



**UNIVERSIDADE DE SANTA CRUZ DO SUL**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO**  
**ÁREA DE CONCENTRAÇÃO EM EDUCAÇÃO**

Afonso Cima

**MEDICALIZAÇÃO DA ESCOL(H)A: A PRODUÇÃO DE ESTILOS DE  
VIDA SAUDÁVEIS A PARTIR DOS DISCURSOS DA SAÚDE NA  
EDUCAÇÃO BÁSICA**

Santa Cruz do Sul  
2023

Afonso Cima

**A MEDICALIZAÇÃO DA ESCOL(H)A: A PRODUÇÃO DE ESTILOS  
DE VIDA SAUDÁVEIS A PARTIR DOS DISCURSOS DA SAÚDE NA  
EDUCAÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado; Área de Concentração em Educação; Linha de Pesquisa em Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientador: Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza

Santa Cruz do Sul  
2023

#### CIP - Catalogação na Publicação

Cima, Afonso

MEDICALIZAÇÃO DA ESCOL(H)A: : A PRODUÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS A PARTIR DOS DISCURSOS DA SAÚDE NA EDUCAÇÃO BÁSICA / Afonso Cima. - 2023.

136 f. : il. ; 29 cm.

Dissertação (Mestrado em Educação) - Universidade de Santa Cruz do Sul, 2023.

Orientação: Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza.

1. Educação. 2. Saúde. 3. Educação em Saúde. 4. Saúde Coletiva. I. de Souza, Camilo Darsie. II. Título.

Afonso Cima

**A MEDICALIZAÇÃO DA ESCOL(H)A: A PRODUÇÃO DE ESTILOS  
DE VIDA SAUDÁVEIS A PARTIR DOS DISCURSOS DA SAÚDE NA  
EDUCAÇÃO BÁSICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Educação – Mestrado; Área de Concentração em Educação; Linha de Pesquisa em Educação, Cultura e Produção de Sujeitos, Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC, como requisito para obtenção do título de Mestre em Educação.

Orientadora: Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza.

---

Prof. Dr. Camilo Darsie de Souza  
Prof. Orientador – UNISC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Betina Hillesheim  
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Vera Elenei da Costa Somavilla  
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Cristianne Maria Famer Rocha  
Universidade Federal do Rio Grande do Sul – UFRGS

---

Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Nilza Rogéria de Andrade Nunes  
Pontifícia Universidade Católica do Rio de Janeiro – PUC-Rio

---

Prof. Dr. Mozart Linhares da Silva  
Universidade de Santa Cruz do Sul – UNISC

Santa Cruz do Sul  
2023

## RESUMO

O presente trabalho busca investigar a história das técnicas empregadas na construção da articulação do binômio educação-saúde, especificamente da maneira com que esta articulação fundamenta a formulação e implementação de políticas públicas direcionadas à educação em saúde na escola. Através da perspectiva metodológica pós-estruturalista, orientada pelos estudos foucaultianos, se realizou a pesquisa de cunho bibliográfico, empregando o conceito de tecnologias de segurança na análise do conjunto documental selecionado, dentre os quais destacam-se o Decreto 6.286/07, que institui o Programa Saúde na Escola, bem como o Caderno do Gestor do PSE e Cadernos Temáticos; o documento *La Educación Sanitaria en la Escuela*, produto da XII Conferência Sanitária Pan-Americana (1947) e, por fim, o documento *A New Perspective on the Health of Canadians*, comumente referido como Relatório Lalonde (1974). Analisando o binômio educação-saúde, expresso em publicações institucionais e documentos normativos, meu objetivo foi apreender como e em quais termos a interpelação entre os campos da educação e da saúde foram ordenados e hierarquizados. Assim, busco identificar o princípio de configuração discursiva que orientou, em distintas épocas, os enunciados produzidos acerca das estratégias, ações e práticas desenvolvidas no ambiente escolar, investidas por determinada racionalidade, cientificidade e metodologia. Num primeiro momento, em função do princípio de configuração da medicina preventiva, pautado principalmente pela prevenção do adoecimento e morte precoce, se constitui a “época preventiva”. Num segundo momento, com a proposta de ampliação do conceito de saúde e de maior articulação entre as ciências médicas e as ciências sociais e humanas, emerge a “época da promoção da saúde”. A análise empreendida neste trabalho buscou identificar as maneiras pelas quais modulam-se diferencialmente, em ambas épocas, práticas disciplinares e biopolíticas, inseridas numa tecnologia de segurança educação-saúde, e como ao invés da substituição de um modelo pelo seu sucessor, ocorre a transformação da correlação entre as ênfases de cada época. Propõe-se, também, problematizar de que forma esta articulação é atravessada pela crítica da medicalização e pelo papel que a racionalidade médica opera na definição de problemas sociais como problemas médicos. Por fim, como explora-se a contextualização de tais arcabouços teóricos e práticos produzidos no âmbito internacional para a realidade brasileira, e sua influência na formulação e implementação de políticas públicas de educação em saúde nacional.

**Palavras-chave:** Educação; Saúde; Educação em Saúde; Saúde Coletiva.

*Na ausência de um  
porto único,  
de um fundo firme, de um gancho no céu,  
todos os portos  
são portos de passagem.  
(VEIGA-NETO, 2003, p. 25)*

## SUMÁRIO

<b>APRESENTAÇÃO.....</b>	<b>7</b>
<b>1. MOBILIZANDO FERRAMENTAS, PROPONDO CAMINHOS.....</b>	<b>11</b>
1.1 Documentos utilizados para a problematização.....	12
<b>2. PENSANDO COM FOUCAULT: (RE)COMBINAÇÕES CONCEITUAIS ENTRE DISCIPLINA, BIOPODER E SEGURANÇA.....</b>	<b>18</b>
2.1 O poder como relação nos documentos e nas políticas públicas.....	18
2.2 Disciplina, escola e saúde.....	25
2.3 A saúde na escola como objeto de intervenção e normalização.....	30
2.4 A vida como objeto político: articulações entre educação, saúde e os dispositivos de segurança.....	38
2.4.1 O conceito de “Campo de Saúde” sob a perspectiva analítica das tecnologias de segurança.....	43
<b>3. ENSINAR PARA PREVENIR: MEDICINA PREVENTIVA E PROMOÇÃO DA SAÚDE PELAS LENTES DA SEGURANÇA-EDUCAÇÃO-SAÚDE.....</b>	<b>53</b>
3.1 A “época preventiva” e sua aplicabilidade prática no Rio Grande do Sul da década de 1960.....	53
3.2 Formulação de um Programa de Educação Sanitária preventiva: (des)continuidades com o presente.....	60
3.3 Articulação entre as Ciências da Saúde e as Ciências Sociais: a construção da “época da promoção da saúde”.....	70
3.4 Um toque de brasilidade: a Saúde Coletiva como movimento nacional de Promoção da Saúde.....	79
<b>4. A MEDICALIZAÇÃO DA ESCOL(H)A: PRODUZINDO ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS.....</b>	<b>94</b>
4.1 A espacialização da doença no corpo humano e o processo de medicalização.....	94
4.2 Força das ideias, irradiação dos fatos: a escola como “lugar privilegiado” de saúde e a crítica foucaultiana da medicalização.....	103
4.3 Informar para formar entre concepções e estilos de vida: tecnologia de segurança educação-saúde.....	116
<b>5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....</b>	<b>125</b>
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>128</b>

## APRESENTAÇÃO

*Trata-se de pesquisar em educação, não para avaliar o passado em nome de uma nova verdade – pois não existe nenhuma identidade preservada –, mas para analisar o que somos, enquanto enredados pela vontade de verdade. (TEDESCHI; PAVAN, 2017, p. 3)*

O presente trabalho é um produto da vontade de explorar estranhamentos e incertezas, de primeiros contatos e, principalmente, da curiosidade pelo desconhecido. Diante disso, destaco que em certo momento, durante o percurso do mestrado, lembro-me de confessar, durante uma aula, à estimada professora Betina Hillesheim, membra avaliadora desta banca, minha insegurança e receio na proposição de um projeto de pesquisa relacionado a temáticas do campo da saúde.

“Afim de contas”, ponderei, “como um internacionalista, mestrando em Educação, poderia contribuir com as discussões a respeito da saúde?”. De certa forma, penso que, naquele momento, minha compreensão a respeito de como se desenvolve a pesquisa no campo da saúde estava circunscrita à perspectiva metodológica e epistemológica tradicional, estruturalista, moderna. A pesquisa em saúde, até em então, aparentava, para mim, uma aura de “inacessibilidade” àqueles formados fora dos seus territórios.

Dita “inacessibilidade”, em certa medida, poderia ser expressa na percepção de uma suposta superioridade metodológica, científica, comumente associada às pesquisas do campo da saúde, mais precisamente, balizadas por conhecimentos clínicos. Diferente, portanto, viria a ser a abordagem que eu teria que operacionalizar na construção da investigação que propus; diferente, no sentido de “descentrar a força das metanarrativas modernas, abrindo espaços para enfatizar as multiplicidades por meio da indeterminação e do jogo da diferença” (TEDESCHI; PAVAN, 2017, p. 4).

O catalisador desta vontade, presumo, situa-se no profundo interesse e curiosidade que nutro ao longo dos anos pela história. História, entretanto, investida por uma perspectiva que possibilita analisar, investigar e suspeitar daquilo que, até então, aparentava ser inacessível, dotada de uma certa naturalidade supostamente inalcançável à minha vontade de explorar.

*Por isso, entendemos que tudo tem uma história; que a própria história é uma construção decorrente de determinadas interpretações e relações de poder; que podemos desconstruir as evidências naturalizadas mostrando como foram produzidas, pois, se algo não foi sempre assim, nada determina que assim permaneça (Ibidem, p. 5, grifos meus).*



Foi neste emaranhado de relações de poder que busquei me inserir. Nas relações de poder que, desde o início do século XX até a contemporaneidade, vêm produzindo articulações, dobradiças metodológicas e epistemológicas entre os campos da saúde e educação, incorporando tanto a instituição como a comunidade escolar em estratégias, ações e práticas de educação em saúde.

Percebo, enquanto reflito sobre o percurso que trilhei desde o início da pós-graduação, que as mesmas inseguranças e incertezas que causavam um incômodo transformaram-se em potências, na medida em que as certezas e naturalidades, assumidas como monumentos perenes, intocáveis, distantes, tornaram-se, de certa forma, conhecidas, próximas, familiares. Esta desnaturalização possibilitou, assim, a elaboração de perguntas e problematizações, a articulação dos discursos e produção dos enunciados nos materiais bibliográficos selecionados e a proposição de descrições e análises das continuidades e discontinuidades emergentes.

[...] nossas pesquisas precisam encontrar estratégias de descrição e análise que nos possibilitem *trabalhar com o discurso para mostrar os enunciados e as relações que ele coloca em funcionamento*, ou seja, *analisar os discursos como envoltos em relações de saber-poder e como produtores de significados, de práticas, de sujeitos, de identidades e de diferenças* (TEDESCHI; PAVAN, 2017, p. 7, grifos meus).

A expansão e proliferação de organizações internacionais, cuja temática central situa-se no âmbito da saúde, é compreendida como um fato relevante para a seleção dos documentos que analisei para a construção do problema de pesquisa. A emergência da saúde como elemento de articulações, acordos e cooperação em âmbito transnacional é considerada como um vetor produtivo de relações de poder, no qual políticas nacionais de saúde e educação incorporam princípios, conceitos e objetivos, de certa forma, alheios às condicionalidades internas de cada sociedade.

A conjugação, a bricolagem entre demandas e necessidades específicas à cada sociedade e a produção de saberes e poderes investidos com a legitimidade e autoridade de organismos internacionais oportuniza, mediante o acesso a tais produtos teóricos, metodológicos e epistemológicos, pelos profissionais e especialistas de cada país, novas discursividades e novos conceitos para a constituição das políticas públicas e sociais internas.

Neste sentido, a investigação acerca da constituição dessas discursividades e conceitos me guiaram em direção a documentos que, ora produzidos internacionalmente, ora nacionalmente, marcaram a consolidação de estratégias, práticas e ações de articulação do binômio educação-saúde na construção de políticas específicas para o ensino da saúde na escola.

O problema de pesquisa que construí ao longo do percurso investigativo, desta forma, é o seguinte: *Como as diferentes técnicas empregadas na construção da articulação do binômio educação-saúde, especificamente a maneira com que esta articulação foi tanto produto quanto produtora de arranjos técnicos, políticos, científicos e institucionais, operam na formulação e implementação de políticas públicas e práticas de educação em saúde na educação básica<sup>1</sup>?*

Analisando o binômio educação-saúde, expresso em publicações institucionais e documentos normativos, meu objetivo foi apreender como e em quais termos a interpelação entre os campos da educação e da saúde foram ordenados e hierarquizados. Assim, busco identificar o princípio de configuração discursiva que orientou, em distintas épocas, os enunciados produzidos acerca das estratégias, ações e práticas desenvolvidas no ambiente escolar, investidas por determinada racionalidade, cientificidade e metodologia. Enquanto o binômio educação-saúde mantêm-se como ponto de inteligibilidade fixo durante a investigação, o tempo opera de forma flexível, possibilitando tornar visíveis as descontinuidades que se manifestam na reformulação dos arranjos e na reordenação das ênfases desta articulação.

O tensionamento que realizei opera, desta forma, por meio da problematização da primazia do saber médico sobre o pedagógico como elemento catalisador de discursos voltados à ação da escola sobre o indivíduo, e deste sobre si mesmo e sobre o meio no qual está inserido. Proponho uma perspectiva que possibilite a compreensão da forma com que se produzem verdades sobre o que constitui uma “vida saudável” e os meios pelos quais se “educa para/em saúde”.

Quanto à estrutura e organização desta dissertação, divide-se, a partir daqui, em quatro capítulos. Em primeiro lugar, no capítulo "Mobilizando ferramentas, propondo caminhos" apresento, descritivamente e brevemente - visto que aprofundo discussões no decorrer dos outros capítulos - as ferramentas teórico-metodológicas que utilizei e, também, os documentos sobre os quais me debrucei durante a investigação.

Sequencialmente, no capítulo “Pensando com Foucault: (re)combinações conceituais entre disciplina, biopoder e segurança”, é explicitada de que forma os documentos foram analisados como materializações de relações de poder, como objetos e produtos de correlações de força investidos de legitimidade e que, postos em circulação, exercem uma vontade de verdade que produz realidade.

---

<sup>1</sup> Educação Infantil, Fundamental e Média (BRASIL, 2013a).

Em seguida, articulo as ferramentas conceituais foucaultianas - disciplina, biopoder e segurança - e a escola como espaço analítico e disciplinar, produtor de campos de visibilidade e intervenção que se estendem desde o estudante-sujeito ao estudante-objeto. Propõe-se, na conclusão do capítulo e amparado pela concepção da “vida como um objeto político”, a compreensão do conceito de campo de saúde através da perspectiva analítica das tecnologias de segurança.

No terceiro capítulo, intitulado “Ensinar para prevenir: medicina preventiva e promoção da saúde pelas lentes da segurança-educação-saúde”, busco compreender de que forma a articulação educação-saúde é organizada em função de determinados princípios de configuração que, inseridos numa estratégia de segurança, correlacionam diferencialmente práticas disciplinares e biopolíticas associadas à vida como objeto político, produzindo campos de visibilidade e intervenção situados no ambiente escolar. A transformação dessas práticas, ao longo tempo, será problematizada em função da reorientação das ênfases, que priorizam a prevenção ao adoecimento e sustentação da vida para a promoção da saúde e fomento dos estilos de vida saudáveis.

Na sequência, o capítulo “A medicalização da escol(h)a: produzindo estilos de vida saudáveis” enfatiza a discussão sobre a crítica da medicalização. Num primeiro momento, é explorada a relação entre a doença e o corpo, num movimento que visa a apreender a transformação da perspectiva médica anatômica para fisiológica, destacando a expansão significativa da esfera de influência do olhar clínico sobre o corpo social expresso pela medicina preventiva. Em seguida, investigo a eleição da escola como “lugar privilegiado” de saúde, pontuando a produção de uma educação pautada pela biologia como meio de “modernização” da educação em prol de determinada racionalidade subjacente.

Problematizo a forma com que a crítica “ortodoxa” da medicalização propõe o empoderamento individual e coletivo como estratégia de enfrentamento à percepção de um crescente poder do médico em relação ao paciente. Questiono de que forma a tal relação, ao invés de constituir pólos antagônicos, produz uma densa rede de relações de poder nas quais existem o conluio, a colaboração, o estímulo e a produção de subjetividades saudáveis, em que o discurso pautado pelo “normal” e “anormal” é reorientado em função dos “riscos à saúde”.

Por último, para encerrar meu argumentos, apresento as considerações finais seguidas pelas referências.

## 1. MOBILIZANDO FERRAMENTAS, PROPONDO CAMINHOS

No presente trabalho, guiei-me pela perspectiva pós-estruturalista, orientado pelos estudos foucaultianos. Dentre as ferramentas analíticas desenvolvidas por Foucault, ao longo de sua prolífica carreira, optei pela mobilização do conceito de “tecnologia de segurança”, proposta pelo autor no curso de 1977-1978, “Segurança, Território, População” (FOUCAULT, 2008). A percepção de uma certa sucessão de transformações sequenciais nas sociedades, indo do período soberano para o disciplinar para o biopoder, é invertido pelo autor.

Inversão no sentido de que, numa tecnologia de segurança, elementos soberanos, disciplinares e biopolíticos são ativados diferencialmente, conforme o princípio de configuração de modula as correlações, os arranjos, não de maneira global, mas de forma localizada na sociedade. Desta forma, a interpelação discursiva entre os campos da educação e saúde manifesta determinada correlação de forças que não irá se refletir, necessariamente, no todo da sociedade.

*É, portanto, uma técnica totalmente diferente que se esboça. Como vocês veem, não se trata de obter a obediência dos súditos em relação à vontade do soberano, mas de atuar sobre coisas aparentemente distantes da população, mas que se sabe, por cálculo, análise e reflexão, que podem efetivamente atuar sobre a população. É essa naturalidade penetrável da população que, a meu ver, faz que tenhamos aqui uma mutação importantíssima na organização e na racionalização dos métodos de poder. (FOUCAULT, 2008, p. 94, grifos meus)*

As condições de possibilidade, as verdades possíveis de cada época, determinam, em certa medida, os enunciados produzidos pelos discursos. Produzem, portanto, os campos de visibilidade e intervenção que fundamentam e legitimam tais intervenções. A produção de dados e informações que caracterizam a realidade observada e que, através das estratégias, ações e práticas disciplinares e biopolíticas, fundamenta regimes de verdades que operacionalizam os desequilíbrios, as diferenças em função da norma e, posteriormente, dos riscos à saúde e formulação de práticas educativas que visam à construção de “estilos de vida saudáveis”. Conforme entende Fischer (2003, p. 373), acerca da análise do discurso:

*[...] descrever enunciados, em nossos estudos, significa apreender as coisas ditas como acontecimentos, como algo que irrompe num tempo e espaço muito específicos, ou seja, no interior de uma certa formação discursiva – esse feixe complexo de relações que “faz” com que certas coisas possam ser ditas (e serem recebidas como verdadeiras), num certo momento e lugar.*

É importante frisar que os documentos selecionados não “criam” os discursos, mas fazem parte de um conjunto de elementos e estratégias que fortalecem, transformam e replicam discursos preexistentes, que atravessam a população, mas são constituídos por ela também. Não devem, portanto, ser tomados como um conjunto de orientações direcionado para a população, mas que é o resultado da emergência de demandas que “circulam” no contexto histórico em que estão inseridas; produzidas, incentivadas, oriundas de processos biopolíticos que perpassam as concepções de Saúde e Educação.

Foucault apropria-se do saber como conhecimento histórico, e que, como tal, gera verdades que emergem e situam-se como práticas discursivas. É nesse sentido que, para o filósofo, o conhecimento e a verdade são produtos históricos, sistemáticos, que se manifestam- inclusive através de discursos científicos tomados como verdadeiros, positivos, produtores de verdade, aceitos e empregados em toda sua positividade e produtividade (AZEVEDO, 2013).

A partir daí, portanto, organizei a seleção dos documentos, apreendidos como produtos e objetos destes jogos de verdade, pois emergentes como verdades possíveis de serem ditas, legitimados por racionalizações específicas fundamentadas metodologicamente e cientificamente por determinada hierarquização do saber. Objetos, uma vez que estabelecem conceitos, produzem seu sentido e os colocam em circulação, fazendo surgir campos de ação possíveis e desejáveis.

Avançando na abordagem proposta para a realização deste trabalho, pautada pela análise bibliográfica e documental, creio que seja importante pontuar, anteriormente à descrição do material selecionado, o reconhecimento das eventuais escolhas arbitrárias e omissões involuntárias que se manifestam no desenrolar dos tensionamentos e proposições aqui realizados. Em virtude da necessidade de evitar uma escrita prolixa e de extensão demasiadamente longa, tais decisões foram necessárias e os riscos delas oriundos, considerados.

### **1.1 Documentos utilizados para a problematização**

Dois conjuntos documentais foram centrais para o desenvolvimento dos tensionamentos propostos. Primeiramente, o Decreto nº 6.286/07 (BRASIL, 2007), que institui o Programa Saúde na Escola (PSE), conjuntamente aos documentos de apoio que definem as linhas temáticas, as ações específicas desenvolvidas dentro de cada linha, orientações gerais a seguir, resultados esperados na implementação e instrumentos de apoio

na realização de atividades, conforme a linha temática. Os documentos de apoio ao PSE são compostos pelo Caderno do Gestor do PSE e pelos Cadernos Temáticos de: (I) Direitos Humanos; (II) Educação Ambiental, (III) Saúde Bucal; (IV) Saúde Ocular; (V) Segurança Alimentar e Nutricional e Promoção da Alimentação Adequada e Saudável; (VI) Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer; e (VII) Verificação da Situação Vacinal.

Complementarmente, a série de documentos *Making Every School a Health Promoting School*, publicada em três volumes pela Organização Mundial da Saúde (OMS), compostos pelo Guia de Implementação, Padrões Globais e Indicadores e Estudos de Caso de iniciativas desenvolvidas em diversos países, relativos práticas de educação em saúde nas escolas. Complementarmente à versão mais recente da estratégia das escolas promotoras de saúde, utilizo o documento *Escuelas Promotoras de la Salud - Fortalecimiento de la Iniciativa Regional*, publicado em 2003 pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), no qual discutem-se as estratégias e linhas de ação para o período de 2003 a 2012.

**Figura 1:** Making Every School a Health Promoting School - Country case studies



Fonte: WHO, 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025431>.

**Figura 2:** Making Every School a Health Promoting School - Implementation Guidance



Fonte: OMS, 2021b. Disponível : <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025073>.

**Figura 3:** Making Every School a Health Promoting School - Global standards and indicators



Fonte: OMS, 2023c. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059>.

A investigação acerca da historicidade da articulação do binômio educação-saúde, especificamente das estratégias de educação em saúde na escola guiou-se, num primeiro momento, a partir de documentos publicados pela Oficina Sanitária Panamericana, entre as décadas de 1940 e 1950. Busco compreender como era percebida a necessidade de articulação

entre a produção do saber-poder médico e os desafios de uma sociedade em plena transformação. Num segundo momento, abordo as proposições realizadas nos “Cadernos Amarelos”, produto da XIII Conferência Sanitária Panamericana, realizada em 1946, na qual se formula uma proposta de programa de educação sanitária escolar.

**Figura 4:** Capa do documento oficial da XII Conferência Sanitária Pan-Americana



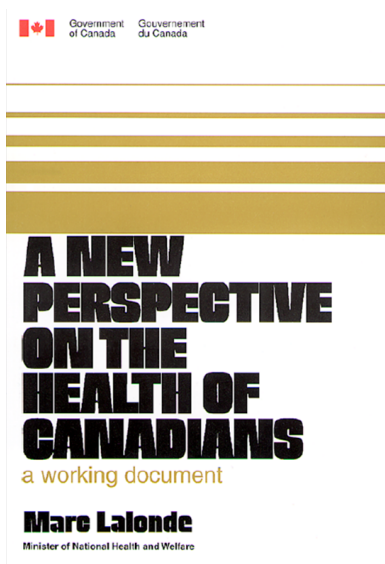
Fonte: CARACAS, 1947. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28784>.

Cabe destacar aqui o uso da terminologia “época” para sinalizar a transformação dos princípios que orientam os arranjos técnicos, institucionais, científicos e políticos na produção dos discursos e ordenação dos enunciados. Não busco sugerir alguma forma de linearidade temporal, de suplantação de um modelo anterior pelo seu sucessor. Busco evidenciar a metamorfose das ênfases, a reorganização de direcionamento produzida em função da crescente complexidade da articulação entre educação e saúde

Neste sentido, o documento *A new perspective on the health of Canadians - a working document*, comumente referido como Relatório Lalonde, opera como um catalisador de uma nova compreensão, de um novo conceito de saúde e de uma nova matriz para o mapeamento de temáticas de saúde pública e suas conexões multidisciplinares, expressa pelo conceito de Campo de Saúde.



**Figura 5:** A New Perspective on the Health of Canadians (Relatório Lalonde)



Fonte: LALONDE, 1981. Disponível em:  
[https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6248154/mod\\_resource/content/1/RelatorioLalonde.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6248154/mod_resource/content/1/RelatorioLalonde.pdf).

