. (PSE, 2008a, p.11)

Da análise de proveniência desses enunciados emergem formações discursivas que produzem o cuidado na saúde por vias naturalizantes, progressivas e racistas. Na primeira proposição a diferença entre cada criança é salvaguardada. Contudo, esta diferença corre o risco de tornar-se um atributo que justifique também categorias fundantes no sujeito, a natureza de “sujeito diferente”. Se a criança é capaz de aprender é porque existe algo dado como caminho de desenvolvimento.

Na segunda proposição a vida saudável toma o rumo do desenvolvimento biológico “nascer, desenvolver e morrer”, a vida como um ciclo contínuo e previsível. Na terceira, se prescreve para a saúde modelos que forjam condutas elitistas que prescrevem um ideal, mais que um direito a ser conquistado, uma forma de coerção a um modelo moralizante e eugênico de vida saudável. Na quarta, a proteção traz como prática vizinha a inclusão social, na qual é preciso estar inserido “nas regras do mundo”. Nela a preocupação central não é como se constitui o sujeito, mas “qual sujeito queremos”.

É nesses campos de lutas e tensões que se constitui o sujeito. E por ser o sujeito um efeito do poder, é também nessa materialidade de relações de forças que o poder apresenta sua positividade. A produção da disciplina, dos saberes e de formas de governo da vida fazem emergir espaços de mudança como exercício político/ético de liberdade. Conforme observa Bernardes (2012, p. 178) “essas formas de ocupar-se de si tinham como efeito a interrogação permanente sobre o que se faz e como se faz, no que

tange aos modos como isso incide sobre outras ações possíveis, [...] como prática política”.

Em todas estas proposições, a emergência de possibilidades de uma ética, enquanto liberdade e resistência, nas práticas de cuidado na escola, se dá pelo reordenamento dos campos de batalha. Neles as posições de sujeito mudam dando brechas a outras subjetividades, subvertendo e derrubando diagramas (DELEUZE, 2005). Absorver, ser orientado, interiorizar determinadas prescrições produzem também possibilidades de resistências que engendrem formas de se apropriar de saberes para reivindicar, para escolher e dar visibilidades a outros.

Ou ainda, o próprio exercício de análise destes enunciados, desmontando suas unidades discursivas, colocando-os como formações discursivas não lineares e não coerentes, como produção de tecnologias sobre a vida, já é uma forma de posicionamento ético que coloca em xeque “o problema de como ser governado, por quem, até que ponto, com qual objetivo, com que método, etc” (FOUCAULT, 2012a, p. 408).

Ainda sobre o mesmo documento *Escola que protege*:

Na prática, não é muito fácil, para boa parte da população, adotar essas medidas. A prevenção das parasitoses intestinais, de forma ampla, depende da melhoria das condições de vida da população e principalmente, do investimento em saneamento básico. Só assim, o direito à saúde será uma realidade para todos. (PSE, 2008b, p.36)

E no documento *Caderno de Educação Básica-saúde na escola*:

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. [...]. Como reação dos educadores e sanitaristas, surgiram outros modos de entender o estreito vínculo entre a produção do conhecimento e um viver saudável, os quais se centram no conceito ampliado de saúde, na integralidade e na produção de cidadania e autonomia. (PSE, 2009, p.7)

A abordagem sobre a ausência do poder estatal, que transforma vida da população em sobrevivência, traz os elementos que tensionam a garantia não equitativa do direito a saúde para todos. Assim como, da história dos acontecimentos na produção da saúde na escola, brevemente trazida no documento, imanam as lutas, batalhas e resistências produzidas pela relação de saber-poder.

Enfim, a estratégia da governamentalidade também produz o exercício ético sobre si porque é entendida “como um campo estratégico de relações de poder, no sentido mais amplo do termo, e não meramente político, entendida pois como um campo estratégico de relações de poder no que elas têm de móvel, transformável, reversível” (FOUCAULT, 2010a, p.225).

Sobre a perspectiva de controle do corpo:

O controle da sociedade sobre os indivíduos não se opera simplesmente pela consciência ou pela ideologia, mas começa no corpo, com o corpo. Foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade bio-política. A medicina é uma estratégia bio-política. (FOUCAULT, 2012a, p.144)

Nessa mesma inscrição capitalista, analisada por Foucault, o sujeito aluno saudável se constitui no domínio de uma realidade biopolítica e as equipes de Saúde da Família uma estratégia biopolítica na escola. No documento *Caderno de Educação Básica-saúde na escola* há a afirmação de que “as equipes Saúde da Família assumem o protagonismo e a responsabilidade pela coordenação do cuidado dos escolares [...]” (PSE, 2009, p.9).

E ainda nesse mesmo documento sobre o programa do governo federal “Mais Saúde”, há o seguinte enunciado:

Esse programa busca aprofundar os grandes objetivos da criação do Sistema Único de Saúde [...], a partir das diretrizes estratégicas organizadas em um conjunto de ações que contemplam 73 medidas e 165 metas, [...]. Nesse sentido, o primeiro eixo de ações estratégicas do Mais Saúde aponta para a efetivação de ações intersetoriais que possuam alta complementariedade e sinergia focadas, especialmente, nos municípios e, neles, nas escolas e nos ambientes de trabalhos. Nesse eixo, explicita-se a Medida 1.5, que visa implementar o Programa Saúde na Escola-PSE, em articulação com o Ministério da Educação [...]. (PSE, 2009, p.12)

Mais uma vez a ideia de que a saúde vem visitar a escola; ideia de uma tutela biomédica na produção do cuidado da criança e do adolescente. Diante deste enunciado surge a indagação: se atribui as equipes de saúde da família o protagonismo do cuidado ou a proposição de interlocutores e parceiros com a escola (professores, alunos, etc)?

As interlocuções que me refiro são perpassadas por discussão e por planejamento de estratégias e ações coletivas e, quando for o caso, ações específicas. Nessa incursão analítica o “ator principal” não seria uma equipe setorial, mas um

coletivo. O protagonismo estaria no encontro transdisciplinar de debates e ações coletivas, portanto, na intersetorialidade produzida desse encontro.

As práticas discursivas desse documento do PSE o definem como um subprograma dentro de uma produção de demanda maior. O PSE responde por “medida 1.5” do programa “mais saúde”, uma das metas do SUS. Nessa lógica, o estudante da escola pública é um paciente/usuário ou outro sujeito diferenciado? E a escola é ampliação da clínica ou espaço de invenção de outras estratégias de produção do cuidado?

O compromisso ético/estético/político de pensar a constituição da vida no presente produz lutas contra o que serializa e universaliza a existência do sujeito. Conjuntamente a produção de estratégias interministeriais (MS e MEC) de cuidados com o sujeito aluno, mesmo onde há espaço para ações coletivas de cuidado, é importante o exercício ético do estranhamento com as estratégias de poder.

Para Bernardes (2012), uma recusa ao modo de jogar e a produção de outras regras modificam o próprio jogo. Assim, as ações de privação de condições de viver e de não garantia efetiva de direitos estão transdisciplinar as discussões sobre saúde e educação escolar. Como possibilidade do sujeito realizar a constituição de si como arte da existência; como ampliação para outras “necessidades” inventivas sobre a vida.