Relatório este que teve influência relevante para a constituição dos princípios do conceito de saúde ampliado, proposto pela Carta de Ottawa (OMS, 1986) e aprimorado conceitualmente pelas Declarações de Adelaide em 1988, na qual se afirma a transversalidade no campo da saúde a todas as políticas públicas, Sundsvall em 1992, na qual pontua-se a importância da criação de ambientes saudáveis, promotores de saúde (BRASIL, 2002) e Jakarta (OMS, 1997), cujo relatório final formula o conceito de “localidades de saúde”.

A investigação a respeito da implementação dos princípios e conceitos da promoção da saúde ao contexto brasileiro foi realizada através da consulta à Constituição Cidadã de 1988 (BRASIL, 1998), cujo conteúdo define a estruturação e organização do Sistema Único de Saúde (SUS) em redes regionalizadas e hierarquizadas e as respectivas competências municipais, estaduais e federais de administração. Consultou-se, também, a Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990), que, ao estabelecer o regulamento e funcionamento do SUS, teve papel importante na construção do escopo de atuação do Programa Saúde na Escola (PSE).

Na Tabela 1 abaixo, estão relacionados os principais documentos que orientam a análise proposta neste trabalho.

**Tabela 1:** Conjunto documental analisado

TÍTULO	INSTITUIÇÃO/PAÍS	ANO DE PUBLICAÇÃO
Decreto nº 6.286/07, que institui o Programa Saúde na Escola (PSE)	Ministério da Educação; Ministério da Saúde/Brasil	2007
Caderno do Gestor do PSE		2015
(I) Direitos Humanos		2015
(II) Educação Ambiental		2015
(III) Saúde Bucal		2016
(IV) Saúde Ocular		2016
(V) Segurança Alimentar e Nutricional e Promoção da Alimentação Adequada e Saudável		2015
(VI) Práticas Corporais, Atividade Física e Lazer;		2015
(VII) Verificação da Situação Vacinal		2015
Making Every School a Health Promoting School - Country case studies	World Health Organization (WHO)	2021
Making Every School a Health Promoting School - Implementation Guidance		2021
Making Every School a Health Promoting School - Global standards and indicators		2021
La Educación Sanitaria en la Escuela	XII Conferência Sanitaria Panamericana	1947
A new perspective on the health of Canadians	Ministério da Saúde e Bem Estar/Canadá	1974

Fonte: Elaborado pelo autor.

No capítulo a seguir, discuto de que maneira proponho apreender os documentos analisados ao longo desta dissertação, pensando juntamente com Foucault acerca da forma com que tais documentos se constituem como produtos e objetos de práticas discursivas e relações de poder.

## **2. PENSANDO COM FOUCAULT: (RE)COMBINAÇÕES CONCEITUAIS ENTRE DISCIPLINA, BIPODER E SEGURANÇA**

O poder não existe. Quero dizer o seguinte: a ideia de que existe, em um determinado lugar, ou emanando de um determinado ponto, algo que é um poder, me parece baseada em uma análise enganosa e que, em todo caso, não dá conta de um número considerável de fenômenos (FOUCAULT, 1989, p. 244).

Ao longo de sua rica, extensa e prolífica obra, o filósofo francês Michel Foucault (1926-1984) destacou-se como um dos mais relevantes e consequenciais autores que tensionam as formas como o conhecimento e a ciência se unem na produção de saberes, especificamente, no campo das Ciências Humanas.

Ele compreende que é através de séries de discursos (que envolvem, para além de atos de fala, conjuntos de práticas) que, legitimados como regimes de verdade, movimentam-se as relações de poder que se desdobram sobre as vidas e os corpos de indivíduos e coletividades. Tensionamento que assume o poder como algo que não é natural, não possui status próprio senão aquele que é produzido pelas práticas, estratégias e ações empregadas em sua efetivação e implementação individual e coletiva, objetiva e subjetiva.

Partindo do pressuposto do poder que se manifesta de forma relacional e produtiva, faz-se necessário compreender de que forma o conjunto documental selecionado como objeto desta dissertação será analisado, e quais serão as chaves e ferramentas analíticas empregadas nesta tarefa.

Assim, na sequência desta seção, será discutida a forma com que o poder se expressa de forma relacional nos documentos que compõem o conjunto analítico investigado, discutindo brevemente os instrumentos teóricos utilizados, sendo eles: o poder disciplinar, o biopoder e os dispositivos de segurança.

### **2.1 O poder como relação nos documentos e nas políticas públicas**

O poder não existe por si só, independente dos vivos. Ele está entre, através e sobre os vivos. Se origina, reverbera, é ativado e colocado em circulação em cada nó e no conjunto de nós que constituem a sua rede de articulação, operação e análise. É, portanto, através da “analítica do poder” que Foucault (1979) busca uma compreensão que o assuma não apenas como produtor de efeitos negativos – proibição, censura, interdito, repressão, coação.

O que está em jogo nas investigações que virão a seguir é dirigirmo-nos menos para uma "teoria" do que para uma "analítica" do poder: para uma definição do domínio específico formado pelas relações de poder e a determinação dos instrumentos que permitem analisá-lo (FOUCAULT, 1979, p. 79).

A expressão do poder em termos jurídicos, de enunciação de leis e discursos proibitivos torna-se insuficiente para o compreender na perspectiva proposta por Foucault, por meio da qual o entende como uma dinâmica produtiva, que através de estratégias, técnicas e processos apropria-se dos vivos, dos corpos e do real na produção de saberes, de discursos e de realidade.

É desta forma que os documentos são analisados nesta dissertação – como produtos e objetos de práticas discursivas. Eles são tomados como produtos, pois emergiram como verdades dizíveis, legitimadas, validadas metodologicamente e institucionalmente. São resultados de demandas políticas, governamentais e populares; objetos, pois produzem campos de ações possíveis e desejáveis, que colocam em circulação os saberes, estratégias, táticas e práticas que as constituem e são constituintes.

Trata-se, em suma, de orientar para uma concepção do poder que substitua o privilégio da lei pelo ponto de vista do objetivo, o privilégio da interdição pelo ponto de vista da eficácia tática, o privilégio da soberania pela análise de um campo múltiplo e móvel das correlações de força, onde se produzem efeitos globais, mas nunca totalmente estáveis, de dominação. O modelo estratégico, ao invés do modelo do direito. (FOUCAULT, 1985, p. 97)

Assim, ao considerarmos o poder numa determinada sociedade, analisa-se a arquitetura específica das correlações de força, caracterizadas pela multiplicidade de micropoderes que circulam e assumem, nesse momento específico, determinada estratégia, tática, processo (GALLO, 2004).

Tomo os documentos, cuja análise proponho nesta dissertação, como componentes desta correlação de forças, destes jogos e embates de multiplicidades, conceitos e práticas articulados em propostas locais, regionais, nacionais e internacionais que englobam políticas públicas de educação em saúde.

Compreende-se, desta forma, um poder que atua estruturando campos de ações possíveis, estabelecendo estratégias e ações, definindo princípios que guiam as ações propostas, sugerindo temáticas a serem abordadas e objetivos a serem alcançados pela implementação das políticas. É a partir desta perspectiva teórico-metodológica que fundamenta-se a análise dos documentos que versam sobre políticas públicas de educação em

saúde, especificamente em relação à forma com que abordam o papel da instituição escolar no processo.

No âmbito dos Ministérios da Saúde e Educação, através do Decreto nº 6.286/07, instituiu-se o PSE, que em seu Artigo 1º afirma que a finalidade do programa é “(...) contribuir para a *formação integral* dos estudantes da rede pública de educação básica por meio de *ações de prevenção, promoção e atenção à saúde*.” (BRASIL, 2007, p. 1, grifos meus).

Define-se, por conseguinte, a finalidade do Programa Saúde na Escola (PSE) em termos da sua contribuição para a formação integral dos estudantes, através de ações de prevenção, promoção e atenção à saúde<sup>2</sup>. Coloca-se em circulação os significados e a bagagem enunciativa que tais termos carregam consigo, bem como a potência de materialidade que assumem ao serem localizados e transversos pelas demandas e necessidades do contexto escolar, para que as ações propostas pelo programa sejam implementadas e seu desempenho mensurável.

Conforme apontado por Darsie (2012, p. 316-317), a rede discursiva que envolve o campo da Saúde, principalmente quando promovida por órgãos governamentais, institui normas relacionadas à padronização de diferentes “estilos de vida saudáveis”, uma vez que cria posições de sujeito que são oferecidas como “as melhores” em contraponto às “piores”. Aqueles que não seguem “a verdade” estipulada por tais discursos, passam a ser descritos como inadequados e reforçam-se as investidas diretamente associadas à prevenção de comportamentos de risco.

Em relação à noção de “estilos de vida”, sua articulação com a perspectiva foucaultiana de “conduta” possibilita um entendimento distinto daquele que hegemonicamente lhe é atribuído. De acordo com a OMS (1999, p. 1), uma “vida saudável” é alcançável a partir de três premissas:

É um modo de vida que *diminui os riscos* de adoecer seriamente ou morrer precocemente. (...) Estudos científicos identificaram certos tipos de comportamentos que contribuem com o adoecimento grave e morte precoce;

Um modo de vida que *ajuda a aproveitar de outras formas a sua vida*. É sobre o bem estar físico, mental e social, também;

---

<sup>2</sup> Conforme o Glossário de Termos da Promoção da Saúde (WHO, 2021, tradução livre), a *atenção à saúde* refere-se a “abordagem global para a organização sistemas de saúde que engloba três aspectos: política multissetorial e ação para abordar os determinantes mais amplos da saúde; capacitar indivíduos, famílias e comunidades; e atender o essencial das pessoas necessidades de saúde ao longo da vida.” (p. 9); a *prevenção de doenças* “descreve medidas para reduzir a ocorrência de fatores de risco, prevenir a ocorrência de doenças, deter seu progresso e reduzir suas consequências, uma vez estabelecida.” (p. 5); a *promoção da saúde* “é o processo de capacitar as pessoas para que exerçam mais controle sobre, e para melhorar a sua saúde.” (p. 4).

Um modo de vida que *ajuda toda a sua família*. Adotando um estilo de vida saudável, você oferece um exemplo positivo para outras pessoas da sua família, especialmente crianças. Cria-se, também, um ambiente melhor para elas crescerem.<sup>3</sup>

Em *Segurança, Território, População*, Foucault (2008, p. 255) elenca dois entendimentos possíveis para a “conduta”:

Pois, afinal de contas, esta palavra - "conduta" - se refere a duas coisas. A conduta, de fato, a atividade que consiste em conduzir, a condução, se vocês quiserem, mas é também *a maneira como uma pessoa se conduz, a maneira como se deixa conduzir, a maneira como é conduzida e como, afinal de contas, ela se comporta sob o efeito de uma conduta que seria ato de conduta ou de condução*.

Portanto, para além da perspectiva da conduta que se origina exteriormente ao indivíduo, opera uma conduta “interior”, nos modos com que os indivíduos conduzem a si mesmos, expressos nos comportamentos, hábitos e escolhas a respeito do modo com que levam suas vidas cotidianas e suas interações com os meios nos quais estão inseridos. Quando posta em relação às premissas de uma “vida mais saudável”, produz-se a ideia de uma transformação “interior” em cada indivíduo, na forma com que suas decisões cotidianas alinham-se ou não ao que se denomina como “saudável”.

Neste contexto, os saberes sanitários passam a fazer parte do que se entende por formação integral, cabendo às escolas, em parceria com o sistema público de saúde, ajustar condutas individuais aos preceitos da saúde coletiva. Não pretendo com isso questionar a validade de tais movimentos, mas, em outra direção, atentar ao fato de que o PSE se articula ao contexto pedagógico, produzindo verdades que sanitarizam a educação. É uma dinâmica de poder em que a saúde se torna parte da formação educacional.

Nesta direção, o Artigo 4º do decreto supracitado enuncia quais são as temáticas previstas no âmbito do PSE, considerando a “atenção, promoção, prevenção e assistência” (BRASIL, 2007, p. 2) em saúde:

*I - avaliação clínica; II - avaliação nutricional; III - promoção da alimentação saudável; IV - avaliação oftalmológica; V - avaliação da saúde e higiene bucal; VI -*

---

<sup>3</sup> A way of living that LOWERS THE RISK of being seriously ill or dying early. (...) Scientific studies have identified certain types of behavior that contribute to serious illness and early death.

A way of living that HELPS YOU ENJOY more aspects of your life. Health is not just about avoiding a disease or illness. It is about physical, mental and social well-being, too.

A way of living that HELPS YOUR WHOLE FAMILY. When you adopt a healthy lifestyle you provide a more positive role model for other people in your family, particularly children. You will also create a better environment for them to grow up in. By helping them to follow a healthier lifestyle you will be contributing to their wellbeing and enjoyment of life now and in the future.

*avaliação auditiva; VII - avaliação psicossocial; VIII - atualização e controle do calendário vacinal; IX - redução da morbimortalidade por acidentes e violências; X - prevenção e redução do consumo do álcool; XI - prevenção do uso de drogas; XII - promoção da saúde sexual e da saúde reprodutiva; XIII - controle do tabagismo e outros fatores de risco de câncer; XIV - educação permanente em saúde; XV - atividade física e saúde; XVI - promoção da cultura da prevenção no âmbito escolar; e XVII - inclusão das temáticas de educação em saúde no projeto político pedagógico das escolas (BRASIL, 2007, p. 2, grifos meus).*

Note-se, nas ações sugeridas no decreto, a ênfase expressiva que o corpo biológico assume como materialidade de implementação das proposições, estando presente, diretamente, em catorze das dezessete ações indicadas. Considero importante esclarecer dois termos que utilizo nesta dissertação: estudante-sujeito e estudante-objeto.

Não pretendo estabelecer duas categorias analíticas distintas e desconexas entre si, mas sim duas percepções interligadas, que caracterizam possibilidades de interpretação que, inseridas dentro do marco teórico-metodológico proposto, permitem enriquecer a discussão e possibilitar perspectivas analíticas outras.

A distinção entre ambas se dá, essencialmente, pela visibilidade, ou seja, pelo olhar. O estudante-sujeito relaciona-se, geralmente, ao escolar como indivíduo de uma multiplicidade mais ou menos homogênea, que tem como denominador comum o fato de estar sujeito da ação educativa realizada no ambiente escolar. Por outro lado, o estudante-objeto diz respeito à forma com que, através do olhar, de um campo de visibilidade muito mais específico, detalhado e minucioso que identifica, analisa e distribui. Um olhar que ressalta as singularidades e as coloca em distribuição relativa à norma. Elas transmutam-se em encaminhamento, diagnóstico ou caso; são inteligíveis como objeto científico, estatístico, que retroalimentam o processo de normalização. Conforme argumenta Crawford (2019, p. 102), “o esforço social para controlar parte da experiência humana capturada pelo conceito de saúde permanece difícil de ser percebido.”

Com a incorporação do conceito de saúde ampliado nos documentos e legislações sobre educação em saúde nas escolas, legitima-se o campo da saúde como um dos fundamentos do desenvolvimento individual e coletivo, e constitui-se um campo de visibilidade intersetorial que possibilita novas perspectivas no entendimento da saúde como elemento da experiência humana.

Gradualmente, a partir de esforços políticos, diplomáticos, econômicos e sanitários, amplia-se o conceito de saúde de forma que sua promoção deve, idealmente, englobar o bem-estar, o desenvolvimento humano e os aspectos sociais, econômicos, políticos e espirituais dos indivíduos e coletividades. A escola, entendida como ambiente formativo e

constitutivo de consciências e condutas, é posta como ponto crucial de articulação entre as redes discursivas dos campos pedagógico e de saúde.

A escola, nesta perspectiva, compreende um lugar que: (I) possibilita a distribuição serial e temporal dos indivíduos; (II) sob o olhar pedagógico e clínico dos profissionais da educação e da saúde; (III) num ambiente que propicia a observação, identificação e diferenciação das individualidades e singularidades; que (IV) dispostas gradualmente em relação a padrões normativos, sujeitos à triagem e inteligíveis como “casos” que se dispõem do “normal” ao “anormal”, encaminhados para o serviço de saúde conforme a necessidade identificada.

A recorrência, ao longo das décadas, da necessidade de responsabilização por parte dos jovens a respeito dos seus atos, hábitos e comportamentos, articula-se à importância que a associação entre saúde e educação opera quando inserida num conceito de saúde ampliado, que enfatiza a necessidade de escolhas saudáveis, para que se alcance uma vida saudável, que se dá em ambientes saudáveis, através de políticas saudáveis.

Tal “chamado para ação” é enunciado pela Declaração de Adelaide, produto da Segunda Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, realizada em 1988, que define uma política pública saudável da seguinte forma:

*A respeito das políticas públicas saudáveis, enuncia que estas caracterizam-se pelo interesse e preocupação explícitos de todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população, tendo como principal propósito a criação de um ambiente favorável para que as pessoas possam viver vidas saudáveis (BRASIL, 2002, p. 35, grifos meus).*

Em documento mais recente, intitulado Relatório de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas (OMS, 2010), enfatiza-se a importância que a saúde, o bem-estar e o desenvolvimento econômico exercem sobre as condições de vida da população:

*Uma boa saúde melhora a qualidade de vida, amplia a produtividade da força de trabalho, aumenta a capacidade de aprendizado, fortalece famílias e comunidades, incentiva habitats e ambientes sustentáveis, amplia os níveis de segurança, assim como contribui para a inclusão social e a redução da pobreza (OMS, 2010, p. 2).*

A saúde é operacionalizada como catalisador, indutor deste processo de amplificação dos efeitos e resultados de todas as políticas públicas que têm como objeto a população e enfatizam a importância que uma “boa condição de saúde” possui para realizar este objetivo:



Boas condições de saúde são facilitadores e más condições de saúde são obstáculos para todas as políticas de governo. Desta forma, *o setor saúde deve sistematicamente comprometer-se com outros setores em todos os níveis do governo para apoiar todas as dimensões das atividades destes setores relacionadas com a saúde e bem estar*. O setor saúde pode apoiar outras esferas do governo colaborando ativamente na formulação de políticas para alcançar os objetivos desses setores (OMS, 2010, p. 2, grifos meus).

Estratégias e políticas públicas, como o PSE e as Escolas Promotoras de Saúde inserem-se nesta dinâmica ao serem produtos e produtoras de discursos que enquadram saúde e educação como bens essenciais para o pleno desenvolvimento humano. Ainda, penso que ao produzirem modos de ser e de estar no mundo, a partir da aplicabilidade de seus preceitos e conceitos, operam com recombinações e correlações que, mesmo apresentadas como “inovadoras”, trazem consigo elementos dos programas de outrora.

Articulam-se, portanto, como elemento de mediação intersetorial, em função do imperativo de produzir políticas saudáveis e ambientes saudáveis, objetivo que a visa propiciar o apoio necessário para que as “boas condições de saúde” enfrentem menos ou menores obstáculos à sua implementação, interpelando-se inclusive ao âmbito comportamental de escolhas e hábitos tanto individuais quanto populacionais.

Tem-se na escola, desta forma, a localidade que possibilita a conjugação de elementos que tratam a respeito tanto de questões disciplinares ou anátomo-políticas - relativas às escolhas e comportamentos de cada um - quanto a questões biopolíticas ou de segurança - relativas à população, apreendida como “noção” expressa através de índices e taxas, ou em sua “realidade”, manifestada em sua relação intrínseca com o “meio” no qual está inserida.

Considerando o imperativo de articulação intersetorial, conjuntamente com a amplitude de abrangência atribuída aos campos da educação e saúde, a construção de uma política pública de alcance nacional que vise a conjugar e implementar estratégias, programas e ações neste âmbito constituirá um significativo campo de contato/intermediação entre a população e o Governo. Em função da necessidade de governar a população, corpos individuais tornam-se produtores de dados e informações quando arranjados em conjuntos.

Gastaldo (1998) sugere duas possibilidades de entendimento para a educação em saúde, através da perspectiva do biopoder. Primeiramente, a partir da perspectiva anátomo-política disciplinar, a educação em saúde manifesta-se como produto das estratégias de promoção da saúde, destinada a conscientizar todos os cidadãos, saudáveis e doentes, a respeito dos riscos aos quais estariam expostos, reforçando os imperativos de prevenção de doenças e de promoção da saúde.

A partir da perspectiva da biopolítica populacional, a autora afirma que as políticas de educação em saúde promovem discursos que enfatizam a necessidade de maior participação e empoderamento por parte dos cidadãos e das comunidades como um todo. Opera-se, portanto, menos através da perspectiva negativa e de repressão, e mais por uma abordagem positiva, produtiva, de administração da população.

Neste contexto, modulam-se atribuições ao campo da saúde com ampla abrangência, no qual a saúde deve

[...] ser vista como *objeto de intervenção* que torna possível a melhora do estilo de vida do indivíduo. Um estilo de vida adequado contribui para *manter o corpo saudável e a mente ativa*, para isso são necessárias *orientações preventivas* e ações como: evitar substâncias nocivas ao organismo, boa nutrição, controle do peso, recreação e exercícios regulares. *Estas ações devem ser desenvolvidas precocemente e devem durar por toda a vida* (PÔRTO *et al.*, 2015, p. 203, grifos meus).

Compreendida como objeto de intervenção que possibilite vidas mais saudáveis, a saúde assume papel fundamental na legitimação de propostas que versem sobre a educação em saúde nas escolas. Concomitantemente, exerce ampla influência nas formas com que, tanto individualmente quanto coletivamente, governam-se as condutas da população, formatando e produzindo padrões que individualizam e totalizam em função da normalidade “saudável”. que, como explicitado no trecho acima, deve ser cultivada desde os anos iniciais e mantida pelo resto da vida.

A saúde, entendida como campo de contato e relação entre a população e Governo, permite a modulação de distintas abordagens e compreensões a respeito do que é a saúde, o que é a educação e qual a hierarquia de saberes que ordena a articulação intersetorial da educação em saúde nas escolas. Neste sentido, amparado pelo arcabouço teórico-metodológico proposto para esta dissertação, investigo as formas com que as chaves analíticas foucaultianas articulam-se com a saúde e a educação na construção deste edifício complexo denominado “educação em saúde nas escolas”.

## **2.2 Disciplina, escola e saúde**

Foucault (1999) localiza a emergência das disciplinas no decorrer dos séculos XVII e XVIII não como uma “descoberta súbita”, mas sim como uma multiplicidade de processos, mínimos e esparsos “que se recordam, se repetem, ou se imitam, apoiam-se uns sobre os

outros, distinguem-se segundo seu campo de aplicação, entram em convergência e esboçam aos poucos a fachada de um método geral” (FOUCAULT, 1999, p. 165).

Uma das mais influentes obras em que Foucault aborda a questão do poder, *Vigiar e Punir* (1990), discute a genealogia das tecnologias de poder que atuaram/atua em boa parte das instituições modernas. Foi no final do século XVIII e início do século XIX, em que a prisão emergiu como principal mecanismo punitivo da época – com sua ampla difusão sendo, em parte, resultado do seu enraizamento numa lógica que atravessa as sociedades, em franca efervescência social, com o advento da Revolução Industrial, escolarização em massa e a emergência das Ciências Humanas (CANDIOTTO, 2012).

O momento histórico das disciplinas é o momento em que nasce uma arte do corpo humano, que visa não unicamente o aumento de suas habilidades, nem tampouco aprofundar sua sujeição, mas a formação de uma relação que no mesmo mecanismo o torna tanto mais obediente quanto é mais útil, e inversamente. 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. O corpo humano entra numa maquinaria de poder que o esquadrinha, o desarticula e o recompõe. (FOUCAULT, 1999, p. 164)

O funcionamento do poder penitenciário reflete as técnicas de poder empregadas pelas demais instituições sociais – psiquiátrica, médica, militar, industrial, escolar, pedagógica -, caracterizando um conjunto de estratégias e práticas peculiares de operação de poder, que se apropriam do corpo, constituindo uma anatomia política pela distribuição espacial dos indivíduos e pelo controle das suas atividades ou pela combinação dos corpos e forças, possibilitando extrair o máximo de utilidade. Temos aí a caracterização do poder disciplinar, minucioso, que organiza e distribui espacialmente, detalhadamente, a força e a vontade dos corpos (CANDIOTTO, 2012).

A disciplina é, portanto, “uma anatomia política do detalhe.” (FOUCAULT, 1999, p. 166), que atua ativamente através do conhecimento, produzindo saberes que chancelam o exercício do poder; e através das estratégias de poder geradoras de saberes, que possibilitem o seu exercício sem a necessidade de uso de estratégias que recorram a ações proibitivas.

Uma observação minuciosa do detalhe, e ao mesmo tempo um enfoque político dessas pequenas coisas, para controle e utilização dos homens, sobem através da era clássica, levando consigo todo um conjunto de técnicas, todo um corpo de processos e de saber, de descrições, de receitas e dados. E desses esmiuçamentos, sem dúvida, nasceu o homem do humanismo moderno. (FOUCAULT, 1999, p. 167-168)

Ao pensarmos junto com Foucault, o acompanhamos atentando às formas com que os mecanismos da microfísica do poder, através das estratégias e ações voltadas ao corpo, engendram-se em processos que estimulam e recompensam determinada série de práticas, ao passo que virtuais desvios são passíveis de sanções e, no limite, intervenções disciplinares. A disciplina “organiza espaços analíticos” (FOUCAULT, 1999, p. 169).

Ela opera, portanto, menos no sentido de identificar e classificar, e mais pela análise e distribuição das singularidades observadas, diagnosticadas e colocadas em relação aos padrões de normalidade esperados. Retroalimentação que faz funcionar, portanto, um complexo aparato biomédico e social, que constrói lugares de representação caracterizados por padrões observáveis de singularidades anormais, possíveis de serem decompostos e isolados “cientificamente” e analiticamente.

O estudante-sujeito transmuta-se em estudante-objeto, envolvido ativamente na relação de poder e na produção do saber científico relativo a si próprio. Abre-se o campo de visibilidade que possibilita a observação deste “espaço analítico” por uma miríade de especialistas – médicos, psicólogos, psiquiatras, nutricionistas, dentistas, enfermeiras(os), educadores físicos, psicopedagogos(as).

Através desse campo é que opera uma vigilância para além do uso da força ou de medidas restritivas e proibitivas, a partir da informação que transmite o que seria, de fato, um hábito ou comportamento saudável. Incentivo ao autocontrole dos gestos e atitudes, portanto, que, relacionado ao corpo inspira caminhos para uma relação mais eficiente entre hábitos saudáveis, vida saudável, melhor rendimento escolar e na vida em geral.

É um esquema que se propõe a “compor forças para obter um aparelho eficiente.” (FOUCAULT, 199, p. 189). Ao olhar minucioso da ciência pedagógica incorpora-se um outro olhar tão minucioso quanto ele próprio, o da ciência médica, vigilância cruzada, que origina vetores distintos que se encontram num mesmo ponto, o corpo; e no corpo desviam, cruzam, sobrepõem-se.

A disciplina faz “funcionar” um poder relacional que se auto sustenta por seus próprios mecanismos e substitui o brilho das manifestações pelo jogo ininterrupto dos olhares calculados. Graças às técnicas de vigilância, a “física” do poder, o domínio sobre o corpo se efetuam segundo as leis da ótica e de mecânica, segundo um jogo de espaços, de linhas, de telas, de feixes, de graus, e sem recurso, pelo menos em princípio, ao excesso, à força, à violência (FOUCAULT, 1999, p. 202).

Neste sentido, destaco as propostas exploradas pelos Cadernos do Gestor do PSE, que apresentam as seguintes temáticas: (I) Saúde Ambiental; (II) Atividade Física; (III) Alimentação Saudável; (IV) Verificação da Situação Vacinal; (V) Saúde Bucal; (VI) Saúde

Ocular; e (VII) Direitos Humanos. Nota-se que todas as temáticas dizem respeito a distintos aspectos do corpo, articulados diretamente à biologia e fisiologia humana (atividade física, alimentação saudável, verificação da situação vacinal, saúde bucal e ocular), ou indiretamente articulando-o a políticas e direitos (saúde ambiental, direitos humanos).

O Caderno de Promoção da Saúde Bucal (BRASIL, 2016b), por exemplo, define que as práticas e ações implementadas na temática objetivam “desenvolver estilos de vida saudáveis e práticas de autocuidado” (p. 7). Faz-se necessária uma abordagem integrada, na qual ações realizadas no âmbito da política de saúde da escola enfoquem tanto aspectos educacionais quanto a articulação com a saúde para que seja possível, de fato, atuar na prevenção dos fatores de risco mais comuns e colaborar concretamente para a saúde bucal dos educandos:

A construção intersetorial de ações de educação e saúde que leva em consideração *a realidade do território, a singularidade dos educandos, a acessibilidade, a ambiência, as relações e o respeito às diferenças, que são primordiais para a promoção, a atenção à saúde e a prevenção de agravos no território de responsabilidade compartilhada entre saúde e educação* (BRASILa, 2016, p. 7, grifos meus)

No âmbito internacional, o Guia de Implementação da iniciativa *Making Every School a Health Promoting School*, produzido pela Organização Mundial da Saúde (2021b), afirma que a partir da abordagem guiada por padrões que incluam orientações pertinentes para a prática das Escolas Promotoras de Saúde, espera-se o fortalecimento do enfoque à “escola como um todo” da Promoção da Saúde mundialmente.

Para isso, é necessário que “as escolas movam-se além de tópicos e programas específicos de saúde para adotar uma abordagem de toda a escola para promover a saúde e o bem-estar, na qual a cultura, as condições e o currículo de uma escola contribuem para um sistema de EPS.” (OMS; UNESCO, 2021b, p. 2)<sup>4</sup>.

Não seria exagero considerarmos, a partir da perspectiva da promoção da saúde, que chancela a “escola como um todo”, que esta premissa seja reflexo de um conceito de saúde ampliado que engloba em si mesmo não apenas a escola, mas outros lugares e ambientes que se relacionam com a comunidade escolar, enfim, à “vida como um todo” como pontos articuladores da promoção da saúde, para além de ações e programas de saúde temáticos e específicos.

---

<sup>4</sup>(...) schools move beyond specific health topics and programmes to embrace a whole-school approach to promoting health and well-being, in which the culture, conditions and curriculum of a school all contribute to an HPS system.

Neste sentido, a Política Nacional de Promoção da Saúde propõe que

[...] as intervenções em saúde ampliem seu escopo, tomando como objeto os problemas e as necessidades de saúde e seus determinantes e condicionantes, de modo que a organização da atenção e do cuidado envolva, ao mesmo tempo, as ações e os serviços que operem sobre a saúde e o adoecimento, com um olhar para além dos muros das unidades de saúde e do sistema de saúde, incidindo sobre as condições de vida e favorecendo a ampliação de escolhas saudáveis (BRASIL, 2018, p. 9).

Este movimento conceitual e prático de distensão das “fronteiras” entre os ambientes de saúde e a vida e seus fenômenos é um elemento fundamental no processo de difusão e dispersão das estratégias de promoção da saúde. Na medida em que tais movimentos transmutam-se em estratégias e práticas gradualmente institucionalizadas, distintos atores considerados elementos fundamentais no processo serão “chamados à ação”.

Produzem-se, de certa forma, séries de enunciados de um mesmo discurso, que especificam e definem diretrizes e instruções práticas de ação: “A orientação é, portanto, projetada para ajudar os funcionários governamentais relevantes a decidir *o que deve ser feito, como pode ser feito e quem deve estar envolvido na adoção e aplicação dos padrões globais para EPS*” (OMS; UNESCO, 2021b, p. 5, grifos meus)<sup>5</sup>.

Fica explícito, no trecho acima, o direcionamento pretendido pelo documento: órgãos e atores governamentais competentes. Sua ênfase localiza-se, portanto, nas esferas governamentais, decisórias, em princípio aquém das necessidades e demandas específicas de cada contexto escolar.

Pretende, assim, operar como um balizador geral mais amplo das estratégias que orientarão a forma com que se modulam, em escala descendente, os elementos que devem compreender as políticas de educação em saúde escolar inseridas na perspectiva da promoção da saúde e os processos que possibilitam o acompanhamento e a mensuração dos resultados obtidos em relação ao objetivo enunciado.

Compreendo que, dada a envergadura e amplitude que se pretende alcançar com as práticas de educação em saúde, seja necessário que, concomitantemente, amplie-se também a gama de atores envolvidos neste processo. Conforme argumenta Falkenberg et al. (2014), a educação em saúde, a partir da perspectiva da Saúde Coletiva, deve ser considerada como um conjunto de práticas “onde se realizam ações em diferentes organizações e instituições por diversos agentes dentro e fora do espaço convencionalmente reconhecido como setor saúde.”

---

<sup>5</sup> The guidance is thus designed to assist relevant government officials in deciding what should be done, how it can be done and who should be involved in adopting and applying the global standards for HPS.

(p. 849). Na mesma proporção em que o campo da promoção da saúde se expande, traz para si a responsabilidade de informar e instruir a respeito de “escolhas saudáveis”.

O estudante-sujeito, feito objeto, incorporado à comunidade escolar, ao ambiente da escola, da sala de aula e da carteira que ocupa, insere-se nas relações de poder sobrepostas que o analisam, o decompõem e fazem circular representações, significados e conhecimentos sobre seu corpo, gestos, hábitos e comportamentos; como ponto de articulação e meio de inteligibilidade que, através das lentes analíticas produzidas a partir da estratégia de promoção da saúde, embasa e fundamenta o desenho de ações e práticas de educação em saúde. A “escola como um todo” é operacionalizada como vetor que possibilita uma via de acesso à “vida como um todo”, objeto da promoção da saúde.

### **2.3 A saúde na escola como objeto de intervenção e normalização**

Foucault (1999) argumenta que, em sua essência, os sistemas disciplinares funcionam como pequenos mecanismos penais. A norma disciplinar estende-se além das penas relacionadas aos aspectos legais, codificadas nas leis e implementadas pelos tribunais. “O que pertence à penalidade disciplinar é a inobservância, tudo o que está inadequado à regra, tudo o que se afasta dela, os desvios” (FOUCAULT, 1999, p. 203).

Objetiva, portanto, prevenir a virtualidade de hábitos e comportamentos “não-saudáveis”; no caso da educação em saúde, por exemplo, através da prevenção, promoção e atenção à saúde que busca informar a respeito de condutas inapropriadas para que se tenha uma “vida saudável” através de “escolhas saudáveis”.

A norma, desta forma, possui alcance mais amplo que o da lei e prepondera como principal aspecto das relações de poder. Na medida em que a lei é caracterizada pela exterioridade, operando no momento em que um ato considerado proibido é realizado, a norma abarca o conjunto da existência humana. Inculcada no cotidiano, é interiorizada pela distribuição espacial e pelos controles temporais das condutas (CANDIOTTO, 2012). Extensão, pois, da vigilância que distribui, observa e analisa. “A sanção é normalizadora porque faz funcionar a disciplina através do estabelecimento da norma, da medida que permite avaliar e julgar, normalizando por meio da comparação, da diferenciação, da hierarquização, da homogeneização e da exclusão” (PORTOCARRERO, 2004, p. 174).

Observe-se este caráter difuso e indireto da norma, por exemplo, ao analisarmos o documento “Escolas Promotoras de Saúde: Experiências no Brasil” (BRASIL; OPAS, 2007), quando afirma que

As iniciativas que começaram nas escolas com os professores e alunos, envolvendo funcionários e a direção das escolas, se consolidaram nas atividades dos programas curriculares e atravessaram os muros escolares para envolver as famílias e comunidades. As Escolas Promotoras de Saúde, abrindo espaço para a participação dos pais, famílias e da comunidade, passaram a ser vistas, respeitadas e apoiadas como patrimônio da comunidade (BRASIL; OPAS, 2007, p. 15).

Visando a englobar além da escola, dos alunos, professores, diretores e equipes de apoio e atividades curriculares, a iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde almeja e incentiva a participação das famílias e comunidade escolar em geral. Além de ambiente de formação pedagógica, a escola figura também como um ambiente de informação e de educação em saúde, de “conscientização” a respeito de hábitos potencialmente prejudiciais.

Podemos apreender este enunciado em outro trecho do documento:

O estímulo ao protagonismo infanto-juvenil e à autoestima dos escolares, promovendo a saúde, orientando para estilos de vida saudável e informando sobre fatores de riscos para a saúde, são características diversas dessas experiências. Com esses conceitos, para a OPAS, a saúde também se inicia na escola (BRASIL; OPAS, 2007, p. 15).

“Protagonismo”, “autoestima”, “estilos de vida” serão analisados como elementos discursivos que indicam a importância que as ações dos escolares têm sobre si mesmos, como apreendem as informações, como veem a si mesmos e como atuam a partir das mesmas. Relacionam-se, por conseguinte, às estratégias e ações com ênfase no autocontrole, no autoconhecimento, na responsabilização de si, na cidadania para a saúde, nas condutas de risco, na produção social da saúde, na correlação eficiente entre corpo, mente e gesto.

A escola, desta forma, é compreendida como “(...) *mais um espaço além do setor Saúde para promover saúde, desenvolver estilos de vida saudáveis e orientar sobre condutas de risco para a saúde.*” (BRASIL; OPAS, 2007, p. 15, grifos meus).

Vista sob a ótica da promoção da saúde, a escola “*É um ambiente propício para reflexão da vida, da produção de autocuidado, de convivência, de cidadania e de saúde, visto que nela se dá boa parte das interações sociais e é o lugar institucionalizado de aprendizagem*” (BRASIL, 2016a, p. 7, grifos meus).

De acordo com o Caderno do Gestor do PSE (BRASIL, 2015a), a escola como lugar onde acontecem relações é “(...) ideal para o desenvolvimento do pensamento crítico e político, à medida que contribui na *construção de valores pessoais, crenças, conceitos e*



*maneiras de conhecer o mundo e interfere diretamente na produção social da saúde.”* (p. 7, grifos meus).

Tal associação também está presente no prefácio da série de documentos “*Making Every School a Health Promoting School*” (WHO; UNESCO, 2021a, 2021b, 2021c), onde afirma-se que:

Agora, mais do que nunca, é importante fazer com que todas as escolas sejam locais que promovam, protejam e estimulem saúde; que contribuam para o bem-estar, habilidades cognitivas, sócio emocionais e para a vida, além de estilos de vida saudáveis num ambiente de aprendizado seguro (WHO; UNESCO, 2021a, 2021b, 2021c, p. iv, tradução livre)<sup>6</sup>

A promoção, proteção e o estímulo à saúde, engajadas na busca pelo bem-estar da comunidade escolar como um todo, estão atreladas ao desenvolvimento de ações e práticas que visam, especificamente, a habilidades cognitivas, socioemocionais e da vida. Normaliza-se, assim, a partir do conjunto de práticas e saberes científicos que produzem conceitualmente as habilidades “cognitivas, sócio emocionais e para a vida”, estilos de vida e escolhas possíveis de se realizar, a respeito da saúde individual e coletiva.

Vislumbram-se, nos trechos acima destacados, séries de discursos que configuram formas com as quais a instituição escolar relaciona-se com a noção de *maquinaria escolar*, “Uma maquinaria que opera com tecnologias capazes de disciplinar e produzir verdades sobre os sujeitos.” (GUEDES; LOPES, 2008, p. 1).

Embasados pelos princípios que orientam estratégias, práticas e ações que visam a promoção da saúde nas escolas, “a escola contemporânea tem se tornado, junto de outros equipamentos sociais, um espaço estratégico de gestão da vida e dos riscos.” (HECKERT; ROCHA, 2012, p. 85). Lugares, ambientes, corpos e espaço relacionam-se neste jogo multidimensional, que correlaciona o singular ao múltiplo; que dispõe o indivíduo, em relação à norma:

O movimento de constantes deslocamentos de práticas sociais exigiu outras configurações disciplinares, que pudessem estar instrumentalizando os indivíduos para viverem o social de forma regrada, contida e autocontrolada. Sociedade e indivíduo fazem uma mistura produtiva e não homogênea de elementos que necessitam da educação e mais especificamente, da educação escolarizada e da disciplina para acontecerem (GUEDES; LOPES, 2008, p. 2).

---

<sup>6</sup> Now, more than ever, it is important to make all schools places that promote, protect and nurture health; that contribute to wellbeing, life skills, cognitive and socioemotional skills and healthy lifestyles in a safe learning environment.

A partir da noção de maquinaria escolar, pretendo abordar a instituição escolar de uma perspectiva que atenta ao quão recente é a sua emergência como forma de socialização privilegiada e lugar de passagem obrigatória; instituição cujas bases legais e administrativas contam com aproximadamente um século e meio de existência (VARELA; ÁLVAREZ-URIA, 1992).

A partir do século XIX, embasada pelos projetos de Nação e em função da necessidade de fortalecimento do Estado (tanto no aspecto institucional quanto na produtividade dos corpos), ampliou-se gradativamente a abrangência da educação escolarizada, um acontecimento tido como essencial e parte intrínseca do caminho percorrido pelas disciplinas no processo institucionalizado de desenvolvimento civilizacional:

Na Modernidade a escola precisou romper com o meio de onde provinham seus alunos para que pudesse educá-los para a virtude, para o bem comum, para a vida no coletivo e acima de tudo, dentro de um princípio de racionalidade. As novas configurações que se colocavam com a Modernidade, exigiam o rompimento com as bases que sustentavam a escola até o Renascimento, ou seja, bases que não iam muito além de intervenções na vida privada dos indivíduos. (LOPES; GUEDES, 2008, p. 2)

Processo que, se inicialmente teve ênfase nos aspectos de disciplinamento do corpo, gradativamente teve seu escopo expandido. Para além dos espaços analíticos restritos das instituições escolares, médicas, militares, fabris, este movimento engloba para si a responsabilidade e dever de regular e controlar os lugares, ambientes e espaços nos quais a vida e o cotidiano da sociedade inscrevem-se; de mediar a relação entre população, governo e o “social”, espaço de hibridização entre o público e o privado. A escola, portanto, “constituiu-se em um dos espaços privilegiados de reunião e de circulação de uma lógica que se queria e se fazia necessário implantar” (LOPES; GUEDES, 2008, p. 3).

Foucault (1999) elenca alguns exemplos das “micropenalidades”, que comporiam os quadros “infralegais” da norma disciplinar, que organiza, distribui, recompensa e reprime determinados comportamentos que, de outra forma, escapariam aos mecanismos jurídicos-punitivos pertinentes:

Na oficina, na escola, no exército funciona como repressora toda uma micropenalidade *do tempo* (atrasos, ausências, interrupções das tarefas), *da atividade* (desatenção, negligência, falta de zelo), *da maneira de ser* (grosseira, desobediência), *dos discursos* (tagarelice, insolência), *do corpo* (atitudes “incorretas”, gestos não conformes, sujeira), *da sexualidade* (imodéstia, indecência). Ao mesmo tempo é utilizada, a título de punição, toda uma série de processos sutis, que vão do castigo físico leve a privações ligeiras e a pequenas humilhações. (FOUCAULT, 1999, p. 203, grifos meus)

A função exercida pela sanção é essencialmente corretiva. Privilegia, portanto, “as punições que são da ordem do *exercício* — aprendizado intensificado, multiplicado, muitas vezes repetido” (Ibidem, p. 204, grifos meus). O ato punitivo caracteriza-se, no esquema disciplinar, como elemento de um sistema com dois vértices: gratificação-sanção.

Ao contrário da especificação do proibido (conforme o sistema penal), distribui-se os comportamentos e desempenhos gradualmente entre dois pólos – negativo e positivo – que produz a hierarquização em relação mútua dos “bons” e “maus” indivíduos. “A disciplina, ao sancionar os atos com exatidão, avalia os indivíduos ‘com verdade’; a penalidade que ela põe em execução se integra no ciclo de conhecimento dos indivíduos” (Ibidem, 1999, p. 206).

Para além do "castigo físico leve a privações ligeiras”, entendo que a sanção proposta em relação à educação em saúde exprime-se de forma sutil, atribuindo aos indivíduos auto-responsabilização pelos seus hábitos, comportamentos e saúde. Para exemplificar tal afirmativa, atentemos ao Programa de Educação Sanitária Escolar proposto pela XII Conferência Sanitária Panamericana, conhecida como “Cadernos Amarelos” (CARACAS, 1946).

Uma das atividades propostas é a seguinte: um quadro é posto na entrada da sala de aula, onde são colocados cartões, um para cada aluno; cada cartão tem um lado branco (com o nome do aluno) e um lado preto<sup>7</sup>. Pela manhã, todos os cartões mostram o seu lado preto; ao chegar na escola, cada aluno que se considera “limpo”, seguindo as regras de higiene e limpeza acordadas em sala de aula, pode trocar a posição do seu cartão, mostrando o lado branco com o seu nome. Isto teria o efeito de responsabilização pela conduta e de julgamento pela própria criança, sendo um dos meios para ensiná-la a assumir as obrigações com sua saúde.

Temos um exemplo de ação que faz com que cada criança e sua família assumam a devida responsabilidade pela adequação aos comportamentos e hábitos “higiênicos” abordados previamente em sala de aula. Espera-se, também, que aqueles que não os seguirem, exponham publicamente seu “fracasso”, representado pelo lado preto do cartão associado ao seu nome no quadro em frente à sala de aula. Uma sanção que, apesar de não se realizar fisicamente, implica a individualização e reconhecimento do seu descumprimento à norma preestabelecida.

---

<sup>7</sup> Em relação às cores utilizadas nos cartões - preto e branco - como indicativos de qualidade - ruim e bom - outras discussões podem ser desenvolvidas, especialmente aquelas que se relacionam aos estudos sobre raça e racismo, contudo, não são o foco deste trabalho, apesar de relevantes.

Neste sentido, compreendo que a atividade descrita preza por uma abordagem disciplinar, tendo a saúde como objeto de intervenção e a escola como local de vigilância e distribuição de espectros de normalidade, em função dos desvios identificados no espaço analítico escolar. No entanto, durante o processo de desenvolvimento do programa, a responsabilidade sobre sua própria saúde e pela transformação do ambiente é direcionada para os escolares: “No desenvolvimento deste programa, recai sobre a criança quase toda a responsabilidade por sua própria saúde, bem como o da sua atuação decisiva para o domínio do meio.” (CARACAS, 1946, p. 74)<sup>8</sup>.

É possível observar vestígios desta abordagem manifestarem-se em documentos contemporâneos, especificamente no Caderno do Gestor do PSE (BRASIL, 2015). Dentre as ações previstas pelo programa, o componente ‘avaliação das condições de saúde’ tem como objetivo “avaliar a saúde dos educandos e possibilitar que aqueles que apresentam alguma alteração possam ter *atendimento garantido em sua UBS e acompanhamento compartilhado, quando necessário.*” (Ibidem, p. 21, grifos meus). Destaca-se o imperativo de “envolver de forma protagonista os educandos”, para que entendam o que está sendo feito e para que servem as ações realizadas:

As avaliações são mais bem sucedidas quando se *convertem em processos de educação em saúde.* Não basta avaliar e identificar problemas, *é importante ter compromisso com a produção de autonomia e de autocuidado dos escolares.* Não basta avaliar e identificar problemas, *é importante ter compromisso com a produção de autonomia e de autocuidado dos escolares.*” (Ibidem, p. 21, grifos meus).

As ações que compreendem o componente de ‘avaliação das condições de saúde’ têm como objetivo produzir, coletar e compilar informações a respeito do crescimento e desenvolvimento dos escolares. A ênfase empregada na definição da escola como ‘local privilegiado’ de realização destas ações justifica-se pelo “seu *caráter de triagem e considerando o ganho de escala em ambiente coletivo,* devendo ser direcionados a Unidade Básica de Saúde os educandos com necessidades de maiores cuidados.” (Ibidem, p. 22, grifos meus).

O imperativo da responsabilidade pela própria saúde, conceituada em termos de “autonomia” e “autocuidado”, persiste como aspecto fundamental da política. Para além da perspectiva de identificação e profilaxia da doença e do desvio, reitera-se que este processo tem mais sucesso quando convertido em educação em saúde. Espera-se, portanto, a produção

---

<sup>8</sup> En el desarrollo de este programa se hace recaer sobre el niño casi toda la responsabilidad de su propia salud, así como también la de su actuación decisiva para el dominio del medio.

de um determinado comportamento, que estimule transformações duradouras na conduta do indivíduo consigo mesmo, em função de sua saúde individual.

O ambiente escolar, neste contexto, caracteriza-se como uma extensão do sistema de saúde, que possibilita a expansão do alcance da rede e a ampliação dos locais de contato entre a população e o governo. Considerando a premissa do “conceito de saúde ampliado”, a instituição escolar constitui-se como ambiente propício de “triagem” e “ganho de escala”, posto que a mesma é um local de passagem obrigatória para todos os jovens brasileiros, possibilitando um campo de vigilância e normalização complementar ao sistema de saúde *per se*.

Visando a além da prevenção de doenças, a promoção da saúde representa um movimento de reorganização de ênfases e técnicas de gestão da população. Através dos mecanismos disciplinares, que produzem formas e práticas de ser e estar consigo mesmo e no meio no qual o indivíduo insere-se, “O que a educação em saúde constrói é a *identidade*. A educação em saúde é uma *experiência educativa* que fornece elementos aos profissionais e usuários para a *construção de representações sobre o que se espera de pessoas 'saudáveis' e 'doentes'*.” (GASTALDO, 1998, p. 49, grifos meus)<sup>9</sup>.

Será através do recurso do exame que as técnicas de vigilância e sanção normalizadora se articulam num procedimento de extração de verdades, que sintetiza as operações das estratégias e ações anteriores. “No coração dos processos de disciplina, ele manifesta a sujeição dos que são percebidos como objetos e a objetivação dos que se sujeitam. A superposição das relações de poder e das de saber assume no exame todo o seu brilho visível.” (FOUCAULT, 1999, p. 209).

O exame, portanto, é um produto das disciplinas e delas permanece próximo, como elemento essencial a seu pleno funcionamento. Recurso que coloca em circulação formas específicas de apreender, compreender e estimular não apenas os corpos e as consciências, mas o que pode ser, de fato, elaborado como saberes possíveis. Estratégias e ações produtivas de realidade, embasadas pela observação e análise metodológica da ciência, das quais serão extraídos saberes “verdadeiros”, passíveis de serem postos em relação à norma correspondente e distribuídos estatisticamente e individualmente, do normal ao anormal, do saudável ao não-saudável.

---

<sup>9</sup> What health education does construct is identity. Health education is an educative experience that provides elements to professionals and patients to build up representations about what is expected from 'healthy' and 'sick' people.