A produção do aluno saudável presentes nos subsídios analisados do Programa Saúde na Escola (PSE) enuncia o tipo de abordagem institucional nas estratégias de ação junto à criança, ao adolescente e ao jovem escolar. Mesmo com ponderações sobre participação, coletividade e reconhecimento de realidades locais, estes documentos analisados ainda estão presos a dispositivos de dominação econômicas e política que tomam o cuidado com a saúde do escolar da rede pública, como forma de controlar multiplicidades locais e garantir funcionalidades globais.

## CONCLUSÃO

No acontecimento “aluno saudável” há marcadores históricos da modernidade que permanecem, embora de forma atualizada e por outros operadores, como governo da população. Nos séculos XIX e XX no Brasil, no Governo da Primeira e da Segunda República, conjuntamente aos projetos de higienização da sociedade, numa realidade concreta de doenças e epidemias, processos racistas e eugênicos foram investidos sobre a população. Estratégias de controle de virtualidades determinaram modos de governar condutas e de produzir subjetividades no coletivo escolar.

As tentativas de controle da saúde no espaço escolar produziram necessidades no sujeito aluno como, aquisição de competências e habilidades, performances corporais, aluno normal e aluno problema, prioridade na produção de saberes úteis e funcionais, especialidades de atendimento psicopedagógicos, normalização de processos de observação sobre a conduta, responsabilização individual por indicadores de sucesso.

A produção do corpo saudável na escola hoje é, então, questionada quanto a generalização de modos de ser. O PSE traz, sem dúvida, formas de subjetivação com certa ampliação da produção da saúde na escola quando comparado com outros programas escolares, mas ainda está amarrado a orientações biomédicas e mercadológicas de sujeito saudável.

Sobre as estratégias do PSE e de outras ações governamentais é importante a constituição de práticas que tratem o sujeito escolar como realidade atual, presente. Que não o reduza a um objeto a ser investido ou como um projeto de Nação. Mas como sujeito constituído dentro das mais diferentes relações com o mundo e não pela capacidade de consumir modos de ser, de sujeito reeducável.

Neste cenário a UNESCO e o UNICEF, agências especializadas da ONU, legislam e delimitam redes discursivas que orientam práticas de governo sobre a vida de crianças e de adolescente no Brasil. Projetos e programas escolares surgem ou se reordenam vinculados a estratégias gerais de controle de fenômenos da população como saúde, escolaridade, pobreza e segurança.

Estabelecer padrões de normalidades ou padrões aceitáveis de variações de conduta na população são formas de discursos de verdade que se avizinham de saberes correlatos (ex.: medicina, psicologia, pedagogia, sociologia, estatística, economia). Por exemplo, quando a pedagogia e/ou a psicologia se reterritorializam do saber da



medicina pelo olhar observador clínico e pelo registro de pareceres para produzir avaliação e diagnósticos na escola, estão produzindo normalizações de condutas.

Uma vez que a escola se torna também o espaço do observável de uma coleção de crianças, de adolescentes e de jovens sob a subjetivação de “alunos”, há uma aproximação do dispositivo médico e do dispositivo escolar; há uma conjugação entre o domínio hospitalar e o pedagógico por padrões de normalidade clínica e escolar.

Todavia, pelo modelo econômico atual do Estado Regulador, os projetos biomédicos, que sempre tiveram lugar determinante na produção de saberes, passam a se articulam a práticas discursivas não só de segurança, mas também de prosperidade e plenitude da vida do cidadão. Sobre esta lógica o PSE e outros programas governamentais não eliminam as diferenças no sujeito, mas as organizam por ações “afirmativas” e “compensatórias”.

Categorias analíticas em Foucault como relações de poder, dispositivo disciplinar, biopoder e governamentalidade foram utilizadas, nesta discussão, para problematizar o governo de condutas na escola. Pela biopolítica da população o nível de saúde, a longevidade, as habilidades corporais vão estar inseridos numa série de intervenções. O investimento na população, espécie biológica, é também mediado pela atenção detida ao indivíduo com micropráticas de docilidade e coerções. Assim, o poder disciplinar também faz funcionar a *mecânica do ser vivo* potencializando o investimento na população.

Na pista reflexiva levantada por Foucault (2008, p. 53) sobre como age o dispositivo biopolítico “ao invés de lhes impor regras imperativas, vai-se procurar identificar, compreender, conhecer como e porque agem, qual o cálculo que fazem [...]”.

Formas de operar relações de biopoder cada vez mais refinadas, flexíveis e modulares, nas quais os dispositivos de saúde e de escolarização se fortalecem com redes discursivas de assistência e proteção. Formas de corrigir e controlar processos de subjetividade são articulados a indicadores mercadológicos. Corpos submissos, exercitados e examinados dão visibilidade a fenômenos da população que ainda precisam ser controlados.

Diante de projetos governamentais pensados para a escola, o aluno não é um mero expectador de práticas sobre si e nem a escola uma *tabula rasa* que precisa ser governada por determinados saberes para produzir estratégias de saúde. Através da análise dos documentos do PSE surge a pergunta: o aluno é visto somente através das

tecnologias normativas de cuidado com o corpo? Há espaço para, a partir dessas tecnologias, emergir singularidades de sujeito saudável? Nessas tecnologias quais as possibilidades de se exercer o governo de si?

A proposta verticalizada de saberes sobre práticas de promoção de cuidados com o corpo está propensa a concentrar abordagens reducionistas sobre estratégias de proteção e garantia de direitos. Assim também, a construção de ações intersetoriais na escola não se torna eficaz quando há sobreposição de saberes, nas quais um determinado saber propõe quais as ações.

Formações discursivas totalizantes sobre o cuidado na saúde, também se atualizam na própria práxis escolar, podendo controlar as condições de constituição de subjetividade no aluno. Diante da promoção de ações intersetoriais que “reaproximam” constantemente os Ministérios (MEC e MS) não é certo que haja novas, criativas e eficazes formas, no presente, de práticas de cuidado com o corpo do escolar. Ou, talvez seja. Entretanto, o próprio respaldo na intersetorialidade, no qual se apoiam as ações do PSE pode constituir-se como forma de resistência e em práticas refletidas de cuidado de si.

Por fim, programas governamentais de estratégias de promoção do “aluno saudável” podem diminuir possibilidades da existência de sujeitos diferentes, variáveis, múltiplos, ético/político quando propõem performances de saúde como verdades sobre o sujeito. Pela recomposição das tramas do poder emerge o novo sujeito do capitalismo que conjuga saudável com adaptável e que se pergunta segundo Foucault (2010a, p.171), “qual trabalho devo operar em mim mesmo, qual elaboração que devo fazer de mim mesmo, qual modificação de ser devo efetuar para poder ter acesso a verdade?”.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Esta pesquisa sobre *a produção do aluno saudável: análise das práticas de governamentalidade em políticas de saúde na escola pública no Brasil* revelou-se importante para pensar as redes discursivas que são construídas sobre os eixos, garantia de direitos/vulnerabilidade social/governança global. Tal pesquisa também se revelou imprescindível para problematizar o sistema de proteção social vivenciado na escola pública hoje, através de dispositivos de biopoder que montam regimes de verdade sobre a vida.

Na atualidade, uma das estratégias de governo em pleno funcionamento e adesão pelas instituições de ensino básico é o *Programa Saúde na Escola (PSE)* que desde o Governo Lula funciona como uma das ações produzidas para responder indicadores de desenvolvimento humano e de ampliação na promoção de saúde da população.