Empregado com ênfase nos aspectos individualizantes e diferenciais dos objetos de análise, o exame opera como matriz de produção de novos saberes, especialmente no campo das ciências que definem-se como humanas. Indivíduos transmutam-se em casos ou anamneses específicos, para que sejam inteligíveis, ao olhar científico e “imparcial” como objetos de um saber possível (CANDIOTTO, 2012).

Ao combinar vigilância e sanção normalizadora, o exame estuda o desenvolvimento infantil para compreender o adulto, analisa o delinquente para definir os limites do cidadão normal. Depreende-se que o adulto saudável, normal e correto, geralmente considerado sujeito pela medicina, pela moral e pelo direito, é continuamente elidido pelo seu outro, a saber: a criança, o doente, o louco, o delinquente. (CANDIOTTO, 2012, p. 22)

O jogo de visibilidade operado pelo exame ofusca, de certa forma, a articulação entre saber e poder que o precede. Seu resultado, suas conclusões, embasadas cientificamente, pretendem-se firmes e neutras, além de questionamentos éticos, morais ou políticos. Sua persistência ao longo do tempo possibilita a constituição de arquivos documentais e bancos de dados acessíveis, utilizáveis, de suma importância para a constante atualização normativa em função do tempo.

Os estudantes-sujeito, transmutados em estudantes-objeto, são incitados e estimulados por esse saber-poder; “é o indivíduo tal como pode ser descrito, mensurado, medido, comparado a outros e isso em sua própria individualidade; e é também o indivíduo que tem que ser treinado ou retreinado” (FOUCAULT, 2003, p. 158). Nesta perspectiva, portanto, compreendo a escola como “uma espécie de aparelho de exame ininterrupto que acompanha em todo o seu comprimento a operação do ensino.” (PORTOCARRERO, 2004, p. 174).

Operando, de certa forma, à maneira de um prisma – absorvendo feixes luminosos que, apesar da aparente homogeneidade, podem ser separados em cores, respectivas aos espectros que a compõem. Campo de visibilidade da vigilância que analisa, normas que organizam, distribuem e atribuem valores aos distintos espectros contidos num feixe que, até então, percebia-se como homogêneo. Porém, ao contrário das regras que constituem a dispersão de um feixe de luz branca – fundamentadas numa ciência natural, física – a norma que fundamenta a dispersão das singularidades dos sujeitos é móvel, variável, contingenciada historicamente, local e conceitualmente.

A participação não apenas dos educandos, mas também da comunidade escolar como um todo é reforçada constantemente, englobando além do território escolar delimitado pela estrutura física das salas, carteiras, áreas de convivência comuns, mas todo o espaço escolar

em si como agente produtor de aprendizagens, saberes, enfim, da ética que um estilo de vida mais saudável compreende, em articulação com os serviços de saúde; “uma escola que forma cidadãos críticos e informados com habilidades para agir em defesa da vida e de sua qualidade, e que devem ser compreendidos pelas equipes de Atenção Básica em suas estratégias de cuidado.” (BRASIL, 2015, p. 7)

Estratégias e ações que, em consonância com o objetivo de contribuir para o desenvolvimento integral, propiciam a participação da comunidade escolar “em programas e projetos que articulem saúde, educação e em outras redes sociais para o enfrentamento das vulnerabilidades que comprometem o pleno desenvolvimento de crianças, adolescentes, jovens e adultos estudantes brasileiros.” (Ibidem, p. 7).

À microfísica do poder, proposta nas discussões de Foucault sobre disciplina, acrescenta-se a distinção que opera realizando o tensionamento do qual emergirá o novo tema do biopoder. Isto não significa, contudo, o abandono ou superação da perspectiva disciplinar. Acoplada à chave analítica da microfísica, emerge a perspectiva “macrofísica” do poder, definida como uma “biopolítica”, cuja ênfase localiza-se nos sujeitos enquanto membros de uma população orientada por políticas públicas estatais.

#### **2.4 A vida como objeto político: articulações entre educação, saúde e os dispositivos de segurança**

A alavanca metodológica que Foucault propõe, ao estender o campo de objetos analisados pela disciplina, possibilita a emergência de novas formas de abordagem às questões de soberania política e práticas de governo, num movimento no qual cunhou-se o conceito de biopoder. Questões e práticas que, localizadas por Foucault no século XVIII, inserem-se em um momento de intensas transformações econômicas, políticas e sociais do continente europeu, marcado por crises, guerras e disputas por prestígio e afirmação dos respectivos Estados-nação.

A compreensão das relações de poder, pela perspectiva foucaultiana, aborda a emergência de um poder produtivo, positivo, que visa cultivar, estimular, recompensar determinados aspectos da conduta individual no âmbito disciplinar, produzindo forças, organizando corpos e vontades. Porém, aquele poder característico da soberania, da proibição e da morte não é esquecido, enterrado ou “deixado para trás”. Recombina-se, rearticula-se e desloca-se como complemento e estratégia de um poder que assumirá a responsabilidade pela

gerência e ordenação da vida e suas necessidades. Trata-se de uma questão de sobrevivência não apenas jurídica, do soberano mas, sim, da sobrevivência biológica de uma população.

Empregando o biopoder como conceito que caracteriza as novas formas de poder que atuam sobre as capacidades dos corpos e condutas dos indivíduos, Foucault (2021) descreveu duas modalidades mais específicas que compõem o biopoder – a anátomo-política do corpo e a biopolítica das populações.

A primeira destas modalidades a ser formada, a partir do século XVII, foi a anátomo-política, que toma o corpo como máquina, “no seu adestramento, na ampliação de suas aptidões, na extorsão de suas forças, no crescimento paralelo de sua utilidade e docilidade, na sua integração em sistemas de controle eficazes e econômicos” (FOUCAULT, 2021, p. 150). Tal investimento no corpo seria realizado através das técnicas de poder características das disciplinas localizadas nos ambientes disciplinares – instituições – como a escola, o quartel, a fábrica e o hospital, ambientes nos quais se realizam a reflexão, a aprendizagem, a educação, a forma com que se ordena a sociedade (Ibidem, 2021).

A segunda modalidade, a biopolítica das populações, constituída em torno da metade do século XVIII, “centrou-se no corpo-espécie, no corpo transpassado pela mecânica do ser vivo e como suporte dos processos biológicos” (Ibidem, p. 150). As taxas de mortalidade e natalidade, níveis de saúde, longevidade e as condições que influenciam nas suas variações são implementados como embasamento para uma série de controles regulatórios da população. Englobam, assim, o espaço social em movimento, sinalizado e tornado inteligível através da ciência estatística e da demografia (Ibidem, 2021).

Em suma, os dois pólos de poder disciplinar e regulatório operam segundo diferentes lógicas, mas são fundamentalmente isomórficos e funcionalmente complementares. São duas dimensões de um processo geral de normalização que opera para extrair, mobilizar, aperfeiçoar, controlar e possuir a vida biológica. (COLLIER, 2011, p. 255)

Foucault argumenta que tal movimento caracterizou-se pela “entrada da vida na história — isto é, a entrada dos fenômenos próprios à vida da espécie humana na ordem do saber e do poder — no campo das técnicas políticas.” (FOUCAULT, 1999, p. 133). A vida biológica da coletividade é compreendida como acontecimento político, inteligível como população, considerada “um conjunto de processos que é preciso administrar no que têm de natural e a partir do que têm de natural.” (FOUCAULT, 2008, p. 92).

Esta naturalidade atribuída à categoria “população”, entendida numa perspectiva totalizante da respectiva sociedade, é instrumentalizada como “perpetuamente acessível a



agentes e a técnicas de transformação, contanto que esses agentes e essas técnicas de transformação sejam ao mesmo tempo esclarecidos, refletidos, analíticos, calculados, calculadores.” (Ibidem, p. 94-95).

Considero pertinente tensionar, a partir das lentes analíticas da perspectiva foucaultiana que entrelaça e recombina elementos disciplinares e biopolíticos numa estratégia de segurança, documentos que emergem e estabelecem-se como referenciais ou modelos no tocante a forma com que definem, balizam e fundamentam discussões, estratégias, ações e práticas que têm como fenômeno-objeto a população. “A vida constitui, portanto, o alvo de lutas biopolíticas, mesmo sob a forma de lutas por um direito à vida, à saúde, ao corpo, à higiene, à felicidade e à satisfação das necessidades.” (ORTEGA, 2004, p. 11).

Considero de suma importância, desta forma, colocar em tensão o documento *A New Perspective on the Health of Canadians – a working document*, produzido pelo Ministério de Saúde e Bem-Estar Nacional do Governo do Canadá, publicado em 1974. Convencionalmente denominado Relatório Lalonde, em alusão ao Ministro Marc Lalonde, teve grande influência e impacto na reorientação e redefinição do conceito de saúde, popularizando a perspectiva do “campo de saúde” e fundamentando a consolidação posterior do “conceito de saúde ampliado” proposto na Carta de Ottawa (OMS, 1986).

De acordo com o Relatório Lalonde (1981), existem duas abordagens principais para que seja estimada a influência de diferentes fatores nos níveis gerais de adoecimento. Na primeira abordagem, realiza-se análise do passado, determinando em que medida foi possível identificar quais fatores contribuíram, ao longo dos anos, para as transformações na natureza e a incidência do adoecimento e morte. Na segunda abordagem, compilam-se as estatísticas atuais sobre adoecimento e morte, buscando determinar suas causas subjacentes.

Constitui-se um mecanismo de inteligibilidade dos processos intrínsecos aos desdobramentos da vida, doença e morte; ao observar as séries históricas que descrevem níveis e fatores de morbidade populacional, percebe-se a ação de uma estratégia que busca, precisamente nos fenômenos populacionais registrados, associar fatores ambientais e comportamentais de risco em níveis de maior ou menor incidência de adoecimento e morte.

Partindo destas séries históricas, ao realizar a análise dos dados do presente, é possível aprimorar métodos de observação e compilação de dados, continuidades e discontinuidades das associações previamente realizadas, a entrada de novos fatores de risco que, até então, não eram contabilizados pelos estudos.

Constroem-se “modelos-padrão”, que representam um quadro geral dos processos populacionais, tornando inteligíveis, acessíveis e úteis aos mecanismos de governo

competentes quantidades massivas de informações a respeito dos fatores, que influenciam taxas de morbidade, natalidade, prevalência de doenças, determinantes de saúde e afins sobre uma determinada população ou recorte populacional.

Ao mesmo tempo, estabelecem-se “normas-padrão”, referências a partir das quais será possível observar, medir, comparar, distribuir e projetar, no presente e no futuro, quais são as questões de saúde pública que devem ser enfrentadas hoje, problemas sobre os quais devemos estar atentos para evitar maiores consequências no futuro, além de enfermidades que podemos considerar “sob controle” ou “erradicadas” do corpo social. Em outras palavras, “Uma sociedade normalizadora é o efeito histórico de uma tecnologia de poder centrada na vida.” (FOUCAULT, 1999, p. 134).

Temos, portanto, um quadro emergente no qual a compreensão de problemas e questões relativas à vida e seus riscos são feitos inteligíveis em termos associados à prática científica que têm como objetivo a investigação, ordenamento, compreensão e potencialização da vida biológica do corpo individual e coletivo da sociedade. Desdobramento que atribui ao campo da saúde o papel de denominador comum nas articulações e relações de poder que almejam a prevenção de doenças e a promoção da saúde e estilos de vida “saudáveis”.

Cabe destacar que a produção deste mapa conceitual do campo de saúde, no qual elenca-se quatro elementos gerais que o constituem, justifica-se, de acordo com o Relatório, pela necessidade de “organizar as milhares de peças em um *padrão ordenado* que era *intelectualmente aceitável e suficientemente simples* para permitir uma localização rápida, no padrão, de quase qualquer ideia, problema ou atividade relacionada à saúde: *uma espécie de mapa do território da saúde.*”<sup>10</sup> (LALONDE, 1981, p. 31, grifos meus).

Os elementos constituintes deste “mapa”, conforme explicita o Relatório, são: (I) Biologia Humana; (II) Meio Ambiente; (III) Estilo de Vida; e (IV) Organização do Sistema de Saúde. No componente “biologia humana”, incluem-se

[...] *todos esses aspectos da saúde, tanto físicos quanto mentais, que são desenvolvidos dentro do corpo humano como um consequência da biologia básica do homem e da composição orgânica do indivíduo.* Estes elementos incluem a herança genética do indivíduo, processos de maturação e envelhecimento, e os muitos sistemas internos complexos no corpo, como esquelético, nervoso, muscular, cardiovascular, endócrino, digestivo e assim por diante (Ibidem, p. 31, grifos meus)<sup>11</sup>.

---

<sup>10</sup> (...) organize the thousands of pieces into an orderly pattern that was both intellectually acceptable and sufficiently simple to permit a quick location, in the pattern, of almost any idea, problem or activity related to health: a sort of map of the health territory.

<sup>11</sup>[...] all those aspects of health, both physical and mental, which are developed within the human body as a consequence of the basic biology of man and the organic make-up of the individual. This element includes the

O componente “meio ambiente” diz respeito a “assuntos relacionados à saúde externos ao corpo humano e sobre os quais o indivíduo tem pouco ou nenhum controle.” (Ibidem, p. 32). Temas que o compreendem incluem a fiscalização de alimentos, cosméticos e farmacêuticos comercializados, saneamento básico, níveis de contaminação da água e ar, descarte adequado do lixo, dentre outros. De maneira geral, diz respeito ao “ambiente social e as rápidas mudanças que ocorrem nele, de forma que não tenham efeitos nocivos à saúde.” (Ibidem, p. 32)<sup>12</sup>.

O elemento “estilo de vida” consiste

*[...] na agregação de decisões dos indivíduos que afetam sua saúde e sobre as quais eles mais ou menos têm controle. (...) Decisões e hábitos pessoais que são ruins, do ponto de vista da saúde, criam riscos auto-impostos. Quando estes riscos resultam em doença ou morte, pode-se dizer que o estilo de vida da vítima contribuiu ou causou sua própria doença ou morte. (Ibidem, p. 32, grifos meus)<sup>13</sup>*

Conforme apontado anteriormente, opera-se, por meio dele, na direção de construção de uma conduta interior, relacionada aos modos com que os indivíduos conduzem a si mesmos a partir da ideia de transformação pessoal. Por fim, o componente “organização do sistema de saúde” consiste na “quantidade, qualidade, disposição, natureza e relações interpessoais e de recursos na prestação de cuidados de saúde.” (Ibidem, p. 32)<sup>14</sup>. Em outras palavras, diz respeito ao sistema de saúde em si.

Elementos que são identificados pela verificação das causas e fatores subjacentes do adoecimento e mortalidade da população, bem como a avaliação da forma com que cada um dos eixos identificados afeta os níveis de saúde, possibilitando arranjos diferenciados de acordo com a problemática sujeita à análise pela matriz conceitual do campo de saúde. Tem-se, portanto, uma cientificidade e racionalidade que legitima e fundamenta a produção desta ferramenta conceitual.

A partir da matriz proposta, constroem-se espectros de visibilidade, inteligibilidade e de soluções possíveis para as questões de saúde pública de uma determinada sociedade.

---

genetic inheritance of the individual, the processes of maturation and aging, and the many complex internal systems in the body, such as skeletal, nervous, muscular, cardio-vascular, endocrine, digestive and so on.

<sup>12</sup> “social environment, including the rapid changes in it, do not have harmful effects on health.”

<sup>13</sup> [...] aggregation of decisions by individuals which affect their health and over which they more or less have control. (...) Personal decisions and habits that are bad, from a health point of view, create self-imposed risks. When those risks result in illness or death, the victim’s lifestyle can be said to have contributed to, or caused, his own illness or death.

<sup>14</sup> The quantity, quality, arrangement, nature and relationships of people and resources in the provision of health care.

Opera, portanto, no sentido de decompor analiticamente um problema, a partir de parâmetros pré-estabelecidos, com o objetivo de agregar seus elementos constituintes sob uma perspectiva distinta, que legitimada pelo tratamento analítico do conceito de campo de saúde, julga-se mais completa e totalizante do problema em questão.

Corpo, meio e comportamento articulam-se de tal forma que as pretensas dicotomias entre o público e o privado tornam-se difusas, em que os aspectos fisiológicos, comportamentais, espaciais e organizacionais do indivíduo, da coletividade, do governo e do espaço produzam uma densa rede de relações de poder, cujo denominador comum encontra-se no imperativo de uma vida mais saudável e menos exposta aos riscos, tanto auto-infligidos quanto sócio-ambientais.

#### **2.4.1 O conceito de “Campo de Saúde” sob a perspectiva analítica das tecnologias de segurança**

De acordo com Collier (2011), faz-se necessário encarar o desafio de revisitar conceitos-chave desenvolvidos por Foucault em seus cursos no Collège de France, especialmente aqueles ministrados ao longo da segunda metade da década de 1970. Tal desafio nos propõe repensar como as investigações discutidas pelo autor francês adaptam-se às complexas transformações em sua abordagem sobre o poder após Vigiar e Punir.

Então, o que eu gostaria de tentar lhes mostrar durante este ano é em que consiste essa tecnologia, algumas dessas tecnologias, (...) estando entendido que cada uma delas consiste em boa parte na *reativação e na transformação das técnicas jurídico-legais e das técnicas disciplinares* de que lhes falei nos anos precedentes. (FOUCAULT, 2008, p. 13, grifos meus)

Silva (2019) argumenta que é no curso *Segurança, Território, População* que Foucault (2008) evidencia sua proposta de demarcar a modernidade das tecnologias de segurança não apenas em relação à soberania, mas também em relação à disciplina. A problemática da biopolítica é empregada de forma que a emergência da população seja compreendida além de uma perspectiva conceitual mas, de fato, real, como sujeito-objeto desta modulação de poder.

Na aula inaugural do curso, Foucault (2008, p. 11, grifos meus) indica que

Portanto, vocês não têm uma série na qual os elementos vão se suceder, os que aparecem fazendo seus predecessores desaparecerem. *Não há a era do legal, a era do disciplinar, a era da segurança.* Vocês não têm mecanismos de segurança que tomam o lugar dos mecanismos disciplinares, os quais teriam tomado o lugar dos mecanismos jurídico-legais.

Evidencia-se, assim, que a emergência da segurança como expressão da modernidade das tecnologias de poder não implica necessariamente na substituição ou “desaparecimento” das técnicas anteriormente descritas por Foucault – soberania, disciplina e biopoder. Pelo contrário, a reorganização e recombinação destes elementos reafirma a forma com que exercem papel central nas estratégias, ações e práticas modernas, nas quais

Na verdade, vocês têm uma *série de edifícios complexos* nos quais o que vai mudar, claro, *são as próprias técnicas que vão se aperfeiçoar* ou, em todo caso, se complicar, mas o que vai mudar, principalmente, é a dominante ou, mais exatamente, *o sistema de correlação entre os mecanismos jurídico-legais, os mecanismos disciplinares e os mecanismos de segurança*. Em outras palavras, vocês vão ter uma história que vai ser uma *história das técnicas* propriamente ditas (FOUCAULT, 2008, p. 11-12, grifos meus).

Pensando juntamente com Collier (2011), entendo que é possível extrair duas assertivas a respeito desta inflexão dentro do pensamento foucaultiano. A primeira delas, negativa: não opero mais com séries de elementos que se sucedem, na qual o anterior é suplantado pelo emergente:

Anteriormente, ele tenderá a associar uma única forma de poder com uma “era”: soberania com a era clássica; disciplina e, mais tarde normalização, com a era moderna. Neste caso, ele recusa esse tipo de análise baseada na época tanto no sentido de sua estrutura temporal como em seu alcance diagnóstico (COLLIER, 2011, p. 261).

A segunda assertiva, positiva: aquilo com que estou lidando – as políticas públicas de educação em saúde – são abordadas levando em consideração as formas com que produzem e são produzidas a partir de padrões de correlação entre distintas formas de saber; ou, conforme denominadas em Segurança, Território, População, “tecnologias de poder”:

Uma tecnologia de poder pode proporcionar normas diretoras e um *telos* orientador. Mas ela não satura todas as relações de poder. Ela sugere antes um *princípio de configuração* que determina como elementos heterogêneos – técnicas, arranjos institucionais, formas materiais e outras tecnologias de poder – são reunidos e recombinações (COLLIER, 2011, p. 261, grifos meus).

Princípios de configuração que busquei identificar a partir da leitura de documentos e publicações institucionais que tratam sobre temas relacionados à educação em saúde, e as formas com que a articulação e a hierarquia entre ambas modulam-se de acordo com as contingências e possibilidades que os discursos científicos que as fundamentam permitem.

Antes de representarem modelos isomórficos de uma configuração de saber-poder estável e consistente, entendo que as tecnologias de poder encontram-se no ponto de tensão, no limiar entre dominância e a resistência. Possibilitam que conceitos, ênfases e prioridades se movimentem e produzam representações outras, inesperadas, imprevisíveis. As tecnologias de poder, desta forma, constituem parte do quadro daquilo que Foucault denomina de “sociedades de segurança” (FOUCAULT, 2008).

O próprio Foucault propõe o questionamento: “o que se pode entender por segurança?” (2008, p. 6), e elucida uma resposta nos seguintes termos:

Dispositivo de segurança que vai, para dizer as coisas de maneira absolutamente global, *inserir o fenômeno em questão (...) numa série de acontecimentos prováveis*. Em segundo lugar, *as reações do poder ante esse fenômeno vão ser inseridas num cálculo que é um cálculo de custo*. Enfim, em terceiro lugar, *em vez de instaurar uma divisão binária entre o permitido e o proibido, vai se fixar de um lado um a média considerada ótima e, depois, estabelecer os limites do aceitável, além dos quais a coisa não deve ir* (FOUCAULT, 2008, p. 9, grifos meus).

Séries de acontecimentos prováveis, cálculos de custos, estabelecimento de médias e limites “aceitáveis” indicam para um “certo número de proposições” que, em função do fenômeno-objeto enfatizado – a população – são produzidos e operam no sentido de representar e operacionalizar os processos intrínsecos da vida biológica da coletividade em acontecimento político, calculável, mensurável e normalizável. Cabe pontuarmos, portanto, características gerais que constituem tais dispositivos:

Em primeiro lugar, (...) o que poderíamos chamar de *espaços de segurança*. Em segundo, estudar o *problema do tratamento do aleatório*. Em terceiro, estudar a forma de *normalização que é específica da segurança* (...). E, enfim, chegar ao que vai ser o problema preciso deste ano, a *correlação entre a técnica de segurança e a população*, ao mesmo tempo como objeto e sujeito desses mecanismos de segurança, isto é, a emergência não apenas da noção, mas da realidade da população (FOUCAULT, 2008, p. 15, grifos meus.).

Estes quatro elementos – espaços de segurança, problema do tratamento do aleatório, normalização específica da segurança e a correlação entre a técnica de segurança e a população – articulam-se entre si, de forma que “O espaço próprio da segurança remete portanto a uma série de acontecimentos possíveis, remete ao temporal e ao aleatório, um temporal e um aleatório que vai ser necessário inscrever num espaço dado.” (Ibidem, p. 27).

Será este “espaço”, no qual as séries aleatórias ocorrem, que Foucault (2008) denominará como “meio”, entendido aqui como “o que é necessário para explicar a ação à distância de um corpo sobre outro. São, por conseguinte, o suporte e o elemento de circulação

de uma ação.” (p. 27). Realizando a aproximação conceitual entre esta noção de “meio” e o binômio educação-saúde, entendo que este é um ponto de articulação essencial que possibilita o movimento duplo de singularização e normalização securitária.

Singularização, pois em função das especificidades de cada localidade, relativas tanto à vida, individual e da coletividade quanto a aspectos físicos e ambientais nos quais insere-se, determinados aspectos de aplicabilidade da (bio)política pública são enfatizados, aquém de outros. Estende-se, portanto, para além da materialidade do corpo, mas para o cotidiano e convivência da comunidade como um todo:

Nas escolas, o trabalho de promoção da saúde com os educandos, e também com professores e funcionários, precisa ter como ponto de partida “*o que eles sabem*” e “*o que eles podem fazer*”. É preciso desenvolver, em cada um, a *capacidade de interpretar o cotidiano e atuar de modo a incorporar atitudes e/ou comportamentos adequados para a melhoria da qualidade de vida* (BRASIL, 2015, p. 8, grifos meus).

Movimentos, investimentos que se iniciam nas individualidades, mas que neles não se findam; através deles ganham corpo, energia, vitalidade e materialidade na escola e seu entorno. Conforme exposto no trecho acima, faz-se essencial um exame de potencialidades de cada contexto para que a partir do que “eles sabem” e “do que eles podem fazer”, sejam avaliadas as estratégias e ações adequadas que irão fazer circular aquilo que, de acordo com as “verdades”, serão objeto da implementação das estratégias e ações das políticas públicas de saúde na escola.

Normalização, pois estes mesmos processos e fenômenos, “naturalizados” e inteligíveis como conjuntos de séries, constituem “campos de intervenção”:

Portanto, é esse *fenômeno de circulação das causas e dos efeitos* que é visado através do meio. E, enfim, o meio aparece como um *campo de intervenção* em que, em vez de atingir os indivíduos como um conjunto de sujeitos de direito capazes de ações voluntárias - o que acontecia no caso da soberania -, em vez de atingi-los como uma multiplicidade de organismos, de corpos capazes de desempenhos, e de desempenhos requeridos como na disciplina, vai-se procurar atingir, precisamente, uma população (FOUCAULT, 2008, p. 28, grifos meus).