Sublinho que a análise das práticas de governamentalidade e dos dispositivos de biopoder sobre o corpo do aluno na escola pública, poderia ter sido feita utilizando outros programas do Governo Federal, endereçados a escola pública como o “Programa jovem de futuro”, o “Programa escola de portas abertas”, o “Programa mais educação”, etc. Tais programas serviriam também como analisadores do corpo por estratégias do biopoder.

O diferencial encontrado na escolha do PSE foi a possibilidade de investigar, juntamente com os dispositivos disciplinares e biopolíticos, os saberes biomédicos difundidos no currículo escolar enquanto legitimidade de práticas sobre o corpo do sujeito aluno. Saberes estes que se movimentam e se inter cruzam com outros saberes produzidos pelo capitalismo como, mercado, consumo, empreendedorismo, inclusão, competitividade, engajamentos sociais, entre outros. Práticas de governamentalidade que instauram formas de condutas sociais, políticas e econômicas e que atravessam não só o Estado, materializado nas instituições, como também o sujeito em suas múltiplas relações.

Ponto que embora não tenha sido desenvolvido nenhum capítulo específico sobre medicalização este é um tema que de maneira transversal está presente ao longo do trabalho. Dentro de tal discussão a escola não está apenas sujeita a práticas medicalizantes em seu espaço, ela também produz processos medicalizantes quando relaciona diretamente uma “queixa escolar” a avaliação de condutas e capacidades como forma de diagnóstico e tratamento do “aluno problema”. Sobre essa questão,

outras experiências de intervenção têm sido propostas, concernente a possibilidades de promover o cuidado e assistência a esse aluno problema.

Sobre isso, os debates promovidos pelo Fórum sobre a Medicalização da Educação e da Sociedade têm pensado outras práticas de cuidado com o escolar. Desde 2010 esse debate se manifesta no cenário nacional brasileiro como contraponto à lógica de objetivação da vida. Em sua carta-manifesto o fórum discute as políticas que constituem o sujeito como paciente e consumidor de tratamentos, terapias e medicamentos, que tornam o corpo como alvo de problemas, pelos quais “profissionais, autoridades, governantes e formuladores de políticas eximem-se de sua responsabilidade quanto às questões sociais: as pessoas é que têm problemas, são disfuncionais [...]” (Manifesto do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade, 2010, p.1)<sup>24</sup>.

Entre as práticas “não medicalizantes” propostas neste Fórum há a discussão das interfaces educação escolar e saúde através de um trabalho em rede que opere sem a prevalência de domínios de saber, respeitadas as especificidades. As práticas constituem-se em: orientações aos profissionais da educação, orientações aos profissionais da saúde e orientações para a integração destes em redes de serviços. São sugestões de ampliação do olhar sobre o cuidado, para incluir a criança, o adolescente e o jovem escolar como participantes do debate e não como meros destinatários (GT Educação & Saúde, 2013)<sup>25</sup>.

Salvaguardas estas questões, é possível que alguns limites tenham sido percebidos na trajetória deste trabalho, talvez como efeito da escolha do percurso da investigação. Enfim, outras intensidades poderiam ter surgido das abordagens mais aprofundadas do Programa Saúde da Família, das redes de oferta de serviços e atendimentos como o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF).

E ainda, é possível que outras potências surgissem do debate sobre a ampliação do movimento de reorientação do modelo de Atenção Básica à Saúde no Brasil (ABS), o de outros analisadores da saúde da população assim como, se no percurso deste trabalho surgisse a indagação sobre a questão da “produção social da saúde” na atualidade.

---

<sup>24</sup> Ver Manifesto de lançamento do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade de 13 de novembro de 2010: [www.medicalizacao.org.br](http://www.medicalizacao.org.br)

<sup>25</sup> Para aprofundamentos consultar GT Educação & Saúde. Revista de julho de 2013 do Fórum sobre Medicalização da Educação e da Sociedade: Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde. [www.medicalizacao.org.br](http://www.medicalizacao.org.br)

Entretanto, o foco principal desta pesquisa foi a discussão da interface Escola e Saúde nos discursos oficiais de cuidado com o corpo do aluno na escola pública hoje. Discussão esta que, sem dúvida, é atravessada por políticas como o “Programa saúde da Família”, mas que nos objetivos aqui pretendidos não centra a análise, diretamente, na constituição, funcionamento, levantamento e avaliação de ações deste programa.

Outro limite pode estar na não seleção de abordagem das Resoluções do PSE durante estes seis anos do programa. Dessa abordagem poderiam emergir outras indagações e materialidades sobre a produção da saúde do escolar. Contudo, acredito que para a seriedade no tratamento analítico fosse necessário maior tempo para investigação, o que poderá ser feito no desdobramento futuro deste trabalho.

Nesse sentido, a produção de estratégias reducionistas sobre a vida, ganha espaço no currículo escolar ou nele encontra conformidade com práticas correlatas. Nas práticas pedagógicas há prevalência de um olhar medicalizante quando os corpos são tomados como parte de uma engrenagem do poder no qual o cuidado de si está ligado a aquisição de um status particular (ser criança, ser adolescente, ser pobre, ser rico, ser mulher, ser homem, ser negro, ser branco).

Corpos que precisam estar habilitados, que precisam ser recuperados. Sobre isso, Almeida em suas pesquisas sobre educação escolar e práticas de saúde (ainda tão atuais), afirma:

Se a medicina capitalista propõe a manutenção e recuperação (às vezes chamada reabilitação) dos corpos, marginalizando inválidos e aposentados (máquinas desfuncionantes), a educação também propõe o mesmo trabalho ao nível intelectual e também marginaliza os rebeldes e os não-adaptados ao seu modo de tratar as mentes. (ALMEIDA, 1986, p.5)

Assim, colocar em xeque tecnologias de cuidado na/pela educação não é tão simples, uma vez que o próprio fazer pedagógico, opera pela lógica das competências. Logo, mesmo das sugestões de práticas “não medicalizantes” podem emergir um conjunto de regras sobre a vida dos sujeitos. Porém, a produção desta realidade não se compõe como um círculo fechado. Pela positividade das relações de poder é possível a abertura para práticas de cuidado produzidas através do estranhamento de ações que organizam condutas e por exercícios de escuta não prescritiva do outro.

A problematização feita sobre as justificativas formadoras e orientadoras de produção de saúde na escola não visou, nesta pesquisa, sistematizar e ordenar outras práticas. O que se pretendeu, foi incitar discussões sobre construções de estratégias de

cuidado e proteção para o aluno em situação de pobreza orientadas por “necessidades” de uma economia política global.

No cenário atual de práticas de governamentalidade de um Estado cada vez mais regulador, as redes discursivas funcionam por regularidades de determinados saberes que incitam modos de cuidado com o corpo. Assim, formas de assistência na saúde da população são colocadas em discurso por saberes correlatos<sup>26</sup> que enredam a vida em mecanismos de objetivação de condutas.

A estrutura organizacional do PSE recomenda a promoção de práticas locais de cuidado com a saúde. Entretanto, os indicadores de docilidade política e de homogeneidades são o pano de fundo que move o investimento econômico na população. E ainda, a busca pela qualidade de vida e pela produção da saúde, está, na maioria das vezes, dissociada das relações constituídas na realidade escolar. Nas práticas discursivas do PSE, a escola é um dos territórios a ser controlado, vigiado e ensinado.

Enfim, a saúde pretendida e divulgada pelas políticas governamentais priorizam processos de maturidade biológica das crianças e jovens, demonstradas em estatísticas de adoecimentos e de epidemias num território mapeado pelas equipes de saúde da família.