Essa população, inserida em determinado espaço, num “meio”, está sujeita às suas condicionalidades e suscetível aos efeitos que essa correlação possibilita. A população emerge, desta forma, como elemento que produz e também é produzida pelo meio em que está inserida; não apenas como uma “noção”, mas como “realidade”.

Ou seja, uma multiplicidade de indivíduos que são e que só existem profunda, essencial, biologicamente ligados à materialidade dentro da qual existem. *O que vai se procurar atingir por esse meio é precisamente o ponto em que uma série de acontecimentos, que esses indivíduos, populações e grupos produzem, interfere com acontecimentos de tipo quase natural que se produzem ao redor deles* (FOUCAULT, 2008, p. 28, grifos meus).

Operação que é realizada em função da saúde, de uma “consciência de saúde” que cultiva-se em função da invariante do fato-população que Foucault indica ser “aquilo por que todos os indivíduos vão agir”, o desejo:

O desejo é a *busca do interesse para o indivíduo*. O indivíduo, de resto, pode perfeitamente se enganar, em seu desejo, quanto ao seu interesse pessoal, mas há uma coisa que não engana: que o jogo espontâneo ou, em todo caso, espontâneo e, ao mesmo tempo, regado do desejo permitirá de fato a produção de um interesse, de algo que é interessante para a própria população. *Produção do interesse coletivo pelo jogo do desejo: é o que marca ao mesmo tempo a naturalidade da população e a artificialidade possível dos meios criados para geri-lá*. (FOUCAULT, 2008, p. 95, grifos meus)

Argumento, portanto, em consonância com Collier (2011), que a população não é compreendida como objeto de controle estatal, mas como “princípio de limitação” sobre a atividade do Estado. Os dados, estatísticas, indicadores, relatos, vídeos e imagens, produtos da articulação entre a população e o “meio” no qual inserem-se e objetos de investigação e análise pelos agentes competentes, constituem a materialidade do que Gastaldo (1998) denomina de “o social”.

No sistema de saúde, nos lares ou nas escolas, as relações de poder em funcionamento são tradicionalmente descritas como pertencentes às esferas pública ou privada. No entanto, as lentes analíticas do biopoder possibilitam o tensionamento desta dicotomia, associando a noção de “social” à perspectiva foucaultiana de segurança: “'o social' foi inventado para lidar com as diferenças sociais, não por meio do direito ou da economia, mas por meio da reinvenção dos espaços sociais e da criação de normas que circulam entre o que é tradicionalmente chamado em sociologia de público e privado.” (Ibidem, p. 39, grifos meus.)<sup>15</sup>.

O “social” caracteriza-se, assim, como resultado do processo de “hibridização” dos polos dicotômicos. O exercício do biopoder ocorre neste movimento de (re)combinação construtiva, que possibilita a formulação de campos de intervenção na esfera privada, em

---

<sup>15</sup> 'The social' was invented to deal with social differences, not through law or economics, but through reinventing social spaces and creating norms that circulate between what is traditionally called in sociology public and private.



função dos desejos e necessidades dos indivíduos: o desejo de ser saudável, de ter uma vida mais longa e satisfatória; de prevenir a doença e promover a saúde.

As figuras-chave deste processo - profissionais da saúde, profissionais da educação, administradores públicos, comunidade escolar, escolares - não se localizam antes ou depois dos movimentos de recombinação, num regime estável de conhecimento-poder: “Situam-se antes, precisamente, *no meio da ruptura, em lugares de problematização* nos quais as formas existentes perderam sua coerência e capacidade de influência sobre os problemas presentes, e nos quais *novas formas de entendimento e ação precisam ser inventadas.*” (COLLIER, 2011, p. 270, grifos meus).

Para cada média estatística produzida a partir da matriz do campo da saúde, conforme exposto pelo Relatório Lalonde (1981), existem recortes populacionais que influenciam diferencialmente o resultado.

A fim de melhorar as condições de saúde subjacentes a uma determinada média, portanto, *é necessário subdividir a “população” contribuinte para que a atenção possa ser focalizada naquela parte da população que está fazendo a maior contribuição negativa para a média.* Este segmento da população total é o que chamamos de *“população em risco”*. (Ibidem, p. 38-39, grifos meus)<sup>16</sup>

Este risco é expresso estatisticamente, em termos de percentuais e probabilidades. Identificada a “população em risco”, faz-se necessário determinar as características do seu perfil, para que os fatores de risco sejam identificados. A constituição deste recorte populacional em “risco” ocorre através de um processo analítico, no qual são combinados três tipos de dados: causas de mortalidade e tipos de morbidade, fatores subjacentes da ocorrência e segmentos da população suscetíveis (LALONDE, 1981).

Compreende-se, portanto, como uma estratégia de segurança que, através da produção de índices e médias estatísticas, possibilita a construção de um campo de intervenção nos comportamentos relacionados à saúde da população. Associados aos fatores de risco, tanto ambientais como comportamentais, já que a ambos é atribuído o mesmo nível de importância como determinantes da saúde individual e coletiva, tem-se a articulação entre a população e o meio, que fundamenta e legitima a cientificidade atribuída à decomposição analítica realizada através da matriz do campo de saúde .

---

<sup>16</sup> In order to improve the health conditions underlying a particular average, it is therefore necessary to sub-divide the contributing “population” so that attention can be focused on that part of the population which is making the greatest adverse contribution to the average. This segment of the total population we call a “population at risk”.

Será através da implementação de medidas preventivas a comportamentos que possam gerar riscos autoimpostos e adoecimento, portanto, que será possível estender a abrangência do sistema de saúde: “Em grande medida, portanto, a maior disponibilidade de serviços de saúde para os canadenses *depende do sucesso que pode ser alcançado na prevenção de doenças por meio de medidas tomadas em biologia humana, meio ambiente e estilo de vida.*” (LALONDE, 1981, p. 37, grifos meus).

A relação de causa e efeito articulada pelo relatório, desta forma, associa a implementação de medidas de prevenção, especialmente voltadas para a mudança de hábitos e comportamentos dos indivíduos associados a riscos autoimpostos e adoecimento, à maior disponibilidade de recursos para a expansão dos serviços prestados e construção de estabelecimentos de saúde, como ambulatórios e centros de cuidado extensivo. Em função deste cálculo de custo, fundamenta-se a produção de uma lógica de saúde preventiva, que tem no conceito de campo de saúde a matriz analítica que opera como ferramenta de decomposição e reorganização técnica, científica e prática da implementação das políticas públicas.

Dentre os elementos cuja importância, de acordo com o relatório, é “igualada” à organização do sistema de saúde, dois (biologia humana e estilo de vida) dizem respeito ao corpo - tanto no seu aspecto fisiológico e biológico quanto nos seus hábitos, comportamentos e valores que influenciam positivamente e negativamente nas formas com que a vida, individual e coletiva - e na sua articulação com o meio no qual está inserido. A abordagem da educação em saúde, desta forma, torna-se uma alternativa viável para o investimento em estratégias e ações voltadas à conversão de hábitos e comportamentos que geram maiores riscos e oneram o sistema de saúde responsável pela gestão da saúde da população.

A ênfase analítica proposta direciona-se para os padrões de correlação, para recombinações que são operadas entre diferentes técnicas ou, mais especificamente, tecnologias de poder; Collier (2011) propõe chamá-las de “topologias de poder”<sup>17</sup>. Movimento que se preocupa, principalmente, em analisar as formas com que são tratados e reunidos distintas técnicas, elementos materiais e formas institucionais participantes neste processo de (re)construção contínua e intersetorial, modulado em função dos recortes populacionais, territoriais e objetivos globais das políticas públicas de educação em saúde.

---

<sup>17</sup> A respeito do uso do termo “topologia”, Collier (2011, p. 246-247, grifos meus) afirma: “Tenho em mente, aqui, uma analogia aproximada à topologia como ramo da matemática preocupado não exclusivamente com as propriedades geométricas dos objetos, mas com *a maneira pela qual os espaços são organizados, com as propriedades de conectividade que surgem de certos arranjos de elementos, e com suas transformações.*”

Em seu quarto capítulo, o Relatório Lalonde (1981) apresenta e desenvolve o conceito de Campo de Saúde, composto por quatro elementos gerais: Biologia Humana, Meio Ambiente, Estilo de Vida e Organização do Sistema de Saúde. Tais elementos emergiram como resultados de investigação das causas e fatores subjacentes de adoecimento e morte no Canadá, bem como da avaliação de sua influência nos níveis de saúde do país, resultante da coleta, análise e compilação de dados e informações a respeito do processo saúde-doença da população canadense, bem como de associações a fatores de risco ambientais, comportamentais e organizacionais identificados.

Define-se que esta estrutura conceitual representa uma “poderosa ferramenta” (LALONDE, 1981, p. 33) que possibilitaria analisar e determinar os problemas e necessidades em saúde, oferecendo maior clareza e eficácia na implementação das estratégias e ações mais adequadas para cada situação ou problema enfrentado. Cinco atributos, características e consequências oriundos da adoção deste modelo são elencados no relatório.

Em primeiro lugar, uma das consequências seria a elevação das categorias Biologia Humana, Meio Ambiente e Estilo de Vida ao mesmo nível de importância da Organização do Sistema de Saúde. Em segundo lugar, entende-se Campo de Saúde como um conceito “compreensivo”, que permite englobar todos os aspectos da saúde e possibilitar que tenham a devida consideração, e que todos os atores – pacientes, médicos, cientistas, políticos e educadores em saúde – tenham consciência dos papéis e influência que operam em relação à promoção da saúde.

Em terceiro lugar, possibilita um sistema de análise no qual qualquer questão pode ser examinada a partir dos quatro elementos, avaliando sua significância relativa e interdependência. Essa análise permite que o foco dos programas seja direcionado aos fatores que possuem, mediante análise, maior potencial de contribuição. Em quarto lugar, possibilita a distribuição dos fatores em subdivisões. Proporciona a produção de “mapas” que demonstram a forma como constrói-se a rede de conexões entre os problemas de saúde e suas causas subjacentes, bem como os fatores que se relacionam entre si.

Por fim, o Conceito do Campo de Saúde esboça uma nova perspectiva em saúde, na qual há mais liberdade para que questões até então pouco abordadas sejam exploradas e reconhecidas como objetos da política de promoção da saúde (LALONDE, 1981).

Entendo que a perspectiva de “campo de saúde” proposta pelo relatório articula-se consideravelmente com os dispositivos de segurança descritos anteriormente. Ao propor às categorias de Biologia Humana, Meio Ambiente e Estilo de Vida um nível semelhante de importância ao que, na perspectiva do Relatório, era até então atribuído à Organização do

Sistema de Saúde têm-se, de fato, um movimento de reorganização, reorientação, redistribuição da direção e ênfase das estratégias, ações e práticas às quais iniciativas governamentais relacionadas à saúde da população deveriam fundamentar-se. Evoca-se, desta forma, uma transmutação do que seria pertinente ao âmbito de ação da ciência médica, indo além da abordagem do processo saúde-doença que enfatiza a doença, centrada e limitada pelo ambiente hospitalar.

Equivalem-se componentes que compreendem distintos aspectos da saúde, individual e coletiva, que interpelam-se no exercício de produção da saúde. Ações direcionadas aos indivíduos e seus comportamentos cotidianos são considerados como equivalentes à ações voltadas para melhorias no meio onde a vida se desdobra. Fundamentam-se, portanto, com o mesmo nível de legitimidade, tanto ações exteriores ao indivíduo quanto ações voltadas para seus comportamentos, valores, atitudes, conhecimentos e competências - como uma ação educativa em saúde, construtora de identidade e subjetividade.

Recombinam-se elementos construtivos da abordagem que oferece as fundações do conceito de saúde ampliado, compreensivo, que engloba em si esforços e investimentos destinados não apenas ao cuidado e tratamento da doença. Séries e conjuntos de acontecimentos tornam-se inteligíveis, passíveis de identificação, classificação e distribuição em hábitos, comportamentos, lugares e ambientes que, submetidos à decomposição analítica propiciada pela matriz do Campo de Saúde, possibilitam a compreensão desta parte da experiência humana constituída pela saúde que estende-se para além do fato-doença, mas que englobam a vida como um todo.

Essa proposta justifica-se, no entanto, pela necessidade de empreender a “vida como um todo”, possibilitando sua operacionalidade através dos vetores do meio ambiente, biologia humana e estilos de vida. O foco, porém, localiza-se principalmente nas escolhas do indivíduo como membro da sociedade, seus comportamentos, hábitos e as consequências oriundas dos estilos de vida que podem produzir riscos de adoecimento, os quais, por sua vez, geram maior demanda e recursos financeiros para o sistema de saúde do país. A adoção de uma lógica preventiva de saúde como elemento educativo, em função da transformação de hábitos e comportamentos em saúde “onerosos” para a sociedade, transforma o esforço de englobar “a vida como um todo” numa justificativa para que se sejam alocados mais recursos públicos para a ampliação da própria rede de atenção em saúde.

A partir desta proposta de compreensão, pautada pela recombinação de elementos, técnicas e instituições, entendo que operam em certo grau de sincronia orientada pela necessidade de produzir escolhas saudáveis, vidas saudáveis, ambientes saudáveis e políticas

saudáveis. Se faz necessário, desta forma, entender como a articulação entre saúde e educação se deu e quais princípios orientadores influenciaram e influenciam a hierarquia dos saberes envolvidos nas estratégias, ações e práticas implementadas no tocante à educação em saúde.

No próximo capítulo, me proponho a realizar este esforço, através da exploração e investigação de dois momentos históricos<sup>18</sup> da ciência médica - Medicina Preventiva e Promoção da Saúde, compreendidos como “tecnologias de poder”. Estes movimentos não constituem uma sequência de modelos que se sucedem um ao outro, mas como edifícios complexos que se modulam e se recombinaem constantemente, possibilitando vislumbrar uma “história das técnicas” da educação em saúde.

Antes de arriscar compreender os porquês, buscarei apreender os “comos”, as possibilidades de emergência das estratégias, ações e práticas que tornam o presente possível; como as ênfases se transformam no decorrer do tempo, e de que forma a ciência como grande lugar das “verdades” faz com que certos debates sejam possíveis e de que forma as resistências organizam-se em função dos discursos hegemônicos.

Um poder que assume para si a responsabilidade de “produzir vida” e “educar para a saúde” terá que, necessariamente, transversar as problematizações pertinentes à forma com que a hierarquia dos saberes de ambos os campos interpelam-se na produção de documentos, diretrizes e manuais de educação para/em saúde ao longo das décadas.

---

<sup>18</sup> De acordo com Gastaldo (1998, p. 95, grifos meus), a abordagem histórica do biopoder “relaciona-se com *tendências gerais* e abrange longos períodos de tempo, permitindo uma busca pelos *efeitos do biopoder no corpo social*.”.

### **3. ENSINAR PARA PREVENIR: MEDICINA PREVENTIVA E PROMOÇÃO DA SAÚDE PELAS LENTES DA SEGURANÇA-EDUCAÇÃO-SAÚDE**

O amadurecimento, especialmente a partir do início do século XX<sup>19</sup>, de práticas institucionalizadas que articulem educação e saúde nos ambientes escolares, está intrinsecamente relacionada aos discursos e às verdades possíveis a respeito da educação, da saúde e da forma com que a articulação entre estes campos de conhecimento ocorre em sua operacionalidade no ambiente escolar e no seu entorno, conforme observado no tensionamento que apresento aqui.

Convém, portanto, compreender quais são os campos de discursividade que modulam as propostas, manuais, guias e programas que embasaram a aplicabilidade das estratégias, ações e práticas de educação para/em saúde. Assim, discuto de que forma refletem as “verdades” que os legitimam como instrumentos de políticas públicas e quais “verdades” são colocadas em circulação, em operação a partir dos mesmos.

Analiso três grandes campos de discursividade que, em meu entendimento, entrelaçam-se num contínuo movimento de transformação e recombinação de princípios, valores, estratégias, ações e práticas, cujos produtos assumem materialidade na forma de documentos normativos, manuais, leis, e políticas públicas que versam sobre a articulação institucional entre educação e saúde.

#### **3.1 A “época preventiva” e sua aplicabilidade prática no Rio Grande do Sul da década de 1960**

A Medicina Preventiva, de acordo com Souza (2014), foi implementada no Brasil, na década de 1950 como resposta à percepção de uma crise da prática médica, causada por três fatores: (I) especialização crescente; (II) aumento dos custos da atenção; (III) dificuldades em expandir a cobertura da rede de prevenção. Teve como proposta a melhoria das práticas médicas alterando a educação médica:

*Assim, as reformas defendidas se atêm a um projeto pedagógico, e não a uma reforma da organização da assistência. Na prática, a grande inovação é a criação, nas faculdades de medicina, dos departamentos de medicina preventiva, responsáveis pelo ensino da epidemiologia e da bioestatística, de ciências da conduta como a psicologia e a sociologia e da administração de serviços de saúde (SOUZA, 2014, p. 10, grifos meus).*

---

<sup>19</sup> Ver LIMA (1985).

De acordo com Arouca (1975), o campo da Medicina Preventiva teve sua formação discursiva construída a partir de três eixos principais: (I) a Higiene, originada no século XIX e estritamente ligada ao desenvolvimento do capitalismo e da ideologia liberal; (II) a discussão, nas décadas de 1930 e 1940, em torno dos custos da atenção médica nos Estados Unidos, inserida no contexto da Grande Depressão e sob uma nova divisão de poder internacional; (III) a redefinição das responsabilidades médicas, que emerge do interior da educação médica.

Elementos que caracterizam as reformas preconizadas nos projetos político-pedagógicos das faculdades de medicina, com enfoque na medicina preventiva, podem ser identificados nas publicações da *Oficina Sanitaria Panamericana* (GARZA BRITO, 1944; HORWITZ, 1952; MOLINA, 1954). Fundada em 1902 como Repartição Sanitária Internacional, teve seu nome alterado para Repartição Sanitária Panamericana (RSP ou *Oficina Sanitaria Panamericana*) em 1923. Em 1943, como resolução da XII Conferência Sanitária Panamericana, sua nomenclatura foi alterada definitivamente para Organização Panamericana de Saúde (NUNES, 2008).

Garza Brito (1944) argumenta que a sociedade enfrentava novos problemas, dentre os quais a correta adaptação das práticas da medicina às mudanças “quase diárias” na vida social e econômica dos indivíduos e das coletividades. Mudanças que, segundo o autor, motivaram os progressos da ciência médica e a necessidade crescente de serviços adequados à conservação da saúde dos indivíduos e da comunidade, em todas as fases da vida.

A prática da medicina integral, “atividade social e humanista”, deveria ser altamente dinâmica. A evolução da sociedade e da ciência, seus ajustes e reajustes, os métodos e mecanismos aos quais são submetidos deveriam se adaptar a situações e condicionantes variáveis, próprias da vida humana. A abordagem da medicina preventiva, numa época em que a expectativa de vida era cada vez maior, deveria basear sua atuação para o “sustento da vida” no tratamento do câncer, da diabetes, as doenças cardiovasculares e renais e a profilaxia do adoecimento evitável, oferecendo ao médico um “campo sem limites” para atuação (GARZA BRITO, 1944, p. 613).

Aponta, também, para a necessidade de maior, melhor e mais rápida compreensão social da situação, sendo que os próprios governos deveriam incluir a saúde em seu âmbito de responsabilidade. A profissão médica, desta forma, encarregar-se-ia de operar a estreita integração entre conhecimentos especializados, buscando também a cooperação com os governos para que a saúde alcançasse a sua devida importância mundial. Desta maneira, o

médico “asseguraré seu próprio progresso e a confiança que o povo teve e tem na mais antiga, nobre e humana das profissões.” (GARZA BRITO, 1944, p. 613)<sup>20</sup>.

O aspecto social da ciência e a transformação da medicina num exercício de função social são abordados por Horwitz (1952), tendo em vista os objetivos de prolongação da vida e obtenção de meios para satisfazer as necessidades básicas dos indivíduos, melhorando as condições do ambiente em que vivem. Simultaneamente, exerce a ação humanizadora de estimular o desenvolvimento cultural do ser humano, possibilitando a compreensão “real” dos valores de sua existência.

A medicina, portanto, seria uma ciência tanto biológica quanto social, sendo o ser humano condicionado por fatores como a fisiologia, psicologia, a sociologia e a cultura. Parte integrante de uma estrutura, inserido num ambiente e submetido a estímulos das mais distintas naturezas, que são condicionantes das doenças que o acometem. Em um mundo marcado pelo conflito de ideias, o esforço médico mantém-se dirigido à obtenção e extensão do bem-estar humano, evidência de que a medicina segue exercendo notória ação social (HORWITZ, 1952).

Dentre as contribuições “valiosas” que o campo da medicina preventiva poderia oferecer, Molina (1954) destaca a especialidade que ela assume como projeção sobre o campo da salubridade, constituindo um “vínculo de natureza”<sup>21</sup> com outras disciplinas que ocupam-se do ser humano e seu ambiente, nas esferas pública e privada do governo. Desenvolve, também, estruturas organizacionais, princípios e métodos administrativos, estatísticos e epidemiológicos que, postos a serviço da formação do médico, impulsionariam progressos significativos neste processo.

Tal contribuição demonstraria uma forma especial de educação ativa, aplicável a outras profissões e, em especial, para pedagogos em geral; mas que se expressa da melhor maneira quando aplicada ao campo médico. A função mais importante do ensino médico seria, desta forma, preparar um profissional generalista, “capacitado para diagnosticar, prevenir e tratar as enfermidades dos indivíduos, famílias e grupos a que serve, e para *cumprir seu papel de líder na sociedade*.” (MOLINA, 1954, p. 444, grifos meus)<sup>22</sup>.

A emergência do discurso médico-preventivo caracteriza-se como uma reformulação, reorganização tida como necessária nos currículos do ensino médico do início do século XX,

---

<sup>20</sup> (...) aseguraré su propio progreso y la confianza que el pueblo ha tenido y tiene en la más antigua, la más noble y la más humana de las profesiones.

<sup>21</sup> MOLINA, 1954, p. 443.

<sup>22</sup> (...) capacitado para diagnosticar, prevenir y tratar las enfermidades de los individuos, familias y grupos a que sirve, y para *cumplir su papel de líder en la sociedad*.



enfatizando a intensa transformação da sociedade como um todo e a necessidade de o ensino, prática e estratégia do campo médico de tornar inteligíveis e apropriar-se de tais fenômenos.

Para além de uma atuação “restrita” do profissional médico, que atuava em resposta às demandas oriundas geralmente dos estabelecimentos de saúde, associadas especificamente à doença, a medicina como mecanismo de prevenção de doenças assume posições mais ativas, que se inculcam à forma com que o indivíduo e a coletividade levam suas vidas no cotidiano. O exercício da medicina, desta forma, passa a ser compreendido como prática biológica e social, exercendo o papel de “ação humanizadora” na necessária compreensão dos “reais valores” da sua existência.

A ênfase dominante sintetizada na “cura da doença” transmuta-se num imperativo de “sustentação da vida”, atribuindo a si própria a responsabilidade e dever de guiar a “evolução da sociedade e da ciência”. A ciência médica coloca-se como chave de inteligibilidade que fundamentaria a identificação e solução dos problemas relativos à vida e cotidiano da população. A afirmação da sua área de atuação como sendo “sem limites” denota, portanto, esta perspectiva totalizante da sociedade, tanto da população quanto dos locais em que está inserida.

Através da inclusão de novas competências necessárias para o pleno exercício da sua profissão, como a Medicina Preventiva da Higiene, Bioestatística, Epidemiologia, Sociologia Médica, Filosofia da Medicina Preventiva e Higiene, Administração Sanitária, Bacteriologia, Parasitologia, Imunologia, entre outros (GARZA BRITO, 1944; HORWITZ, 1952), compreende-se que “em todos os aspectos da medicina existem procedimentos de prevenção, se faz-se necessário discuti-los durante o percurso do ensino clínico” (HORWITZ, 1952, p. 24)<sup>23</sup>.

Note-se que os documentos mencionados acima discorrem principalmente a respeito da necessidade de reformas nos modelos de ensino médico. Os primeiros objetos de investimento desta nova normativa preventiva foram, portanto, os futuros médicos, que devem estar conscientes de seus papéis como “líderes nas sociedades”. O ensino médico e o produto do seu processo, o “médico-generalista”, são operadores essenciais desta nova proposta de medicina que busca associar-se ao ideal de uma saúde integral, completa e total da população.

Concomitantemente, como apresentarei a seguir, tal compromisso com a saúde e com os seus condicionantes socioespaciais tornam-se objetos de um esforço comunicacional, de

---

<sup>23</sup> (...) en todos los aspectos de la medicina existen procedimientos de prevención y que se hace necesario discutirlos durante el curso de la enseñanza de la clínica.

“tomada de consciência” pelos agentes públicos, pelos indivíduos identificados como “úteis” neste esforço de divulgação sanitária e pelo despertar de uma “consciência sanitária” na população em geral, como forma de prevenção e combate à “ignorância” acerca de questões de saúde pública.

Utilizarei como exemplo da maneira com que os ideais da medicina preventiva dispersam-se e materializam-se em estratégias, ações e práticas a partir da descrição realizada por Raul Di Primio, na época professor catedrático de Parasitologia da Faculdade de Medicina da então Universidade do Rio Grande do Sul (UFRGS), no texto *Educação Sanitária e a Doença de Chagas no Rio Grande do Sul* (1961).

Segundo o autor, a educação sanitária consistiria em uma das “poderosas e fundamentais” medidas de prevenção contra as doenças transmissíveis, questão que, no entanto, apesar de estar “superada” nos meios acadêmicos e científicos, “não se realiza realmente com o interesse que deve merecer como arma de combate, reconhecidamente insuperável, adaptada às condições do meio, aos variados e complexos fatores sociais, econômicos e psicológicos” (DI PRIMIO, 1961, p. 28).

A ampla e necessária divulgação dos princípios de Saúde Pública objetivava, principalmente, “combater a ignorância, dissipar noções errôneas e arraigadas, despertar a consciência sanitária como medida de preservação da saúde, base primordial da Medicina Preventiva.”. Durante as viagens que realizou pelo interior do estado do Rio Grande do Sul, fica nítido para o autor a forma com que as zonas rurais permanecem em estado de “ostracismo sanitário”; locais nos quais o imperativo da saúde ampara-se, primordialmente, no “instinto de conservação da vida” (Ibidem, p. 28).

Propõe que a erradicação sistemática e contínua da Doença de Chagas dependeria de três fatores essenciais, interdependentes entre si: “casa, vector e educação sanitária”. Sugere que, em relação ao fator de habitação, faz-se necessária uma “campanha de orientação na construção da casa rural à prova de triatomíneos<sup>24</sup> de qualquer tipo, do mais singelo à fina mansão.” (Ibidem, p. 29)

A respeito da educação sanitária, afirma que “Cabe, em parcela ponderável, à *falta de educação sanitária, à deficiente instrução do povo e à ausência de orientação dos poderes públicos*, a construção das deploráveis moradias rurais, onde tudo falta menos o conjunto das condições favoráveis à sobrevivência dos triatomíneos.” (p. 29, grifos meus). Em trecho subsequente, argumenta que “A *ignorância sobre a significação* da presença em grande

---

<sup>24</sup> Os triatomíneos são insetos hematófagos obrigatórios conhecidos como barbeiros, chupanças e outras denominações regionais, espécies potencialmente vetores do *Tripanossoma cruzi*, agente da Doença de Chagas.

número de triatomíneos no interior das casas confere a impassibilidade das pessoas que se conformam com o parasitismo.” (p. 30, grifos meus).

Di Primio (1961) avalia que o nível de comprometimento da classe médica gaúcha com os princípios da medicina preventiva e divulgação sanitária variam desde o “indiferentismo ao evidente interesse científico.”:

Os médicos que labutam no interior, pela estafante e polimorfa atividade profissional, pela exiguidade de tempo ou displicência, *não dispensam atenção para as questões de medicina preventiva na divulgação dos conhecimentos profiláticos de muitas endemias. Mas, se com a notória autoridade ou ascendência que têm sobre as heterogêneas camadas sociais, dedicassem uma parcela da sua atividade, nos interregnos da árdua profissão, pelo menos por um sentimento de filantropia ou de caridade cristã, em torno da difusão das medidas preventivas*, diferentes seriam os índices de morbidade e de mortalidade em muitas regiões desprotegidas. (p. 30, grifos meus)

Destaco brevemente aqui o reconhecimento dado por Di Primio para a “notória autoridade e ascendência” que os médicos teriam em relação à população, reiterando a importância e a posição social de destaque que lhes é atribuída e, de certa forma, esperada, como agente de avanços sanitários da sociedade. O autor elenca, ainda, uma série de indivíduos da comunidade que, com o devido treino e preparação, seriam úteis para as campanhas de prevenção, dentre eles: “Farmacêuticos antigos, não diplomados ou licenciados, enfermeiros práticos, auxiliares de laboratório, professores, amadores de História Natural” (p. 31).

É de suma importância que os preceitos, princípios, estratégias e ações possíveis que o campo da medicina preventiva legítima e embasa sejam transmitidos, dispersos, postos em circulação, para que materializem, enfim, a ação preventiva na realidade cotidiana da sociedade. Di Primio (1961) afirma que tanto as conferências dirigidas a médicos e laboratórios, com destaque ao enfoque diagnóstico, quanto palestras mais simples, ministradas em “clubes, colégios, fábricas, quartéis ou qualquer coletividade” (p. 31) alcançam os objetivos esperados. Além dessas, destaca o sucesso obtido através de transmissões radiofônicas de suas palestras, devido ao seu grande alcance e presença capilarizada pelos municípios do estado.

O papel da imprensa também é destacado pelo autor, através da divulgação de noções sobre a doença de Chagas e a transcrição de folhetos fornecidos pelo médico sobre o tema. E não apenas a imprensa escrita teria papel fundamental nesta missão:

Além da propaganda sanitária pela imprensa falada e escrita, hoje, apresenta-se a televisão, como arma eficiente de divulgação, pela objetividade e alcance, cuja importância mais se avulta com a presença do transmissor nos centros urbanos onde ela atua como elemento poderoso do progresso (DI PRIMIO, 1961, p. 32).

Por fim, é ressaltado o binômio educação e saúde, que deve orientar o ensino escolar em consonância com as necessidades médicas respectivas de cada região. Esta tarefa seria de suma importância para a divulgação sanitária, devendo ser realizada por meio de “palestras acessíveis, com cartazes, desenhos, filmes, dispositivos, maquetas” (p. 32), destacando-se sempre a combinação da memória visual e auditiva.

Asseveram-se, nesta breve descrição, as formas com que o cotidiano, a vida e os lugares são englobados como pontos focais onde a biopolítica é aplicada, a partir de múltiplos vetores. Para além dos ambientes hospitalares ou educativos, a materialidade do espaço torna-se inteligível e operável através da perspectiva preventiva. O médico e a medicina, desta forma, atuam como operadores, (inter)mediadores, nós da rede biopolítica cujo papel é inculcar nos agentes públicos e na população os princípios e valores da "consciência sanitária", que fazem a transposição dos temas científicos das universidades e laboratórios para o cotidiano da população.

Essa articulação manifesta-se a partir das *relações de comunicação*, quando é exercida através de conferências, palestras e transmissões radiofônicas e televisivas, como a *aplicação de capacidades técnicas*, ao definir normas para a construção de moradias adequadas ou pela constatação da incapacidade dos agentes político-sanitários em cumprir seu dever e do seu subsequente treinamento adequado para, de fato, implementar medidas em prol do objetivo de “preservar a saúde” e pelo papel enfático que a ciência médica assume para si mesma nesta disposição de *relações de poder*, em que o imperativo da saúde seria posto em prática através de seus princípios, estratégias e métodos, com o médico exercendo papel de liderança na sociedade. O imperativo da saúde que tem é um de seus princípios essenciais à difusão da educação sanitária, através da qual deve-se “*Educar por todos os meios, em todas as idades e sempre para não multar, deve ser o lema do sanitarista moderno, compreensivo e humano.*” (DI PRIMIO, 1961, p. 32, grifos meus).

Compreendo que, a partir dos documentos analisados nesta seção, formula-se uma modulação específica do papel que a ciência e os profissionais da saúde deveriam exercer na sociedade da época. Partindo do reconhecimento do papel social, biológico e humanista da medicina, juntamente da sua potencialidade operacional como elemento que possibilita que os avanços científicos do sanitarismo resultem em melhorias no cotidiano das populações,

compreende-se que sua missão também inclui o investimento na educação para a saúde dos indivíduos, cuja função é a de estimular neles a compreensão dos “reais valores” da sua existência e superação da “ignorância” a respeito da profilaxia e prevenção adequada.

Para que isto ocorra, torna-se necessário que as ações voltadas para este objetivo sejam moduladas de forma a atingirem públicos para além dos estabelecimentos de saúde e conferências acadêmicas. Invocam-se a mídia, instituições da sociedade civil e “pessoas de interesse” (entre eles, os profissionais da educação) que possam receber o treinamento adequado e contribuir para a divulgação do ideal da saúde preventiva. Nas escolas, incentiva-se a utilização de recursos atrativos e que estimulem a curiosidade e os sentidos dos educandos, conscientizando-os da sua responsabilidade individual no processo de melhora e conservação da sua saúde e da adequação dos ambientes onde vivem aos preceitos do sanitarismo.

Espera-se, também, que os agentes públicos responsáveis pela elaboração, fiscalização e aplicação de leis e normas sanitárias tenham a capacitação adequada para tratar destes temas, reforçando, assim, a influência que a ciência médica exerce como legitimadora de estratégias e ações que mediam a relação entre governo e população: educar, portanto, de todos os meios e para todas as idades.

Fundamentados pelos ideais do preventivismo, manuais, guias e políticas públicas que objetivam articular as áreas da educação e saúde são, concomitantemente, produtos deste princípio de configuração específico da época preventiva e produtores de sentido para os conceitos que empregam na construção e formulação das propostas. Será a partir da definição e construção discursiva operada em função destes que as representações do que, de fato consiste educar para a saúde e quais as práticas devem ser empregadas no ambiente escolar, que produzir-se-ão os documentos analisados a seguir.

### **3.2 Formulação de um Programa de Educação Sanitária preventiva: (des)continuidades com o presente**

De início, destaco o documento *La Educación Sanitaria en la Escuela* (CARACAS, 1946), no qual seu propósito é definido da seguinte maneira: “Se queremos melhorar a saúde de um povo, devemos ensinar-lhe os benefícios da *medicina preventiva e saneamento*, e ao mesmo tempo os *hábitos higiênicos necessários* para uma boa saúde *pessoal e social*.” (p. 5,

grifos meus)<sup>25</sup>. O objetivo estabelecido do programa é “ajudar cada criança a dominar e melhorar o ambiente onde vive e ensiná-lo a aumentar e conservar sua saúde para viver e trabalhar mais e melhor” (p. 5).

O papel do professor é tido como o principal fator para o desenvolvimento adequado dos programas de educação sanitária. Espera-se que, além de ter os conhecimentos necessários sobre princípios de higiene, prevenção de doenças e métodos pedagógicos, o professor viva sua vida “higienicamente”, de forma a estimular os alunos a seguirem seu exemplo. Essa influência inicia-se na escola, mas, com o fomento do professor, deve transbordar para fora dela, para os lugares, em especial, para a vida e ambiente familiar (CARACAS, 1946).

A compreensão produzida pelo documento, acerca da forma com que as crianças entendem a importância da saúde nas suas vidas, afirma que “É conhecido que *nenhuma criança tem interesse em sua saúde como tal*. Porém, todas as crianças *se interessam pelo seu crescimento*. São pequenos, desejam crescer e ser maiores para poder fazer todas as coisas que as crianças maiores fazem” (Ibidem, p. 13, grifos)<sup>26</sup>.

Serão, portanto, os pontos de ação dos programas de educação sanitária, distribuídos e modulados de acordo com a progressão dos alunos pelo percurso educativo, os resultados objetivos, marcados e visíveis no corpo de cada um, da adoção das práticas adequadas de higiene. Estendendo-se por todo o percurso educativo, devem ser implementados três procedimentos de rotina: (I) Pesagem e medição; (II) Participação na revista de saúde matinal; e (III) Diagnóstico de doenças; justamente com o intuito de correlacionar corpo, gesto e espaço na produção ativa de hábitos e comportamentos “higiênicos”.

Os primeiros anos escolares estão dedicados à *aquisição de hábitos*, por ser a idade mais adequada para o mesmo, e nos últimos anos se utiliza também o estudo e a demonstração para chegar *ao conhecimento geral sobre a origem e prevenção* das três doenças mais importantes do país. (CARACAS, 1946, p. 75, grifos meus)<sup>27</sup>

Ainda que professores e pais tenham papéis importantes a cumprir neste processo, será sobre o estudante-sujeito da ação educativa que recairá a responsabilidade pela própria saúde,

---

<sup>25</sup> Si queremos mejorar la salud de un pueblo debemos enseñarle los beneficios de la medicina preventiva y de los saneamientos al mismo tiempo que los hábitos higiénicos necesarios para una buena salud personal y social.

<sup>26</sup> Es conocido que ningún niño tiene un interés en su salud como tal. Pero todos los niños se interesan en su crecimiento. Son pequeños, desean crecer y ser mayores para poder hacer todas las cosas que los niños mayores hacen.

<sup>27</sup> Los primeros grados escolares están dedicados a la adquisición de hábitos, por ser la edad más apta para ello, y en los últimos grados se utiliza además el estudio y la demostración para llegar al conocimiento general sobre origen y prevención de las tres enfermedades más importantes en el país.

bem como a atitude proativa necessária para que alterem-se as condições inadequadas para a boa higiene e saúde em seu cotidiano como um todo (CARACAS, 1946).

Ao longo do percurso escolar, distribuem-se gradativamente, em níveis crescentes de complexidade, instruções que visam à formação de subjetividades que se aproximem da norma preventiva, que se inicia no corpo mas estende-se também aos lugares nos quais esse corpo transita. Lugar e corpo entrelaçam-se nesta trama relacional entre corpo individual e corpo social. Simultaneamente, a norma preventiva opera colocando em relação os hábitos, comportamentos e condicionantes desviantes ou ditos “inadequados” às boas práticas higiênicas e sanitárias que constituem a normalidade preventiva.

As práticas mencionadas, atravessadas pela ritualística disciplinar, produzem um espaço analítico situado na escola, que possibilita a produção de conhecimentos a respeito dos corpos, transmutados em casos e diagnósticos. São corpos que constituem e são constituídos pelo contexto em que se inserem, que produzem e são produzidos processualmente através da extração da verdade científica, biomédica e social, que fundamenta os princípios das estratégias e ações de políticas que se afirmam como locais, adaptadas aos condicionantes ambientais e humanos da escola.

A partir da cooperação e troca de informações entre professores, médicos, enfermeiras escolares e autoridades sanitárias locais competentes, embasados pelo arcabouço prático-teórico da medicina preventiva, uma série de intervenções torna-se possível e “necessária”. Temos, por conseguinte, o paradigma preventivo da educação para a saúde, cuja ênfase de atuação objetiva a prevenção da doença e do adoecimento, num esforço de “conservação da vida”, embasado fundamentalmente pela ciência biomédica.

Será objeto da educação para a saúde preventiva, desta forma, a formação de hábitos sanitizados e higiênicos, bem como a reeducação dos hábitos inconsequentes, fruto de decisões individuais e contextos sociais “inadequados”, apontando para o indivíduo como o “responsável” pela sua saúde e agente de mudanças no local onde vive. Procura-se converter comportamentos “inadequados” em prol da adoção de modos de vida saudáveis, ou comportamentos indicados pelos profissionais da saúde (fundamentados pelo saber biomédico) como associados à conservação da saúde e salubridade dos ambientes.

Caracteriza-se, desta forma, uma vertente de saúde pública “tradicional”, fundamentada pela “objetividade” científica empregada na explicação e proposição de estratégias, ações e práticas relativas ao processo saúde-doença:

No início deste século, sob a inspiração da *obsessão anti-microbiana*, políticas e práticas de saúde pública disseminaram-se através do paradigma "campanhista" de organização sanitária. Sob a lógica do *modelo biológico/ecológico* que estabelecia *nexos causais na cadeia agente/hospedeiro/meio*, tratava-se de implementar políticas e ações voltadas para a *interrupção do ciclo material de transmissão*, agindo sobre qualquer um de seus estágios, inclusive o homem, *seja como doente, seja como hospedeiro* (CARVALHO, 1996, p. 110, grifos meus).

A saúde pública, “soberana na sua positividade e autoridade técnica”<sup>28</sup>, posiciona-se como fundamento científico deste investimento e esforço técnico, político e institucional. Legitima-se a produção e implementação de programas e políticas públicas que operam como tecnologias de poder que assumem o ambiente escolar como lugar privilegiado de divulgação dos princípios preventivos, via educação sanitária “para a saúde”.

Compreendo, desta forma, a “soberania” do campo de conhecimento da saúde pública, a ritualística disciplinar característica da instituição escolar e o emprego do biopoder na “chamada para ação” para adequar tanto o ambiente escolar quanto as comunidades aos princípios de higiene e salubridade como elementos que se relacionam e se recombinaem como tecnologias de poder, como elementos constitutivos de uma tecnologia de segurança biomédico e social.

Voltemos à descrição realizada por Di Primio (1962) para analisá-lo através das lentes da segurança, tendo em mente que este documento seja produto de um ideal de saúde pública da “época preventiva”, que se legitima através de uma determinada modulação, por meio da qual combinam-se elementos de soberania, disciplina e biopoder:

Motivo de campanha saneadora é combater a promiscuidade de pessoas e animais debaixo de um mesmo e restrito teto, o que simultaneamente envolve a questão dos reservatórios de *Trypanosoma cruzi* com a imprópria aglomeração de idades e sexos diferentes, fato que se relaciona com o saneamento moral. (DI PRIMIO, 1962, p. 29)

Essa disciplina visa ao indivíduo e à dinâmica “sob os tetos”, bem como à distribuição dos corpos (humanos e não-humanos) nos mesmos, expressa pela “promiscuidade” e necessidade do “saneamento moral” desta anormalidade. Em função do imperativo de combater e eliminar possíveis focos de proliferação dos agentes propagadores da Doença de Chagas, articula-se uma determinada combinação de elementos técnicos, institucionais e científicos do binômio educação-saúde, característicos enquanto estratégias biopolíticas.

Paralela à ação estritamente epidemiológica, relativa ao agente patológico em questão, opera um dispositivo cuja ação envolve a conduta, individual e coletiva, passível de ser

---

<sup>28</sup> CARVALHO, 1996, p. 110.



ensinada e exercitada através dos programas de educação sanitária. Decomposto analiticamente e colocado em relação ao padrão de normalidade preventivo, singulariza aquilo que será classificado como “promíscuo” e que será objeto do “saneamento moral” corretivo.

Percebe-se, também, a primazia que a objetividade da ação fundamentada pelo ideal preventivo em relação às condições de moradia tidas como “inadequadas” em função dos parâmetros de profilaxia desejados:

Outros mais zelosos e temerosos *abandonam, destroem ou queimam habitações velhas e altamente infestadas, como meio sumário de profilaxia*. Em São Jerônimo constatei um rancho queimado como medida de extermínio de funções e em Venâncio Aires outro teve o mesmo destino. (DI PRIMIO, 1962, p. 29, grifos meus)

A ação preventiva, neste caso, se dá pela destruição completa ou abandono das moradias “velhas e altamente infestadas”. A combinação de elementos operatórios do dispositivo de segurança produz um entendimento no qual a eliminação ou abandono do local em questão seja uma ação possível, indicada, destacada como exemplo positivo de atuação preventiva.

Ainda que seja um exemplo extremo de implementação dos princípios de prevenção contra doenças, creio que, de certa forma, seja também um reflexo do modo com que a racionalização produzida pela tecnologia de segurança opera na prática, em outras palavras, exercendo a profilaxia médica através da identificação e eliminação do vetor em questão.

De forma mais específica, em relação às práticas de educação para a saúde, conforme explícito no Programa Geral do documento *La Educación Sanitaria en la Escuela* (CARACAS, 1946), o papel da saúde nas escolas públicas inclui três campos de atividades relacionados entre si: (a) diagnóstico e a correção de “defeitos físicos”; (b) melhora do ambiente escolar numa perspectiva de higiene; (c) educação direta dos escolares em assuntos relativos à sua própria saúde e a saúde da comunidade.

Creio que exista um interessante paralelo entre as três premissas expostas e a descrição de Di Primio (1962) a respeito da profilaxia necessária nas habitações identificadas como vetores da Doença de Chagas. Em primeiro lugar, a autoridade exercida pelo saber médico, em relação ao diagnóstico e tratamento aos “defeitos físicos” identificados. Em segundo lugar, o aspecto disciplinar que visa a reorganização do ambiente escolar, visando sua “higienização” ou “salubridade”. Finalmente, a combinação entre o individual e o coletivo, operando na forma de dispositivo de segurança, que visa tanto à individualidade do escolar quanto à comunidade como realidade da população.

Creio que este arranjo de elementos alinhe-se conceitualmente à proposição de “maquinaria escolar” citada anteriormente, que possui uma determinada combinação de componentes institucionais, técnicos e científicos, que se manifestam através do conjunto de ações que compõem o programa de educação sanitária escolar, que assume a tarefa de educar crianças que não possuem nenhum interesse em sua saúde para serem capazes de ativamente melhorar o ambiente onde vivem, possibilitando a conservação da vida e a maximização da produtividade.

Ao longo da ação educativa, gradualmente, introduzem-se temáticas de complexidade crescente, desde simples ações de higiene pessoal no primeiro ano, até conhecimentos gerais sobre a biologia das principais doenças endêmicas do país, concomitante à visitas aos serviços de saúde locais. Um programa que se orienta em função da doença, da necessidade de mantê-la afastada e sob controle epidemiológico, para que se conserve a saúde individual e da coletividade.

Considerando seu arranjo elementar a partir das lentes dos dispositivos de segurança, a ênfase localiza-se em seus aspectos disciplinares. Além da posição de estudante-sujeito, objeto da ação educativa, que vise ao cultivo e ao estímulo da subjetividade preventiva e higiênica, sua posição como estudante-objeto possibilita a operacionalização da produção do conhecimento científico, que incorpora a instituição escolar como lócus privilegiado de observação, triagem, diagnóstico e encaminhamento.

Observo, no entanto, que a perspectiva preventiva, definida em termos de “educação para a saúde”, exerceu e ainda exerce importante papel de fundamentação e embasamento teórico e prático na produção de documentos que articulam educação e saúde. Ainda que documentos contemporâneos, como o Caderno do Gestor e os Cadernos Temáticos do PSE sejam produto de um princípio de configuração, que não considero equivalente ao da “época preventiva”, elementos que os constituem podem ser identificados como parte das estratégias de promoção da saúde.

Conforme indica o Caderno do Gestor do PSE, as ações epidemiológicas prioritárias para os educandos são definidas em função de cada nível de escolaridade: creches, pré-escolas e ensinos médio e fundamental. As ações recomendadas para todos os níveis são: (I) avaliação antropométrica; (II) promoção e avaliação da saúde bucal; (III) avaliação oftalmológica; e (IV) verificação da situação vacinal. Propõe-se que, juntamente com a realização destas ações, incluam-se o tema da saúde no projeto político-pedagógico da escola, sendo que isso

[...] facilita o *protagonismo* dos educandos, apontando para um processo importante de *autocuidado*. Falar e trabalhar pedagogicamente os temas da alimentação, da visão, da audição, das práticas corporais, entre outros, aproximam os educandos da ação e *despertam o interesse deles com suas próprias condições de saúde e de riscos* (Ibidem, p. 23).

Dentre as estratégias de promoção da saúde e prevenção de agravos recomendadas, é relevante pontuar a inclusão de propostas específicas para os ensinos médio e fundamental, chanceladas pelo programa Saúde e Prevenção nas Escolas (SPE)<sup>29</sup>, que tratam sobre: (I) direito sexual e reprodutivo e prevenção das DSTs/AIDS; (II) prevenção ao abuso do tabaco, álcool, crack e outras drogas; e (III) formação de “jovens multiplicadores” que atuem entre seus pares nas temáticas do direito sexual e reprodutivo, e de prevenção das DSTs/AIDS (BRASIL, 2015).

No Caderno Temático do PSE a respeito da Promoção da Saúde Bucal (BRASIL, 2016), argumenta-se que são comuns ações na escola com o objetivo de informar sobre os cuidados de saúde bucal. Afirma-se, também, que tal abordagem seria um equívoco, e que o percurso adequado para que, de fato, se efetue a promoção da saúde bucal ocorre pela articulação de ações de educação, saúde e a identificação dos determinantes sociais “que contribuem e prejudicam a saúde bucal no território compartilhado entre escola e unidade de saúde para que sejam efetivas na produção de saúde integral.” (Ibidem, p. 7) Em consonância com o componente de “avaliação das condições de saúde” do PSE, recomenda-se que

[...] a avaliação, por meio de inspeção e de atenção às queixas referidas por educandos, é uma forma de a equipe identificar possíveis alterações relacionadas à saúde bucal. *É importante, também, que a avaliação não se restrinja ao exame individual de cada educando, mas mapeie os fatores de risco que são comuns nesse espaço, como a alimentação, especialmente o consumo de açúcar; o uso do tabaco; as condições de vida da comunidade e as facilidades e dificuldades para ter práticas cotidianas de higiene; o risco de acidentes para os escolares no ambiente escolar em parquinhos, escadas e ambientes mal iluminados, dentre outros* (Ibidem, p. 9, grifos meus).

Destaca-se a importância de que a coleta dos dados sobre a saúde bucal dos educandos e os fatores de risco identificados no ambiente escolar seja sistematizada, para “possibilitar a construção e o desenvolvimento de políticas e práticas de promoção da saúde bucal, a definição de objetivos e metas, bem como a avaliação de sua eficácia ao longo do processo.”

---

<sup>29</sup> Lançado em 2003 e reformulado em 2005, o projeto Saúde e Prevenção nas Escolas “leva em consideração a importância das ações em saúde sexual e saúde reprodutiva realizadas nas diferentes regiões do País, assumindo que essa riqueza de experiências deve ser valorizada e potencializada quando da implementação do projeto. Sendo assim, parte-se do pressuposto que essa iniciativa poderá cumprir diferentes funções, dependendo das realidades estaduais e municipais.” (BRASIL, 2006, p. 16).

(Ibidem, p. 9). A partir desta “produção de realidade” é possível planejar, organizar e efetuar as ações, individuais e coletivas, bem como acompanhar seus resultados para otimização da eficiência na implementação das ações.