As orientações de equipes técnicas de saúde são positivas e eficazes sempre que houver encontro de saberes, interlocuções e construção coletiva de diferentes experiências. Da mesma forma, a intersetorialidade faz emergir condições de possibilidades singulares de cuidado na escola quando produz a integralidade de práticas e não se reduz a solução imediatista de demandas governamentais.

Como última consideração, reporto-me a Michel Foucault (1988, p.156) na afirmação que uma tecnologia de poder centrada na vida faz proliferar “tecnologias políticas que, a partir de então, vão investir sobre o corpo, a saúde, as maneiras de se alimentar e de morar, as condições de vida, todo o espaço da existência”. É o homem, cuja vida está sujeita a intervenções políticas e não o homem capaz de existência política; o homem cuja conduta desobediente e variante produz uma economia da vida em geral pela qual é protegido e excluído, simultaneamente.

---

<sup>26</sup> Saberes que produzem dispositivos de controle, utilidade e funcionalidade ao corpo do aluno. Podem funcionar como dispositivo disciplinar a medicina, a psicologia, a pedagogia, a sociologia, a estatística, a economia, entre outros saberes.

Educação e Saúde é um acontecimento com muitas interfaces. Nesta pesquisa não se quis negar as estratégias de intervenção do Programa Saúde na Escola e a atualização de propostas de ampliação da saúde do escolar. Contudo, é preciso desmontar tramas e fazer rachar unidades analíticas discursivas que privilegiam a interface entre Saúde e Escola pela objetivação do sujeito são, doente, compatível, incompatível, desajustado, reabilitado. O fracasso escolar e o mapeamento de territórios vulneráveis agenciam tanto os saberes biomédicos como os saberes pedagógicos, numa produção incessante de morbidades para justificar e comparar diferentes realidades.

## REFERÊNCIAS

ALMEIDA, Milton José. **Fracasso escolar: uma questão médica?** Caderno Cebes nº 15. Campinas: Cortez Editora, 1986.

ANAIS da Assembléia Nacional Constituinte de 1934. Brasília: Câmara dos Deputados, vol. I - XX, 1935. Disponível em: [www.camara.gov.br](http://www.camara.gov.br). . Acessado em 05/05/2010.

APPOLINÁRIO, F. **Dicionário de metodologia científica**: um guia para a produção do conhecimento científico. S. Paulo: Atlas, 2009

ARISTÓTELES. **Coleção os pensadores**. São Paulo: Editora Abril, 1973

ARIÈS, Phelippe. **História social da infância e da família**. Trad. Dora Flaksmam, 2ª Ed. Rio de Janeiro: Guanabara, 1986. ([WWW.edifisescolar.files.wordpress.com](http://WWW.edifisescolar.files.wordpress.com)). Acessado em: 05/07/2012.

BAUMAN, Z. **Capitalismo parasitário**. Trad.: Eliana Aguiar. Rio de Janeiro: Zahar, 2010.

BARROS, Maria Elizabeth. GOMES, Rafael. **Humanização do cuidado em saúde**: de tecnicismos a uma ética do cuidado. In: Fractal: Revista de Psicologia. V. 3, Set/Dez, 2011, p. 641-658.

BERNARDES, Anita Guazelli. **Potências no campo da saúde**: o cuidado como experiência ética, política e estética. Revista Barbarói, Santa Cruz do Sul, n. 36, p. 175-190, jan/jun, 2012. Disponível: [www.bases.bireme.br](http://www.bases.bireme.br) acessado em 22/10/2013

BIRMAN, Joel. **A interdisciplinaridade na saúde coletiva**. Revista de Saúde Coletiva, v. 6, nº 1, Rio de Janeiro: 1996.

BORGES, Roselania. A intersetorialidade através do tempo. In: BOARINI, Maria Lúcia (Org.). **Higiene mental: ideias que atravessaram o século XX**. Maringá: Eduem, 2012

BRASIL. Ministério da Saúde. **SUS: princípios e conquistas**. Brasília-DF: Ministério da Saúde-dezembro, 2000. Disponível em: [www.bvsmms.saude.gov.br](http://www.bvsmms.saude.gov.br). Acessado em 22/10/2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. **12ª Conferência Nacional da Saúde**: Conferência Sérgio Arouca. Brasília 7 a 11 de 2003: relatório final. Brasília: Ministério da Saúde, 2004. Disponível: [www.bvs.gov.br/bvs/publicacoes/relfinal\\_12cns](http://www.bvs.gov.br/bvs/publicacoes/relfinal_12cns). Acessado em: 13/02/2013.



BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Caminhos para uma política de saúde mental infanto-juvenil**. Séries B. Textos básicos em saúde. Brasília: Editora MS, 2005. Disponível: [WWW.portal.saude.gov.br/potal/arquivos/pdf/caminhos\\_infantojuv.pdf](http://WWW.portal.saude.gov.br/potal/arquivos/pdf/caminhos_infantojuv.pdf) acessado em 14/10/2013

BRASIL. **Resolução do CNE nº 04/2010**. Diário Oficial de 14/07/2010, seção 1, p. 824. Disponível: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br).

BRASIL. Ministério da Educação e Cultura. Disponível em: [www.portal.mec.gov.br](http://www.portal.mec.gov.br)

BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde. Disponível em: [www.portal.saude.gov.br](http://www.portal.saude.gov.br). Acessado em 04/06/2012

BRASIL. Decreto Presidencial nº 6.286 de 5 de dezembro de 2007. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br). Acessado em 21/10/2012.

BRASIL. LDB Lei nº 9.394/1996. Disponível em: [www.planalto.gov.br](http://www.planalto.gov.br). Acessado em: 28/11/2012.

BRASIL. ECA Lei nº: 8.069/1990. Câmara dos Deputados, 8ª ed. Brasília: Edições Câmaras, 2011.

CASTEL, Robert. **As metamorfoses da questão social**: uma crônica do salário. Petrópolis, RJ: Vozes, 2012

CASTRO, Edgardo. **Vocabulário de Foucault- um percurso pelos temas, conceitos e autores**. Trad.: Ingrid Xavier. Belo Horizonte: Autêntica Editora, 2009.

CARVALHO, Marta Maria chagas de. Quando a história da educação é a história da disciplina e da higiene das pessoas. In: FREITAS, Marcos Cezar (org) **História social da infância no Brasil**. São Paulo: Cortez, 1997.

CEBES. Editorial: **Saúde debate**, v. 27, n. 65, pp. 182, 2003. Disponível: [www.cebes.com.br](http://www.cebes.com.br). Acessado em: 13/09/2012.

CECCIM, Ricardo & FERLA Alcindo. **Ensino e cidadania como travessia de fronteiras**. Revista: Trabalho, educação e saúde, v.6, n. 3, pp. 443-456, Nov-2008. Disponível: [www.revista.epsjv.fiocruz.br](http://www.revista.epsjv.fiocruz.br). Acessado em: 5/09/2012.

CECCIM, Ricardo & FERLA Alcindo. Linha de cuidado: uma imagem da mandala na gestão em rede de práticas cuidadoras para uma outra educação dos profissionais de

saúde. In: PINHEIRO e MATTOS (Org.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro:CEPESC, 2006.

CECCIM, Ricardo. PALOMBINI, Analice. Imagens da infância, devir-criança e uma formulação à educação do cuidado. In: MAIA, Marisa (org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

CELLARD, A. A análise documental. In.: POUPART, J. et AL. **A pesquisa qualitativa: enfoques epistemológicos e metodológicos**. Petrópolis: Vozes, 2008

CESAR, Maria Rita de Assis. **Por uma genealogia da adolescência**. In: BIROLI, Flávia e ALVAREZ, Marcos. Michel Foucault: histórias e destinos de um pensamento. Cadernos da F. F. C, Marília: UNESP, v.9, nº 1, 2000, pp.131-146.

CÉSAR, Maria Rita. DUARTE, André. **Governo dos corpos e escola contemporânea: pedagogia do *fitness***. . Revista Educação & Realidade, v 34 (2): 119-134, mai/ago, 2009

COIMBRA, Cecília. NASCIMENTO, Maria Lívia. **Programas compensatórios: seduções capitalistas?** Revista Fractal da UFF, ano: 2007. Disponível: [www.server.slab.uff.br/texto/texto27.pdf](http://www.server.slab.uff.br/texto/texto27.pdf) Acessado em: 02/02/2013

CÔRTEZ, Soraya. Conselhos e conferências de saúde: papel institucional e mudança nas relações entre Estado e sociedade. In: FLEURY, Sônia e LOBATO, Lenaura (Orgs.). **Participação, Democracia e Saúde**. Rio de Janeiro: CEBES, 2009. Disponível: [www.cebes.org.br/media/file/livro\\_particioacao.pdf](http://www.cebes.org.br/media/file/livro_particioacao.pdf). Acessado em: 13/02/2013.

DELEUZE, Gilles. **Foucault**. São Paulo: Brasiliense, 2005

DELEUZE, Gilles. GUATARRI, Félix. **Mil Platôs: capitalismo e esquizofrenia**. Rio de Janeiro: Editora 34, 2012.

DREYFUS, H.L. & RABINOW, P. **Michel Foucault: uma trajetória filosófica - para além do estruturalismo e da hermenêutica**. Trad.: Carrero, Coleção campo teórico. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 1995.

ENGUIITA, Mariano. **A face oculta da escola**. Porto Alegre: Artes Médicas, 1989

FAÉ, Rogério. **A genealogia em Foucault**. Revista: Psicologia em estudo. Maringá, v.9, nº 3, pp. 409-416, set/dez, 2004. Disponível em: [www.scielo.org](http://www.scielo.org). Acessado em: 12/07/2012

FERRERI, Marcelo. **Psicologia e direitos da infância: esboço para uma história recente da profissão no Brasil**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2011

FOUCAULT, Michel. **História da Sexualidade I: a vontade de saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1988

\_\_\_\_\_. **Em defesa da sociedade**. São Paulo: Martins Fontes, 1999.

\_\_\_\_\_. **A verdade e as formas jurídicas**. 2ªed. Rio de Janeiro: PUC, 2001.

\_\_\_\_\_. **Segurança, território, população**. São Paulo: Martins Fontes, 2008.

\_\_\_\_\_. **A hermenêutica do sujeito**. 3º Ed. São Paulo: Editora Martins Fontes, 2010a.

\_\_\_\_\_. **A Arqueologia do saber**. Trad.: Luiz Felipe Baeta Neves. 7ª Ed. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010b.

\_\_\_\_\_. **Estratégia saber- poder**. Coleção Ditos & Escritos. 2ª ed. Trad.: Vera Avellar Ribeiro. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2010c.

\_\_\_\_\_. **Microfísica do poder**. Rio de Janeiro: Graal, 2012a

\_\_\_\_\_. **Vigiar e punir: nascimento da prisão**. Trad: Raquel Ramalhete. 34ª Ed. Petrópolis, Rio de Janeiro: Vozes, 2012b.

\_\_\_\_\_. **A ordem do discurso**. São Paulo: Edições Loyola, 2012c.

FERLA, Alcindo Antônio. **Clínica nômade e pedagogia médica mestiça**: cartografia de ideias oficiais e populares em busca de inovações à formação e a clínica médicas. Tese de doutorado. Universidade Federal do Rio Grande do Sul. Faculdade de Educação. Programa de Pós-Graduação em Educação, Porto Alegre, 2002.

\_\_\_\_\_. **Clínica em movimento**: cartografias do cuidado. Caxias do Sul: EDUCS, 2007.

FERLA, OLIVEIRA, LEMOS. **Medicina e hospital**. Fractal: Revista de Psicologia, v.23- n.3, PP. 487-500, set/dez, 2011.

FERREIRA NETO, João Leite. **Psicologia, políticas públicas e o SUS**. São Paulo: Escuta; Belo Horizonte: Fapemig, 2011.

FERREIRA, Sérgio. VELOSO, Fernando. A escassez da educação. In: GIAMBIAGI, Fábio. VILLELA, André et al (Org.). **Economia Brasileira contemporânea (1945-2004)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

GT EDUCAÇÃO & SAÚDE. **Recomendações de práticas não medicalizantes para profissionais e serviços de educação e saúde**. Revista: Fórum sobre medicalização da educação e da sociedade, 1ª Ed, jul, São Paulo, 2013

GUARIDO, Renata. A biologização da vida e algumas implicações do discurso médico sobre a educação. Conselho Regional de Psicologia de S. Paulo (Org.). **Medicalização de crianças e adolescentes: conflitos silenciados pela redução de questões sociais a doenças de indivíduos**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2010.

GUATARRI, Félix. **Caosmose: um novo paradigma estético**. São Paulo: Editora 34, 2012.

HEIDEGGER, Martin. **Ser e tempo**. Petrópolis: Vozes, 2005

HERZ, Mônica. HOFFMANN, Andrea. **Organizações internacionais: história e prática**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2004.

HORA, Dayse Martins. **Medicalização, escola nova e modernização da nação: 1930-1945**. Revista HISTDBR/UNICAMP. LOMBERDI, José e SAVIANI, Dermeval et al (Orgs.). Campinas, São Paulo: Graf. FE, 2006. Disponível em: [www.histedbr.fac.unicamp.br](http://www.histedbr.fac.unicamp.br) . Acessado em 29/10/2012.

LABRA, Maria Eliana. Conselhos de saúde: dilemas, avanços e desafios. In: LIMA, Nísia (org.). **Saúde e democracia, história e perspectivas do SUS**. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2005.

LAZZARI, João Batista. **As fontes de financiamento do Sistema Único de Saúde**. São Paulo: LTr, 2003.

LEMOS, Flávia. **Práticas de Conselheiros Tutelares Frente à Violência Doméstica: proteção e controle**. Dissertação de mestrado. Universidade Estadual Paulista. Faculdade de Ciências e Letras de Assis. Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Assis: São Paulo, 2003. Disponível: [www.athena.biblioteca.unesp.br](http://www.athena.biblioteca.unesp.br).

\_\_\_\_\_. A cultura como dispositivo de governo da população pela UNICEF e UNESCO: apontamentos genealógicos. In: **Psicologia Política**, v. 10, nº 20, 2010 pp. 245-257. Jul-Dez. Disponível: [www.fafich.ufmg.br](http://www.fafich.ufmg.br). Visitada em: 19/10/2011

LEMOS, Flávia. ALMEIDA, Leila. SILVA, Ellen. **O UNICEF e a governamentalidade neoliberal**. Revista Mnemosine, v. 8, nº 2, 2012, pp.184-202. Disponível: [www.mnemosine.com.br](http://www.mnemosine.com.br) . Visitada em: 13/09/2012

LUZ, Madel. **Especificidade da contribuição dos saberes e práticas das ciências sociais e humanas para a saúde**. Revista Saúde e Sociedade, v. 20, nº 1, São Paulo Jan/Mar: 2011. Disponível: [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

MAIA, Antônio C. **Sobre a analítica do poder em Foucault**. Tempo Social; Rev. Sociologia, USP. São Paulo, 7 (1-2): 83-103, outubro, 1995

MARQUES, Vera. FARIAS, Fabiana. A eugenia e a doença dos escolares nos anos 1920. In: MONTEIRO, Yara (Org.). **História da saúde: olhares e veredas**. São Paulo: Instituto de Saúde, 2010.