É previsto, em consonância com a percepção da escola como local de “triagem” e que possibilita um “ganho de escala”, que

*Educandos que exijam atendimento e acompanhamento ao longo do tempo precisam ser pactuados com a equipe de saúde bucal do território. Pode-se verificar a necessidade do uso de flúor direcionado para grupos mais vulneráveis ou a realização de escovação supervisionada - que são estratégias de enfrentamento às possíveis alterações e fatores de risco presentes. (Ibidem, p. 9)*

A “pactuação” dos educandos com a equipe de saúde do território, portanto, opera a articulação entre educação e saúde a partir da qual se produz um mecanismo de vigilância e acompanhamento que prevê, de acordo com as necessidades identificadas, a ativação de medidas de “enfrentamento”, que se caracterizam como estratégias de prevenção (uso de flúor direcionado e escovação supervisionada), especificamente direcionadas aos “grupos mais vulneráveis”. De maneira similar às ações de saúde bucal, o Caderno Temático de Saúde Ocular compreende que a escola possui “papel fundamental na *identificação de possíveis agravos à saúde ocular* e na realização de ações de promoção à saúde.” (BRASIL, 2016b, p. 7, grifos meus), constituindo-se como um ambiente propício à identificação de sinais e sintomas que possam sinalizar problemas de visão.

*O PSE propõe que as ações de promoção e prevenção de agravos à saúde ocular realizadas no espaço escolar sejam parte da rotina das equipes de saúde e educação. Estas ações têm como foco a identificação, o mais precoce possível, de agravos à saúde por meio de um olhar cuidadoso e singular (Ibidem, p. 9, grifos meus).*

Recomenda-se atenção para três sinais que podem indicar a existência de problemas com a saúde ocular dos educandos: (I) comportamento; (II) sinais visuais; e (III) queixas. É sugerido que este processo de vigilância e identificação deva fazer parte da rotina diária da escola. São indicados alguns instrumentos para que se realize a avaliação da condição de saúde no ambiente escolar, dentre eles o Teste de Snellen, a Caderneta da Criança e da Saúde do Adolescente e a Avaliação Funcional e Comportamental da Visão (BRASIL, 2016b).

Como justificativa para a ênfase empregada nestas duas temáticas específicas dos Cadernos Temáticos, tem-se a Portaria Interministerial n.º 15, de 10 de Outubro de 2013, na qual é instituído o Projeto Consultórios Itinerantes de Odontologia e Oftalmologia, no âmbito do PSE e do Programa Brasil Alfabetizado (PBA). Conforme o inciso 2º do Artigo 1º do

documento, o projeto tem como objetivo “realizar ações de atenção à saúde à população, prioritariamente de educandos atendidos pelo PSE e cadastrados no PBA, e possibilitar um novo cenário de ensino e aprendizagem na formação de profissionais de saúde nas áreas de saúde bucal e oftalmológica.” (BRASIL, 2013b, p. 12, grifos meus).

Propõe-se, portanto, a “ida” do consultório até os ambientes escolares e educandos, e a possibilidade de articulação desta ação com os Institutos Federais de Ensino Superior (IFES) e os Hospitais Universitários Federais (HUF), proposta que reitera a compreensão da escola como extensão dos estabelecimentos de saúde, atuando como espaço de vigilância preventiva, triagem e encaminhamento. Assim, possibilita-se um ganho de escala no atendimento e, neste caso, construindo um “novo cenário” de aprendizado profissional aos estudantes do ensino superior.

No âmbito internacional, destaca-se a iniciativa regional das Escolas Promotoras de Saúde, difundida desde 1995 pela Organização Panamericana de Saúde (OPAS), desenvolvida a partir de três componentes essenciais: (I) educação para a saúde com enfoque integral; (II) criação e manutenção de localidades e ambientes saudáveis; e (III) prestação de serviços de saúde, alimentação saudável e vida ativa. Em consonância com o argumento explorado nos Cadernos Temáticos do PSE, afirma-se que os programas de prevenção de doenças direcionados exclusivamente para a transmissão de informações e conhecimento sobre saúde são pouco efetivos (OPAS, 2003).

Consequentemente, este componente da estratégia procura a construção da capacidade ("empoderamento") das crianças, meninas e jovens através de processos educativos estruturados nas escolas, que lhes facilite adquirir e colocar em prática conhecimentos, atitudes, valores, habilidades e competências necessárias para a promoção e proteção sua própria saúde e a de sua família e comunidade. (Ibidem, p. 39)<sup>30</sup>

O imperativo de prevenção construído a partir deste princípio de configuração da educação em saúde coloca a ênfase da ação no comportamento dos educandos. Argumenta-se que o desenvolvimento de “habilidades para a vida” constitui uma ferramenta valiosa na legitimação e fundamentação das políticas no âmbito escolar, cujo objetivo principal é o desenvolvimento de um “grupo genérico de habilidades psicossociais”, com aplicações variadas para o cotidiano:

---

<sup>30</sup> En consecuencia, este componente de la estrategia busca fortalecer la capacidad ("empoderamiento") de niños, niñas y jóvenes mediante procesos educativos estructurados en las escuelas que les facilite adquirir y poner en práctica los conocimientos, actitudes, valores, habilidades y competencias necesarias para la promoción y protección de su propia salud y la de su familia y comunidad.

*Saber tomar melhores decisões ou ter a capacidade de “dizer não”, por exemplo, são habilidades psicossociais importantes que podem ajudar meninas, meninos e jovens a resistir à pressão de um grupo de pares ou amigos para iniciar o uso de substâncias psicoativas ou uso de substâncias psicoativas e o tabagismo. No entanto, essas mesmas habilidades também podem constituir um fator de proteção no caso de situações de risco relacionadas à vida sexual de adolescentes e jovens (Ibidem, p. 41, grifos meus)<sup>31</sup>.*

Recomenda-se, também, complementarmente as ações de educação em saúde com enfoque nas “habilidades para a vida”, de que forma será realizada a articulação entre a escola e os estabelecimentos de saúde. Conforme o guia de implementação da estratégia das EPS publicado pela OMS (2021c), define-se que os serviços de saúde providos aos escolares devem compreender:

*[...] uma ampla gama de serviços e atividades, incluindo promoção da saúde, educação em saúde, detecção precoce e triagem, intervenções preventivas (por exemplo, imunização, administração de medicamentos em massa), avaliação clínica (conduzindo a cuidados e/ou encaminhamento e apoio, conforme apropriado), serviços de saúde gerenciamento e suporte para implementação de outros padrões de EPS (Ibidem, p. 26, grifos meus)<sup>32</sup>.*

Entendo, desta forma, que mesmo questionando a limitação das estratégias e práticas da educação para a saúde, frequentemente associadas à prevenção de doenças e transmissão de conhecimentos e informações em saúde, as estratégias de promoção da saúde são atravessadas em seus arcabouços teórico-conceituais e práticos por elementos característicos da “época preventiva”.

Embasados pela construção do conceito de saúde ampliado, cujas origens encontram-se na matriz analítica do “campo de saúde”, reorganiza-se o princípio de configuração, que fundamenta a forma que a saúde é compreendida e produzida. A proposta de planificação das variáveis que compõem o conceito, atribuindo igual relevância à biologia humana, estilo de vida, meio ambiente e organização do sistema de saúde, possibilita que abordagens comportamentais sejam equiparadas às mudanças nos ambientes do cotidiano da sociedade.

---

<sup>31</sup> Saber tomar mejores decisiones o tener la capacidad de "decir no", por ejemplo, son habilidades psicossociales importantes que pueden ayudarle a niñas, niños y jóvenes a resistir la presión del grupo de pares o amigos para iniciarse en el consumo de sustancias psicoactivas o el tabaquismo. Sin embargo, estas mismas habilidades también pueden constituir un factor protector en el caso de situaciones de riesgo relacionadas con la vida sexual de adolescentes y jóvenes.

<sup>32</sup> [...] a wide range of services and activities, including health promotion, health education, early detection and screening, preventive interventions (e.g. immunization, mass drug administration), clinical assessment (leading to care and/or referral and support, as appropriate), health services management and support for implementation of other standards of HPS.

A proposta permite o tensionamento da dicotomia entre o “público” e o “privado”, ampliando o campo de intervenção sobre os hábitos, valores e competências do indivíduo em relação a sua saúde e estimulando uma percepção internalizada no indivíduo de ação preventiva. A hibridização do público e do privado legitima a produção de estilos de vida saudáveis, que apreendem o ambiente escolar para além do seu papel de “ambiente institucionalizado de aprendizagem”, como extensão do campo de visibilidade e normatização disciplinar, que operam no sentido de “ensinar para prevenir” as condutas não-saudáveis.

A construção de "sub configurações" moduladas em função das especificidades de cada localidade expressa a perspectiva do biopoder como elemento construtivo, como ponto de ruptura e resistência, que possibilita a implementação dos programas de acordo com as necessidades singulares de cada comunidade escolar. Neste contexto, justifica-se a importância da produção de dados de forma sistematizada e padronizada, considerando que a determinação de metas e objetivos seja facilitada, nas esferas municipais, estaduais e federais.

As limitações do modelo orientado pela prevenção de doenças são identificadas como possibilidades de inovação das diretrizes e propostas intersetoriais entre educação e saúde. O reconhecimento da importância de articulações mais profundas entre a perspectiva biomédica e social da saúde, bem como da importância de produzir campos de intervenção e normalização menos repressivos e mais produtivos a respeito da “vida saudável” legitimaram o reconhecimento e valorização das Ciências Humanas e Sociais como importante aliadas na construção nacional e internacional da “época da promoção da saúde”.

Na seção a seguir, explorarei de quais formas buscou-se articular as perspectivas biomédica e social da saúde, num movimento de reorganização de ênfases com características securitárias. Intrínseco às estratégias de promoção da saúde, o investimento em ações de educação em saúde visa a transformar ações pontuais de transmissão de conhecimento e informação em saúde que, muitas vezes, estão em desencontro com as necessidades e demandas locais, em processos contínuos de observação, triagem, diagnóstico e acompanhamento da saúde e dos estilos de vida, tanto dos educandos quanto das comunidades escolares.

### **3.3 Articulação entre as Ciências da Saúde e as Ciências Sociais: a construção da “época da promoção da saúde”**

Nesta associação, no qual as Ciências da Saúde são transversas pelas Ciências Sociais, num movimento que objetiva incluir no escopo de inteligibilidade da saúde perspectivas

fundamentadas por saberes outros além do médico, a sociologia médica ganha destaque. A respeito desta, é importante destacar de que forma ela opera na articulação entre os respectivos campos de conhecimento:

Passa-se agora de um *padrão unilateral*, em que as primeiras fases de ação se iniciam pela própria ação do pensamento sem controle paralelo das consequências dentro do contexto global, para um *padrão de natureza multidimensional*. Neste, dá-se início a um movimento circular, onde uns elementos são suplementados por outros, dependendo do equilíbrio do sistema da compatibilidade dos objetivos em interação (CANDEIAS, 1971, p. 121, grifos meus).

Ao elencar as “causas” da integração entre sociologia e medicina, Candeias (1971, p. 121, grifos meus) assinala para a emergência do “pensamento planejado”, no qual

O indivíduo desperta agora para a necessidade de *controlar as brechas ocasionadas pelo choque de objetivos*, desprendendo-se do esquema de finalidades isoladas, para *refletir sobre problemas levantados pelas próprias relações existentes*. Surge a questão de perceber *até que ponto os objetivos são mutuamente compatíveis*. De fato, o pensamento planejado representa *a tomada de consciência perante a lógica de um todo integrado*.

Concomitante à interpelação de campos de conhecimento científico com crescentes graus de segmentação, faz-se necessário realizar recombinações de estratégias, processos e ações que serão produzidos a partir deste esforço de articulação multidimensional: “Se, por um lado, a ciência em seu todo submete-se a uma fragmentação gradativa, por outro exige, em dado momento, a recombinação dos resultados alcançados.” (Ibidem, p. 122).

Fica evidente a preocupação e necessidade, em virtude da complexificação do processo saúde-doença, de uma articulação multidisciplinar que seja capaz de tornar visíveis as questões de saúde pública a partir de enfoques mais amplos do que aqueles orientados pela perspectiva biomédica. Tal reordenação de perspectivas implica:

Trabalhar com indivíduos de diferente formação, lidar com disciplinas de natureza diversa, implica a *busca de um novo padrão de conhecimento científico*. É algo a mais, exigindo novo tipo de reflexão e deixando transparecer, ao mesmo tempo, *uma consciência mais profunda e mais exigente*, visto romper o pano de fundo sobre o qual repousam os padrões tradicionais da formação profissional. *Traduz o esforço para superar deficiências passadas e presentes, através de um pensamento inovador e, portanto, inquieto em relação a expectativas futuras*. Deste modo, quando se desenvolve e se nutre um trabalho de caráter multiprofissional e multidisciplinar, ocorre, quase certamente, um *conflito de ênfase*, ou seja, uma tendência a valorizar diferentes aspectos que, confrontados, *mostram-se conflitantes e até mutuamente exclusivos* (Ibidem, 1971, p. 125, grifos meus).



Creio ser pertinente realizar a aproximação entre a sociologia médica e os dispositivos de segurança, descritos na seção anterior. Candeias (1971) busca sustentar a validade do campo sociológico como método e instrumento científico demonstrando, por exemplo, como a metodologia sociológica positivista pode ser aplicada para empreender estudos a respeito do suicídio (p. 124).

Observo que a autora julga ser necessário justificar que, de fato, a sociologia possui um método científico, sendo possível acoplá-la como elemento interdisciplinar no campo da saúde pública. Articulação que, no entanto, se dá em função do “equilíbrio da compatibilidade dos objetivos em questão”, no âmbito de uma proposta de pensamento planejado, que “representa a tomada de consciência perante a lógica de um todo integrado”.

É admitida, portanto, a possibilidade de recombinações de elementos que objetivem superar dificuldades passadas através de um “pensamento inovador”. Admite-se, também, os “conflitos de ênfase” oriundos desta equalização de campos de conhecimento científico, lembrando que tais se dão em função do equilíbrio entre as partes componentes do “sistema”.

Como contraponto crítico à perspectiva fundamentada pela sociologia médica, destaco o documento *Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina* (OPAS, 1974). Nele, afirma-se a necessidade de proposição de novos modelos de ordenamento do conhecimento, que permitiriam “corrigir” as limitações que a prática da sociologia médica manifestava ao longo dos anos.

Aponta o documento que este tipo de análise, oriunda diretamente da perspectiva organicista da biologia, coloca a ideia de equilíbrio ou homeostase como elemento central de sua elaboração. A perspectiva funcionalista – centrada na análise estática dos fenômenos sociais, minimizando o caráter processual desses, desconectada da materialidade na qual seriam produzidos – transformou-se no modelo-padrão de ordenamento do conhecimento das ciências sociais.

Além do desenvolvimento empírico da sociologia guiado por tal enfoque, indica que a introdução das ciências sociais na área da saúde foi motivada pela necessidade de organizações e profissionais da saúde obterem informações rápidas para a solução dos problemas. Nestas condições, a saúde figura como um valor, uma função e um serviço com vida autônoma dentro da sociedade, impedindo o entendimento do dinamismo das relações entre a saúde e outras esferas do processo social (OPAS, 1974).

Como alternativa à perspectiva sociológica denominada funcionalista, é proposto um modelo que deveria reunir as seguintes características: “(i) Centrar-se na análise da mudança; (ii) Incluir elementos teóricos que permitam investigar a realidade e os termos de suas

contradições internas; (iii) Permitir a análise tanto de níveis específicos de realidade como de níveis estruturais e as relações entre ambos.” (OPAS, 1974, p. 358)<sup>33</sup>.

Entendo que seja possível ressaltar a forma com que este esforço de “reorientação de ênfases” produziu resultados que se fazem presentes ao analisarmos o Relatório Lalonde (1981). Logo em seu início, expressa que “A boa saúde *é a base sobre a qual o progresso social é construído*. Uma nação de pessoas saudáveis pode fazer aquelas coisas que fazem a vida valer a pena, e à medida que o nível de saúde aumenta, o potencial para a felicidade também.” (p. 5, grifos meus).

No entanto, de acordo com o Relatório, existe a perspectiva perversa do progresso econômico e as contra condutas que o constituem, incluindo a “poluição ambiental, vida na cidade, hábitos de indolência, abuso de álcool, tabaco e drogas e padrões alimentares que colocam o prazer dos sentidos acima das necessidades do corpo humano.” (p. 5). Afirma que apesar de os indivíduos estarem dispostos a renunciar certos prazeres imediatos para se manterem saudáveis, eles não estão preparados para renunciar toda a “autoindulgência” ou tolerar os sacrifícios necessários para a prevenção de doenças. O comportamento da grande maioria da população refletiria, desta forma, a crença individual de que a probabilidade estatística, quando negativa, aplica-se apenas aos outros (LALONDE, 1981).

Evidencia-se, portanto, conforme o relatório, que é necessário atuar em prol de melhorias nos eixos de: “(I) meio ambiente; (II) redução de riscos auto impostos; e (III) melhor conhecimento sobre a biologia humana” (Ibidem, p. 18) para que sejam possíveis vidas mais completas, longas, felizes e sem doenças.

Num primeiro momento, a articulação multidisciplinar proposta fundamenta-se na busca por um determinado “equilíbrio” sistêmico. A produção, compilação e operacionalização dos dados referentes às populações e ambientes específicos representam a realidade da qual foram extraídos, constituindo-se em objetos de intervenção técnica, científica, educativa e comunicacional embasados por uma espécie de fotografia dos processos em movimento.

Já num segundo momento, observa-se uma “reordenação das ênfases”, na qual o elemento operatório na construção de modelos será fundamentada pela compreensão das “mudanças”, de forma que a representação estatística dos fenômenos populacionais esteja contextualizado em relação seus processos espaço-histórico-sociais, individuais e coletivos.

---

<sup>33</sup> (i) Centrarse en el análisis del cambio; (ii) Incluir elementos teóricos que permitan investigar la realidad en términos de sus contradicciones internas; (iii) Permitir el análisis tanto de niveles específicos de la realidad como de niveles estructurales y las relaciones entre ambos.

Procura-se ordenar o conjunto de fotografias que, juntas, irão compor o movimento histórico, político, econômico e social característico deste processo.

Será neste segundo momento que compreendo a emergência do conceito de “promoção da saúde”, caracterizado no documento *Health Promotion: a WHO Discussion on the Concepts and Principles* (1985):

Em um nível geral, a promoção da saúde passou a representar um *conceito unificador* para aqueles que reconhecem a *necessidade de mudança nas formas e condições de vida*, para promover a saúde. *A promoção da saúde representa uma estratégia de mediação entre as pessoas e seus ambientes, sintetizando escolha pessoal e responsabilidade social em saúde para criar um futuro mais saudável* (OMS, 1985, p. 5, grifos meus)<sup>34</sup>.

A consolidação e a institucionalização de tais preceitos de saúde pública deram-se, em nível internacional, com a publicação da Carta de Ottawa (1986), documento que sinaliza a Carta de Intenções da Primeira Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde, que, conforme indicado, seria uma resposta “às crescentes expectativas por uma nova saúde pública” (p. 1), resultantes de demandas sociais e políticas latentes na sociedade, que reformula, reforça, embasa posições e as recoloca em circulação, fundamentando novas discussões, normatizações e possibilidades de construção localizada de conhecimento, ciência, comunicação e relações de poder.

Redefine-se o conceito de saúde, reformulando-o como “ampliado”, no qual as condições e recursos fundamentais são: (I) Paz; (II) Habitação; (III) Educação; (IV) Alimentação; (V) Renda; (VI) Ecossistema Estável; (VII) Recursos Sustentáveis; (VIII) Justiça Social; e (IX) Equidade (OMS, 1986).

“Promoção da saúde” será a definição dada ao processo de instrução da comunidade para que os próprios indivíduos sejam capazes de participar ativamente na melhoria das condições de saúde e qualidade de vida. Através do incentivo e estímulo a “assumirem o controle” e terem “mais participação” neste processo, espera-se que os indivíduos e grupos identifiquem aspirações, satisfaçam necessidades e modifiquem o meio ambiente de maneira favorável à realização do pleno bem-estar físico, mental e social (OMS, 1986).

A saúde deve ser vista como um *recurso para a vida*, e não como objetivo de viver. Nesse sentido, a saúde é um conceito *positivo*, que enfatiza os *recursos sociais e pessoais*, bem como as *capacidades físicas*. Assim, a promoção da saúde não é

---

<sup>34</sup> At a general level, health promotion has come to represent a unifying concept for those who recognise the need for change in the ways and conditions of living, in order to promote health. Health promotion represents a mediating strategy between people and their environments, synthesizing personal choice and social responsibility in health to create a healthier future.

responsabilidade exclusiva do setor saúde, e *vai para além de um estilo de vida saudável, na direção de um bem-estar global* (OMS, 1986, s/n, grifos meus).

Destaco aqui o deslocamento realizado nesta vertente “promocional” de compreensão do processo saúde-doença, em comparação ao proposto pela abordagem preventiva. Neste, observa-se um padrão que privilegia certa modulação de elementos arranjados em torno de determinada doença (no caso descrito anteriormente, a Doença de Chagas) e a profilaxia médica necessária à prevenção e combate da mesma. Ainda que tal intervenção seja fundamentada pelo melhoramento das condições de habitação e saúde da população, seu embasamento está circunscrito ao conhecimento biomédico, que visa prioritariamente a doença.

Por outro lado, a perspectiva de promoção da saúde fundamenta-se por um conceito de saúde “ampliado”, no qual a perspectiva biomédica está incluída, mas não se limita a ela. Entendida como uma estratégia de “mediação entre as pessoas e os ambientes”, a saúde é operacionalizada como um “recurso para vida”, a partir do qual distintas políticas públicas estejam alinhadas, de forma que a produção de “boas condições de saúde” seja facilitada, enfatizando uma perspectiva socioambiental da saúde conjuntamente à biomédica.

Apesar de apresentarem notáveis distinções em sua conceituação e formas de implementação, Kickbusch (1996, p. 17) argumenta que a promoção da saúde “surge” a partir da educação para a saúde, apontando dois motivos principais para que tal desenvolvimento ocorresse:

Em primeiro lugar, os educadores sanitários começaram a entender a *necessidade de aplicar abordagens positivas para a promoção da saúde, (...), criando novos potenciais para saúde em vez de apenas focar na prevenção de doenças*. Em segundo lugar, ficou claro que *a educação em saúde só poderia desenvolver todas as suas capacidades apoiada por medidas estruturais* (jurídica, ambiental, regulatória, etc.).<sup>35</sup>

Evidencia-se um entendimento que não sugere a suplantação da perspectiva preventiva, da “educação para saúde” pela estratégia de promoção da saúde. Amparado pelas experiências anteriores, e considerando suas limitações e possibilidades, articula-se uma nova compreensão a respeito do “ideal” de saúde a ser alcançado pela sociedade. Redefinem-se conceitos, objetivos, ferramentas e arranjos institucionais, técnicos, científicos e

---

<sup>35</sup> En primer lugar, los educadores sanitarios comenzaron a comprender la necesidad de aplicar enfoques positivos a la promoción de la salud, (...), creando potenciales nuevos para la salud en lugar de centrarse solo en la prevención de las enfermedades. En segundo lugar, se hizo evidente que la educación para la salud únicamente podría desarrollar todas sus capacidades apoyándose en medidas estructurales (legales, medioambientales, normativas, etc.).

comunicacionais, que se modulam diferencialmente de acordo com as especificidades de cada local onde são implementadas.

Este ideal, dentre as distintas possibilidades de operacionalização, terá na Iniciativa das Escolas Promotoras de Saúde uma articulação, que fomenta a responsabilização dos indivíduos através de “escolhas saudáveis”, para que, a partir destas, sejam construídos coletivamente os “ambientes saudáveis”, amparados por arcabouços jurídico-legais e normas socialmente produzidas, expressas na forma de “políticas saudáveis”, reiterando a promoção da saúde esteja presente em todas as políticas que, de alguma forma, tenham como objetivo a população.

Compreende-se, desta forma, um contínuo e consistente investimento no refinamento teórico-conceitual das estratégias de promoção da saúde. Na Declaração de Alma-Ata (BRASIL, 2002), destaca-se o papel fundamental que os cuidados primários em saúde exercem na efetivação de melhores condições de saúde para todos os povos. Na Carta de Ottawa (OMS, 1986), afirma-se a centralidade ocupada pela saúde como recurso indispensável para o desenvolvimento econômico, social, político e da qualidade de vida.

Destaca, também, a importância de efetivar-se mudanças nos modos de vida da população, através de processos de capacitação:

É essencial capacitar as pessoas para *aprender durante toda a vida*, preparando-as para as diversas fases da existência, o que inclui o enfrentamento das doenças crônicas e causas externas. Esta tarefa deve ser realizada *nas escolas, nos lares, nos locais de trabalho e em outros espaços comunitários* (BRASIL, 2002, p. 24, grifos meus).

Observo aqui a produção de uma proposta de promoção da saúde que, além de indicar o papel das instituições governamentais na produção da saúde, reforça um entendimento já latente da importância da responsabilização individual a respeito de hábitos e comportamentos saudáveis, bem como a necessidade de construir-se alianças com outros agentes da sociedade civil na implementação da estratégia.

A partir das discussões iniciais propostas pela Carta de Ottawa a respeito de ambientes e políticas saudáveis, esses temas serão abordados como elementos centrais das subsequentes Conferências realizadas de Adelaide (1988) e Sundsvall (1992).