MICHALISZYN, Mário Sérgio. TOMASINI, Ricardo. **Pesquisa, orientações e normas para elaboração de projetos, monografias e artigos científicos**. 5ª Ed. Petrópolis, RJ: Vozes, 2009.

MOURA, Renata. O encontro histórico entre família e programas de saúde pública. In: BOARINI, Maria Lúcia (Org.). **Higiene mental: ideias que atravessaram o século XX**. Maringá: Eduem, 2012

NIETZSCHE, Fredrich. **Segunda consideração intempestiva: da utilidade e desvantagem da história para a vida**. Tradução: Marco Antônio Casanova. Rio de Janeiro: Relume Dumará, 2003.

OLIVEIRA, Marcus Aurélio T de. Educação do corpo na escola brasileira: teoria e história. In: OLIVEIRA (Org.). **A educação do corpo na escola brasileira**. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 2006.

OPAS. **Escolas promotoras de saúde**-fortalecimento da iniciativa regional, estratégias e linhas de ação. OPAS, 2006. Disponível: [www.bvsde.paho.org](http://www.bvsde.paho.org). Acessado em: 30/01/2013

PAIM, Jairnilson. **Reforma sanitária brasileira: contribuição para a compreensão crítica**. Salvador: Editora EDUFBA, 2008.

PEREIRA, Tânia. O cuidado como valor jurídico. In: MAIA, Marisa (Org.). **Por uma ética do cuidado**. Rio de Janeiro: Garamond, 2009.

PALMA FILHO, João. **A educação brasileira no período de 1930 a 1960: a Era Vargas**. Cadernos de Formação. História da Educação, 3 ed. São Paulo: PROGRAD/UNESP. Santa Clara Editora, 2005, p. 61-74

PINHEIRO, Roseni. & MATTOS, Ruben. Implicações da integralidade na gestão da saúde. In: PINHEIRO & MATTOS (Orgs.). **Gestão em redes: práticas de avaliação, formação e participação na saúde**. Rio de Janeiro: CEPESC, 2006.

PLATÃO. **Os pensadores**. Apologia de Sócrates. Trad.: Leonel Vallandro, 4ª Ed. São Paulo: Nova Cultural, 1991.

PSE. **Conversando sobre saúde com as crianças**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a

PSE. **Escola que protege** (Coleção Educação para todos): enfrentando a violência contra crianças e adolescentes. Secretaria de Educação Continuada. Alfabetização e Diversidade. Brasília: Ministério da Educação, 2008b

PSE. **Caderno de educação básica: saúde na escola - nº24**. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2009

PSE. **Almanaque Cultural da Saúde**. Instituto Ciência Hoje, v.14. Rio de Janeiro: Ministério da Educação, 2010

PSE. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica, Ministério da Educação. **Passo a passo PSE: tecendo caminhos da intersetorialidade** /. Série C. Projetos, programas e relatórios. Brasília: Ministério da Saúde, 2011.

PSE. **Saúde na Escola**. Brasília: Ministério da Saúde e Ministério da Educação, 2012

RAMOS, Lauro. MENDONÇA, Rosane. Pobreza e desigualdade de renda no Brasil. In: GIAMBIAGI, Fábio. VILLELA, André [et AL] (Org.). **Economia Brasileira contemporânea (1945-2004)**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2005.

ROSEMBERG, Fúlvia. MARIANO, Carmem. **A Convenção Internacional sobre os direitos da criança: debates e tensões**. Cadernos de pesquisa, ano: 2010, v.40, n.141, p. 693-728, set/dez. Disponível: [www.scielo.br](http://www.scielo.br).

RUIZ, Alfredo. "**Humberto Maturana e a psicoterapia**". São Paulo: Thot 70: 61-69, 1999. Disponível em [www.inteco.cl/articulos/oo3/index.htm](http://www.inteco.cl/articulos/oo3/index.htm). Acessado em 17/08/2012.

SCHNEIDER, Omar. FERREIRA NETO, Amarílio. Saúde e escolarização: representações, intelectuais, educação e educação física. In: OLIVEIRA (Org.). **A educação do corpo na escola brasileira**. Campinas, São Paulo: Autores Associados, 2006.

SPE. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Diretrizes para implementação do projeto Saúde e prevenção na escola**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

TRAVERSINI, Clarice. BELLO, Samuel. **O numerável, o mensurável e o audível**: estatística como tecnologia para governar. Revista Educação & Realidade, v 34 (2): 135-156, mai/ago, 2009

UNESCO. **Marco Estratégico para a UNESCO no Brasil**. Brasília: UNESCO, 2006.

UNICEF. CEDECA. **Direitos de Crianças e Adolescentes**: guia de atendimento. Fortaleza: 2007. Disponível: [www.unicef.org/brazil/pt/guia\\_atendim\\_cedeca.pdf](http://www.unicef.org/brazil/pt/guia_atendim_cedeca.pdf)  
Acessado em: 19/02/2013.

UNESCO. **Relatório de Monitoramento EFA Brasil**, 2008. Disponível em: [www.redeandibrasil.org.br/em-parta/unesco-aponta-desigualdades-educacionais](http://www.redeandibrasil.org.br/em-parta/unesco-aponta-desigualdades-educacionais).  
Acessado em 28/9/2011.

UNESCO. **Relatório Jacques Delors**: educação um tesouro a descobrir. Brasília: 2010. Disponível: [www.unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf](http://www.unesdoc.unesco.org/images/0010/001095/109590por.pdf).

UNICEF. **Legislação, narrativas, documentos e declarações**. Disponível em: [www.unicef.gov.br](http://www.unicef.gov.br). Acessado em 06/06/2012.

UNICEF. **Ações no Brasil**. Disponível em: [www.unicef.org/brazil/pt/overview\\_9377.htm](http://www.unicef.org/brazil/pt/overview_9377.htm). Acessado em: 20/01/2013.

VEIGA NETO, Alfredo. Educação e governamentalidade neoliberal: novos dispositivos, novas subjetividades. In: PORTOCARRERO, Vera (Org.). **Retratos de Foucault**. Rio de Janeiro: Nau, 2000.

WANDERBROOCK JUNIOR, Durval. **A educação sob medida**: os testes psicológicos e o higienismo no Brasil (1914-45). Maringá: Eduem, 2009

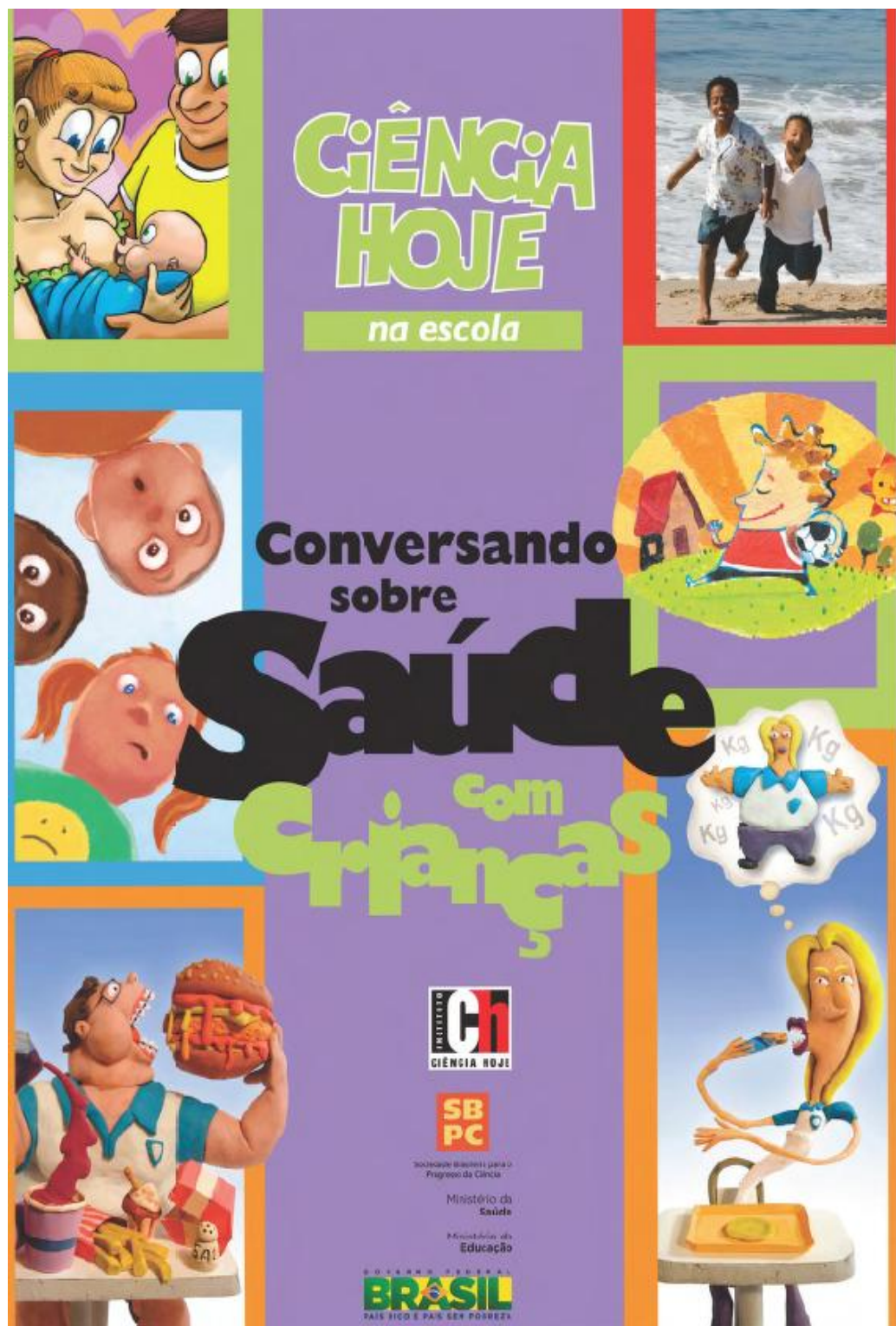
WEBER, Max. **Metodologia das ciências sociais, parte 2**. São Paulo: Cortez; Campinas, S. Paulo: Editora da Universidade Estadual de Campinas, 1992.

## **ANEXOS**



## Anexo A

## Capa do Documento “Ciência hoje na escola”

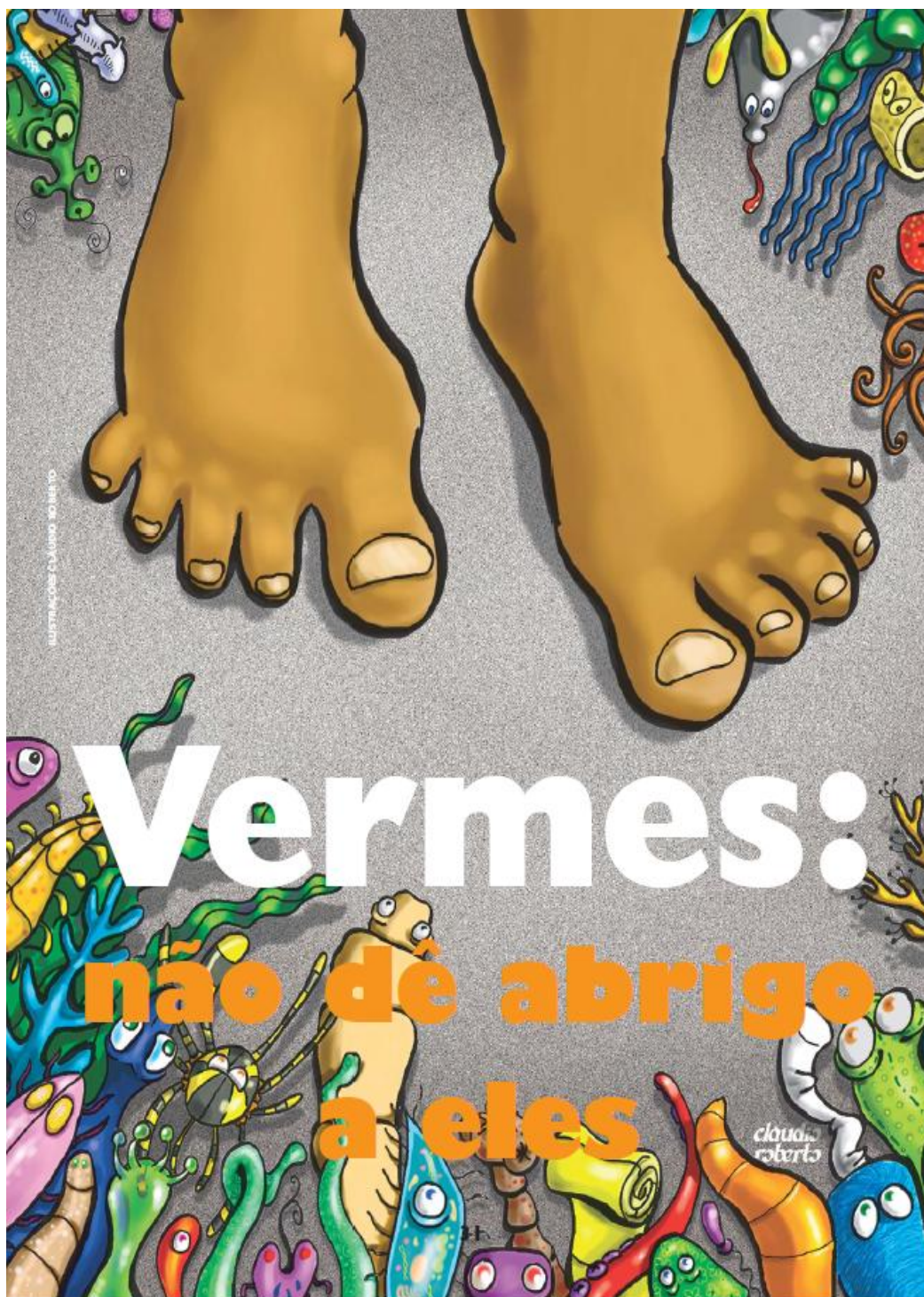


(Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde.

<http://www.portal.saude.gov.br>.)

## Anexo B

Uma das imagens do documento: “Ciência hoje na Escola”

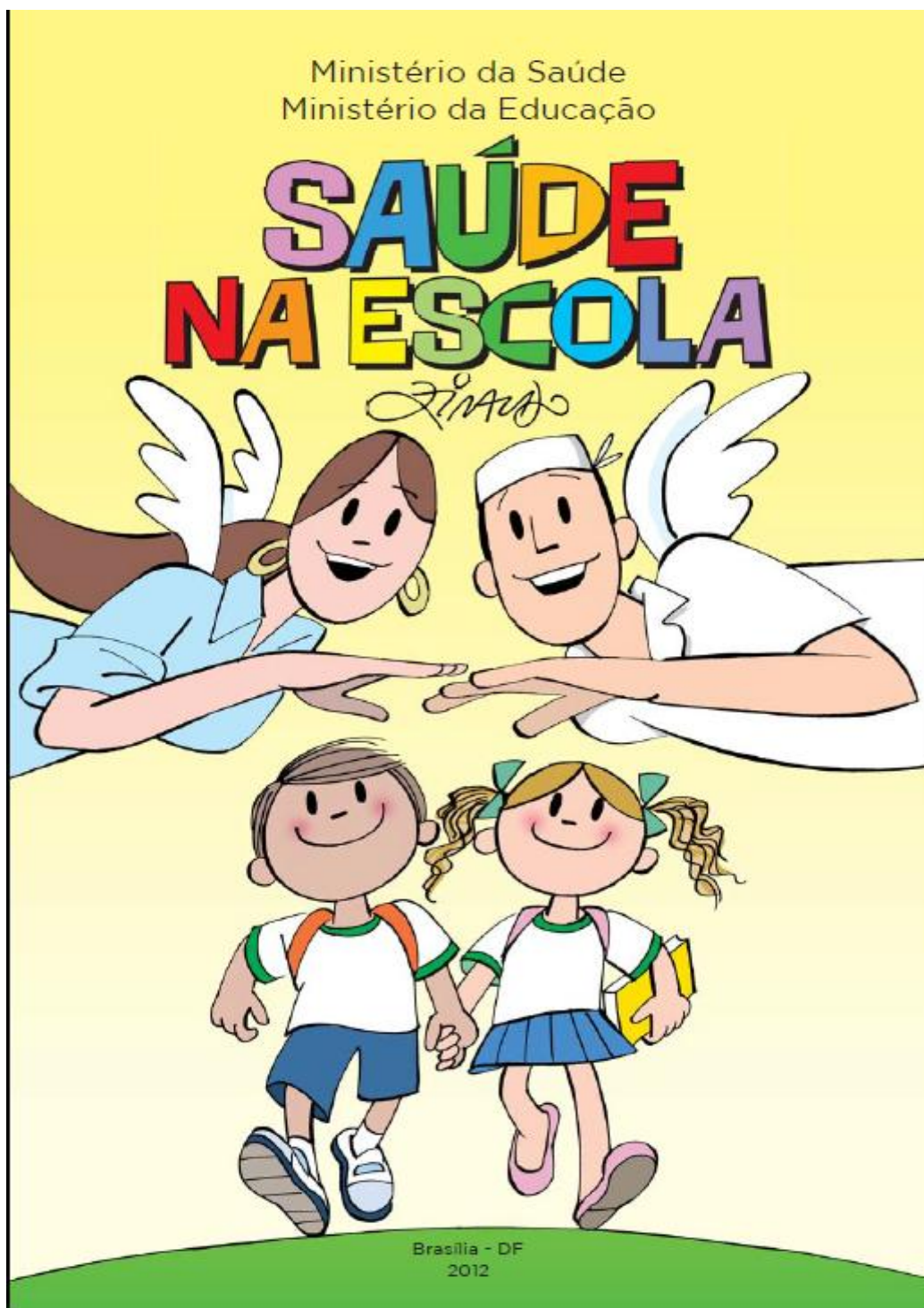


(Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde.

<http://www.portal.saude.gov.br>.)

## Anexo C

## Capa do documento: “Saúde na Escola”



(Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde.

<http://www.portal.saude.gov.br>.)

## Anexo D

### Uma das imagens do documento: “Almanaque Cultural da saúde”

**O uso dos prazeres**  
textos inspirados na obra de Foucault

A alimentação é uma forma de arte, uma estética, pois ela nos fala de como cuidamos de nosso corpo e de nossa mente.

Michel Foucault, um filósofo social francês, ao estudar os antigos textos gregos observou que eles entendiam o corpo como uma obra humana, e que sua realização como belo dependia do seu modo de viver e alimentar-se.

Hipócrates, pai da medicina, acreditava que a mesma nasceu da preocupação com o regime, com a dieta, com o uso do corpo e seus prazeres.

**SIM!!!! Comer é um prazer e uma necessidade.**  
Mas, voltando aos gregos, hipócrates dizia que originalmente os homens se alimentavam como os animais, e tal forma de se alimentar enrijecia os mais fortes, mas era severa para os mais fracos, em suma, morria-se jovem ou velho.

Os gregos pensavam que um corpo saudável produzia uma mente saudável. E que o segredo de bem viver era ser “temperante”, sem excessos e sem faltas a vida podia ser uma obra de arte.

Comer, beber, fazer ginástica, fazer sexo, fazer arte criava espíritos fortes e livres. Assim eles observavam o corpo e sua relação com a personalidade de cada pessoa, com as estações do ano, com o que a natureza oferece,...

Olha só as dicas para a primavera e o verão:  
“Durante a primavera em que o ar está mais quente e seco, e quando é necessário preparar o crescimento do corpo, deve ser comido tanto cozidos como grelhados. Após a partida das Plêiades, quando chega o verão, é contra a seca, acima de tudo que se tem de lutar: beber vinhos leves, brancos e diluídos, bolos de cevada, legumes cozidos ou crus, se não for exposto ao calor acima”

Enfim, a dieta não é uma obediência nua ao saber (e ao sabor) dos outros, ela deve ser uma prática refletida de si mesmo e do seu corpo. É certo que é necessário seguir àqueles que sabem, mas a dieta do corpo deve ser também questão de pensamento, de reflexão e de prudência.

**Diquinhas**

**Prazer**  
Muitas pessoas dizem que uma alimentação saudável é sem graça. Mas ela pode, sim, ser gostosa: basta a gente se permitir conhecer os sabores dos alimentos!

**Cultura alimentar**  
A comida do nosso povo também faz parte da nossa cultura. A cultura alimentar do Brasil é muito rica: portugueses, africanos, índios e muitos mais ajudaram a construir.

16

(Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde.

<http://www.portal.saude.gov.br>.)

## Anexo E

Uma das imagens do documento: “Ciência Hoje na Escola”



ANÊMICA,  
EU?

(Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde.

<http://www.portal.saude.gov.br>.)

## Anexo F

## Capa do documento; “Saúde e prevenção nas escolas”



(Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde.

<http://www.portal.saude.gov.br>.)

## Anexo G

Uma das imagens do documento: “Saúde na Escola”



(Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde.

<http://www.portal.saude.gov.br>.)

## Anexo H

Uma das imagens do documento: “Saúde na Escola”



(Fonte: BRASIL. Ministério da Saúde. Portal da Saúde.

<http://www.portal.saude.gov.br>.)