Enquanto a Declaração de Adelaide (BRASIL, 2002) aborda a proposta das políticas saudáveis, na qual é apontado o “interesse e preocupação explícitos de *todas as áreas das políticas públicas em relação à saúde e à equidade*, e pelos compromissos com o impacto de tais políticas sobre a saúde da população” (p. 35, grifos meus), a Declaração de Sundsvall

(Ibidem, 2002) indica que “um ambiente favorável é de suprema importância para a saúde e reconhece que *todos têm um papel na criação de ambientes favoráveis e promotores de saúde.*” (Ibidem, p. 41, grifos meus).

As ações devem envolver, predominantemente, setores como educação, transporte, habilitação, desenvolvimento urbano, produção industrial e agricultura; devem ter diferentes dimensões (física, social, espiritual, econômica e política) e precisam ser coordenadas tanto no nível local como nos níveis regional, nacional e mundial, para encontrar soluções verdadeiramente sustentáveis (BRASIL, 2002, p. 42).

Creio que seja importante salientar as contribuições realizadas pela Declaração de Jakarta (1997), cujo objetivo indicado será o de oferecer novas perspectivas e ênfases para a promoção da saúde no século XXI. Nela, afirma-se que “A promoção da saúde efetua-se *pelo e com* o povo, e não *sobre e para* o povo. Ela melhora tanto a *habilidade das pessoas* para agir como a *capacidade de grupos, organizações ou comunidades* para exercer influência sobre os determinantes da saúde.” (OMS, 1997, p. 6, grifos meus).

No âmbito dessa declaração, é introduzido o conceito de “localidades de saúde”, que caracteriza-se como

[...] *a base organizacional da infraestrutura necessária para a promoção da saúde.* Novos desafios em saúde significam que *redes novas e diversificadas têm de ser criadas para conseguir a colaboração intersetorial.* Tais redes deveriam prestar assistência mútua dentro e entre países e facilitar o intercâmbio de informações sobre que estratégias são eficazes e em que localidades (OMS, 1997, p. 7, grifos meus).

Fica nítido, ao analisarmos o conjunto documental produzido ao longo das décadas, as distintas combinações e recombinações de elementos e ênfases técnicas, científicas e institucionais que modulam conceitos, fundamentos e estratégias operacionais englobados pela estratégia de promoção da saúde, processo que produz determinado campo de visibilidade que interpreta a instituição escolar como ambiente privilegiado de “criação” da promoção da saúde:

*Algumas das melhores oportunidades para influenciar positivamente a saúde dos jovens e impedindo o início dos comportamentos de risco à saúde [...] são encontradas no ambiente escolar.* A escola é um cenário extraordinário para melhorar a saúde do pessoal escolar, das famílias e membros da comunidade, bem como dos alunos. É um meio para apoiar os direitos humanos básicos de educação e saúde (OMS, 1999, p. 14, grifos meus).

Percebe-se, portanto, o papel essencial que a escola e as políticas públicas que embasam seu funcionamento exercem na operacionalização da estratégia de promoção da saúde como elemento que visa mediar a relação entre população e o meio no qual se insere. A escola, interpretada como “localidade de saúde”, representa um eixo de organização e colaboração intersetorial, a partir do qual recombina-se os elementos que compreendem o conceito de saúde ampliado e a estratégia de promoção da saúde.

Princípios e diretrizes que se apropriam da escola – tanto de sua estrutura física quanto da sua representatividade formativa e curricular – e das especificidades locais como elementos moduladores no processo de elaboração, implementação e avaliação de projetos que objetivam a promoção da saúde.

Portanto, entendo que a assimilação do processo de educação para a saúde, anteriormente amparado pelo conceito de “maquinaria escolar”, não seja capaz de abarcar a amplitude que a estratégia de promoção da saúde demanda. Entendo que a analogia à “maquinaria” esteja demasiadamente restrita à perspectiva disciplinar da instituição escolar.

A interpretação que proponho é que a compreensão do papel da instituição escolar, inserida na perspectiva da promoção da saúde, esteja associada à noção de “tecnologia escolar”, entendida como um conjunto de técnicas que, constantemente, opera recombinações localizadas, nas quais distintos elementos de disciplina, biopoder e segurança são empregados na produção de políticas públicas que discorram sobre a educação em saúde na escola.

Vocês podem, portanto, fazer a história dessas técnicas. Mas há uma outra história, que seria a *história das tecnologias*, isto é, a história muito mais global, mas, é claro, também muito mais vaga das correlações e dos sistemas (...) *que fazem com que, numa sociedade dada e para este ou aquele setor dado (...) se instale uma tecnologia de segurança, por exemplo, que leva em conta e faz funcionar no interior da sua tática própria elementos jurídicos, elementos disciplinares, às vezes até mesmo multiplicando-os* (FOUCAULT, 2008, p. 12, grifos meus).

Inserida nesta reformulada dinâmica de forças, a abrangência da temática presente na educação em saúde é consideravelmente expandida no contexto desta “nova saúde pública”, em relação à “velha saúde pública”. Enquanto esta concentra-se num único enfoque – a prevenção de doenças –, aquela se propõe a alçar-se além da conceituação biomédica da saúde, englobando objetivos mais amplos, uma vez que “a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida.” (OLIVEIRA, 2005, p. 425).

Percebe-se, por conseguinte, a transformação da abordagem que, num primeiro momento, pode-se definir como “educação para a saúde”, na qual os processos de saúde-doença operam estabelecendo um certo “paralelismo” entre as áreas da Educação e da

Saúde: enquanto a primeira seria responsável pelas ações educativas e pedagógicas para transformar os comportamentos, a segunda encarrega-se de produzir conhecimentos científicos necessários a respeito das doenças, embasando ações e estratégias “caracterizadas por ações verticais de caráter informativo com o intuito de transformar hábitos de vida, colocando o indivíduo como o responsável pela sua saúde.” (FALKENBERG et al., 2014, p. 848).

Creio, portanto, que para discorrer a respeito de uma análise que busque elementos característicos da forma com que a abordagem da educação em saúde é produzida documentalmente no Brasil, a contextualização adequada é de vital importância. Neste sentido, buscarei contextualizar de que maneira os preceitos da promoção da saúde foram e são internalizados às políticas nacionais que versam sobre educação em saúde, bem como compreender de que forma a proposta da Saúde Coletiva manifesta-se como produto e objeto de recombinações securitárias notadamente brasileiras.

### **3.4 Um toque de brasilidade: a Saúde Coletiva como movimento nacional de Promoção da Saúde**

De acordo com Kirst e Darsie (2021), a Saúde Coletiva é uma forma tipicamente brasileira de fazer e pensar saúde, dado que é o único país a reconhecê-la como tal, em lugar de Saúde Pública. Sua relevância histórica e social enquanto movimento democrático e sua atuação, embasada pela “inovação” e enfrentamento aos modelos de saúde precursores, pautados pela doença, fazem com que tenha relevância para as discussões propostas neste trabalho.

Cabe realizarmos uma breve contextualização acerca das propostas dominantes que orientaram as políticas de saúde pública tradicionalmente, para que possamos conceituar adequadamente as justificativas e os motivos que inspiraram a construção da Saúde Coletiva como campo de conhecimento e práticas “inovadoras”. De acordo com Birman (2005, p. 11, grifos meus):

*Com a emergência da sociedade industrial, a saúde das individualidades passa a incluir necessariamente as condições coletivas de salubridade, não sendo mais possível conceber a existência da saúde dos sujeitos na exterioridade das condições sanitárias do espaço social.*

O campo da Saúde Pública constitui-se a partir do século XVIII, juntamente com a medicina moderna, como polícia médica e medicina social – evidenciando, portanto, o



investimento político da medicina e a dimensão social das enfermidades. Ainda conforme Birman (2005, p. 12, grifos meus):

*As descobertas biológicas multiplicam o poder social da medicina, conferindo à perspectiva universalizante, presente no discurso naturalista, uma legitimidade que silencia qualquer consideração de ordem simbólica e histórica na leitura das condições das populações a que se destinam as práticas sanitárias.*

A perspectiva naturalista da saúde e dos seus determinantes coloca-se como “razão triunfante” que, a partir da sua suposta universalidade, legitima práticas de medicalização generalizadas pela sociedade: “a Saúde Pública encontrou definitivamente seu solo fundador na Biologia, perdendo assim qualquer medida que relativizasse seus dispositivos e que permitisse considerar a especificidade social das comunidades sobre as quais incide” (Ibidem, p. 12).

No entanto, a perspectiva da saúde pública transformou-se globalmente, enfatizando o aprimoramento da saúde das populações e, posteriormente, o controle da emergência de doenças oriundas de dinâmicas coletivas (KIRST; DARSIE, 2021).

*Destaca-se que a Saúde Pública, portanto, desde sua origem, ocupou-se da doença em lugar da saúde. No entanto, nas últimas décadas, houve um deslocamento deste entendimento e, hoje em dia, a Saúde Pública, especialmente quando se trata de discussões globais, intenta prevenir, informar, garantir a diminuição da doença, buscar a cura e ampliar os níveis de saúde (Ibidem, p. 95, grifos meus).*

Desde o início da década de 1970, o campo denominado “Medicina Social” se diferenciava do que, à época, denominava-se Higiene (denominação tradicional nas universidades) ou Saúde Pública, campo de atuação de notáveis sanitaristas, desde a Fundação Serviço Especial de Saúde Pública, em meados da década de 1940 (CORDEIRO, 2004).

*A busca de alternativas que contemplassem uma articulação entre as ciências sociais, a Epidemiologia com ênfase na determinação social das doenças e as políticas de saúde tinha o mérito de buscar a superação entre as orientações funcionalistas das ciências do comportamento, as visões tecnocráticas de determinadas correntes do planejamento e da administração de saúde ou a determinação das doenças, como o resultado multivariável e anistórico de fatores biopsicossociais (Ibidem, p. 344, grifos meus).*

Embasada, num primeiro momento, pelas descobertas científicas no campo da Biologia, a medicina posiciona-se como chave de inteligibilidade para os desafios sanitários oriundos do advento das sociedades industrializadas, no início do século XX. Compreendida como elemento de primeira importância no princípio de configuração da Saúde Pública da

época preventiva, a combinação entre medicina e biologia operou como dispositivo de conhecimento-poder dominante na produção um entendimento específico acerca da conceituação do campo da saúde, bem como da forma com que preceitos de saúde deveriam ser difundidos pela sociedade, através de ações educativas e de salubridade.

A perspectiva da Saúde Coletiva, por outro lado, afirma-se como crítica ao pretensão “universalismo naturalista” do saber médico, cuja compreensão da problemática da saúde opera de forma mais abrangente e complexa.

*A saúde é marcada num corpo que é simbólico, onde está inscrita uma regulação cultural sobre o prazer e a dor, bem como ideais estéticos e religiosos. Destacando assim, nas diversas sociedades, o corpo simbólico, as representações da vida e da morte, do normal e do anormal, as práticas sanitárias não podem silenciar sobre o tecido social, marcado pelas diferenças. O reconhecimento do caráter simbólico do corpo impede sua representação como apenas uma máquina anátomo-funcional, constituída por mecanismos bioquímicos e imunológicos (BIRMAN, 2005, p. 13, grifos meus).*

Desta forma, se no preventivismo a dimensão social ou coletiva da saúde era abordada de forma reducionista, com enfoque priorizado no indivíduo, pensadores latino-americanos se encarregam de redefinir o que se compreende como o social na saúde. Partindo daí, diferentes abordagens acerca do “social” emergiram, como “meio ambiente, como coleção de indivíduos, como conjunto de efeitos da vida social, como interação entre elementos, como campo específico e estruturado de práticas sociais” (SOUZA, 2014, p. 10).

Foi a partir deste debate que, na década de 1970, o campo da Saúde Coletiva começou a estruturar-se formalmente, em três áreas: (I) formação de recursos humanos; (II) maior articulação entre Medicina e Ciências Sociais; e (III) no incentivo ao desenvolvimento tecnológico e inovação (KIRST; DARSIE, 2021). A partir da difusão das Ciências Humanas no campo da saúde, a Saúde Coletiva reestrutura as diretrizes deste campo, destacando as dimensões simbólica, ética e política, contrapondo a preponderância da dimensão biológica (BIRMAN, 2005).

O marco conceitual da Saúde Coletiva é oriundo das críticas aos projetos de reforma da saúde, no Brasil especificamente, mas que ocorriam em toda a América Latina. A chamada “crise da Saúde Pública” foi concomitante às propostas de reformas econômicas, administrativas e políticas da época, buscando alinhar-se às novas configurações dos mercados externos. Inserida no contexto de diálogo entre a Saúde Pública e Medicina Social, a Saúde Coletiva emergiu como operador central na renovação entre as relações teórico-metodológicas e a produção científica, articuladas a práticas sociais, nos estudos acerca do fenômeno saúde/doença nas populações brasileiras (KIRST; DARSIE, 2021).

De acordo com Nunes (1994), além de caracterizar-se pela união dos referenciais preventivistas, da Medicina Social e de Saúde Pública, a Saúde Coletiva estrutura-se como um campo independente de teoria e prática. A combinação de experiências e o exercício crítico e político estão entre os fundamentos desta ideia, afirmando que a Saúde Coletiva emerge tanto como:

[...] *corrente de pensamento*, cuja originalidade a distanciava, até recentemente, das experiências de outros países latino-americanos; como *movimento social*, que se articulou a um conjunto de condições políticas e institucionais, inclusive contando com substancial apoio financeiro para projetos (período de 1975-1986); e como *prática teórica* (NUNES, 1994, p. 18).

A Saúde Coletiva, como campo de teoria e práticas em saúde tipicamente brasileira, propõe uma abordagem distinta acerca da Saúde Pública tradicional e do projeto da Medicina Preventiva, aproximando as Ciências Médicas e Biológicas das Ciências Humanas e Sociais, num movimento que objetiva redimensionar as abordagens a respeito do processo de saúde-doença das populações brasileiras.

Movimento que expressa, portanto, a recombinação dos elementos e práticas constituídos a partir de experiências que, em sua maior parte, se originam nos países que fazem parte do mundo dito desenvolvido. Aos preceitos e práticas englobados pelo arcabouço conceitual da “nova saúde pública” e da estratégia de promoção da saúde, modulados pelas demandas nacionais, atribui-se a denominação de Saúde Coletiva.

Um dos elementos essenciais de diferenciação, que se destaca no processo de reorganização institucional, técnico e prático brasileiro, dada a conjuntura vivida pelo país no fim da década de 1980, foi sem dúvida a articulação realizada entre as “possibilidades de fortalecimento da democracia a partir do redimensionamento das práticas de cuidado em saúde.” (KIRST; DARSIE, 2021, p. 92).

A conjuntura social da época de seu surgimento, no país, foi marcada pela ditadura militar e, em contrapartida, constituíam-se inúmeros movimentos sociais – por meio de segmentos estudantis, sindicais, populares, universitários, entre outros – que combatiam o autoritarismo dos governantes ao passo que apoiavam a democratização do Estado e da sociedade (Ibidem, p. 92).

A noção de Saúde Coletiva, desta forma, possibilita o direcionamento de ênfases e a articulação necessária para a consolidação do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB), que teve como temática central o “reconhecimento do direito à saúde como algo inerente à conquista da cidadania”. (Ibidem, p. 92).

Destaco a forma com que, no contexto brasileiro, o conceito de saúde ampliado preconizado desde a Carta de Ottawa (OMS, 1986), assume o elemento político-democrático como um de seus pilares essenciais, tanto que tal redirecionamento faz-se presente no texto da Constituição Federal promulgada em 1988, produto da redemocratização brasileira após 21 anos de ditadura militar.

Em seu texto, a Constituição Cidadã afirma, no Artigo 196, que “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à *redução do risco de doença e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para sua promoção, proteção e recuperação.*” (BRASIL, 1988, p. 113, grifos meus).

Especifica-se de que forma o “sistema único” de saúde deverá organizar-se no território, de acordo com as seguintes diretrizes:

Art. 198. As ações e serviços públicos de saúde integram uma *rede regionalizada e hierarquizada* e constituem um sistema único, organizado de acordo com as seguintes diretrizes: I - *descentralização*, com direção única em cada esfera de governo; II - atendimento integral, *com prioridade para as atividades preventivas*, sem prejuízo dos serviços assistenciais; III - *participação da comunidade*. (Ibidem, p. 113, grifos meus)

Destaco que, neste processo de institucionalização da promoção da saúde, além do seu estabelecimento como “direito de todos e dever do Estado”, promove-se concomitantemente a “*intersetorialização*” do campo da saúde, que passa a englobar em si elementos da Política, da Educação, do Direito, dentre outros que, até os dias atuais, continuam a se manifestar (KIRST; DARSIE, 2021).

Entretanto, apesar de tais preceitos estarem inscritos entre os direitos fundamentais de todos os cidadãos, a regulamentação do funcionamento dos mesmos ainda era necessária. Tal acontecimento deu-se a partir da Lei nº 8080, promulgada em 19 de setembro de 1990, denominada Lei Orgânica da Saúde (BRASIL, 1990).

Destaco como pertinente para esta dissertação, especificamente, o seu Artigo 18º, no qual são elencadas as competências da Direção Municipal do sistema de saúde, dos quais enfatizo cinco elementos regulatórios:

I - *planejar, organizar, controlar e avaliar* as ações e os serviços de saúde e *gerir e executar* os serviços públicos de saúde; II - participar do planejamento, programação e organização da *rede regionalizada e hierarquizada* do Sistema Único de Saúde - SUS, em articulação com sua direção estadual; (...) IV - *executar serviços*: a) de vigilância epidemiológica; b) vigilância sanitária; c) de alimentação e nutrição; d) de saneamento básico; e) de saúde do trabalhador (...) VI - colaborar na fiscalização das agressões ao meio ambiente que tenham repercussão sobre a saúde humana e

atuar, junto aos órgãos municipais, estaduais e federais competentes, para controlá-las (Ibidem, p. 9, grifos meus).

A partir destes elementos, proponho que é possível interpretar o PSE como um vetor de implementação das atribuições municipais de saúde, que se apropriam da instituição escolar como “lugar privilegiado” de implementação de ações e práticas, *prioritariamente preventivas*, voltadas à saúde dos escolares e da comunidade na qual inserem-se.

Em primeiro lugar, a escola configura-se como um lugar no qual distribuem-se os estudantes-sujeitos em “espaços analíticos”, que propiciam um determinado campo de visibilidade, possibilitando a singularização e normalização dos indivíduos a partir da concepção do ambiente escolar como local de triagem e encaminhamento aos serviços de saúde adequados.

Feitos inteligíveis como estudantes-objeto, pelo olhar analítico de professores, médicos ou demais especialistas das ciências pedagógica e biomédica, estes agora transmutam-se em dados, em estatísticas, sob as quais se baseia a mensuração que fundamentará a identificação das necessidades, o planejamento, organização, controle e avaliação daquela “localidade de saúde”. Em função desta efetua-se o encaminhamento para os serviços de saúde adequados e a subsequente gestão e execução dos recursos pelo órgão responsável.

Em segundo lugar, chamo atenção para a proximidade temática entre os serviços cuja responsabilidade de execução é municipal e as temáticas propostas pelos Cadernos Temáticos do PSE<sup>36</sup>. Normas e diretrizes que, se no texto da Lei Orgânica de Saúde, estão postas de forma generalista, com os Cadernos Temáticos são abordadas com maior minúcia e profundidade pedagógica, técnica e prática, modulados para que sua aplicabilidade tenha maior capilaridade de implementação e mensuração de objetivos, metas e resultados.

Por fim, e em função da diretriz de descentralização das esferas de competência e da organização do sistema em redes regionalizadas e hierarquizadas, outro elemento que ganha destaque na interpretação brasileira da promoção da saúde é o território, que opera como modulador da hierarquia e regionalização do sistema de saúde, da delimitação e organização das “regiões de saúde” (KIRST, DARSIE, 2021).

Esse território engloba em si aspectos ambientais, populacionais, infraestruturais e naturais, que condicionam a distribuição de elementos da rede e como se organizam. A escola é apreendida como um ponto de articulação intersetorial entre saúde e educação, como uma

---

<sup>36</sup>(I) Saúde Ambiental; (II) Atividade Física; (III) Alimentação Saudável; (IV) Verificação da Situação Vacinal; (V) Saúde Bucal; (VI) Saúde Ocular; e (VII) Direitos Humanos.

"localidade de saúde", que é operacionalizada como infraestrutura de implementação de estratégias, ações e práticas "integrals". Como caracteriza-se este território? "Território, assim, em qualquer acepção, tem a ver com poder, mas não apenas ao tradicional 'poder político'. Ele diz respeito tanto ao poder no sentido mais explícito, de dominação, quanto ao poder no sentido mais implícito ou simbólico, de apropriação." (HAESBAERT, 2007, p. 20-21).

Emprego esta percepção do território não apenas como 'realidade material' que, através de seus condicionantes físicos e pelo poder político atribuído às instituições de Estado, exerce esta forma de dominação territorial. Ele diz respeito, também, ao processo de apropriação, caracterizado pelo seu aspecto simbólico, "carregado das marcas do "vivido", do valor de uso" (Ibidem, p. 21).

O território incorpora em si aquilo que é pertinente à vida, individual e coletiva. É a partir deste *continuum* que a "verdade" é produzida, na mesma medida em que, através de recombinações entre instituições, práticas e técnicas, emergem possibilidades de intervenção que incorporam o território como elemento modulador, que singulariza e normaliza recortes territoriais em função de suas especificidades naturais, populacionais, econômicas, alimentares, sanitárias, geográficas, climáticas, habitacionais, dentre outros.

Essas intervenções são embasadas por uma determinada normatividade e buscam identificar no território as possibilidades de ações e práticas entendidas como necessárias para atingir padrões, que permitam a construção de ambientes que possibilitem vidas mais saudáveis. "Trata-se, isto sim, de um espaço-processo, um espaço socialmente construído." (Ibidem, p. 21).

O meio ambiente, inserido no território, constitui-se como produto e objeto de intervenções em prol do imperativo de "promover a saúde", resultante deste processo de construção social contínua, que engloba tanto aspectos naturais e biológicos quanto aspectos simbólicos e culturais. Não menos importante, condicionados historicamente pelas "verdades" possíveis que legitimam, num determinado recorte espaço-temporal, o que pode e o que não pode ser dito.

A perspectiva pela qual o território é inserido como elemento modulador da implementação de políticas públicas de educação em saúde orienta-se a partir de um princípio de configuração específico, distinto daquele preconizado pela estratégia do campo de saúde proposta no Relatório Lalonde. Ainda que, num primeiro momento, seja importante destacarmos que este movimento de reordenação das ênfases tenha tido um papel importante para que questões acerca da saúde pública pudessem estar sujeitas aos distintos olhares, além

da perspectiva biomédica emergem questionamentos a respeito da (in)eficácia da proposta, especialmente na sua abordagem sobre o meio ambiente.

Tal tensionamento será proposto por Buck (1985, p. 6, grifos meus), no texto *Después de Lalonde: La Creación de la Salud*, no qual afirma que

Nem o Relatório nem as decisões políticas subsequentes conseguiram abordar corretamente o meio ambiente. *Considero o meio ambiente o mais importante dos quatro elementos do conceito de campo de saúde de Lalonde: se o ambiente não for adequado, nem será a biologia humana, o estilo de vida e a organização dos cuidados de saúde.*<sup>37</sup>

De fato, devemos considerar que, apesar de o modelo conceitual do campo de saúde equiparar o meio ambiente aos demais eixos analíticos, é o território (no qual insere-se o meio ambiente) que englobará e condicionará a existência da biologia humana, dos estilos de vida e a forma com que se organiza o sistema de saúde. Buck (1985, p. 11) ressalta que

A maioria das declarações oficiais do campo da saúde *aceitam o ambiente como ele é, como um conjunto de problemas a serem resolvidos, aos quais devemos nos adaptar.* A ênfase da mudança está *no indivíduo*, muitas vezes expressando a convicção que *milhões de dólares poderiam ser economizados do orçamento destinado à saúde se as pessoas abandonassem seus maus hábitos.*<sup>38</sup>

Este movimento recombinação, cujo produto atribui níveis equivalentes de importância aos quatro eixos analíticos do campo de saúde, não seria capaz de representar de forma adequada a importância que o aspecto ambiental exerce na produção da saúde. Especialmente a respeito da equivalência entre estilo de vida e meio ambiente, argumenta a autora que

Para que as pessoas desfrutem de uma saúde melhor, será necessário proporcioná-las *um meio que não cause danos físicos ou psicológicos.* Nesse caso, o desejo e a oportunidade de adquirir maus hábitos seriam muito menores. *Muita importância tem sido dada à responsabilidade do indivíduo em relação a sua própria saúde, o que tem causado um aumento do sentimento de alienação naqueles que já estão à margem da sociedade.* (BUCK, 1985, p. 11, grifos meus)

---

<sup>37</sup>Ni el Informe ni las decisiones políticas subsequentes han logrado que se trate correctamente el entorno. Considero que el entorno es el más importante de los cuatro elementos del concepto de campo de la salud de Lalonde: si el entorno no es adecuado, tampoco lo serán la biología humana, el estilo de vida y la organización de la atención sanitaria.

<sup>38</sup> La mayor parte de las declaraciones oficiales en el campo de la salud pública aceptan el entorno tal y como es, como un conjunto de problemas a los que hay que adaptarse. El énfasis del cambio se sitúa en el individuo, a menudo expresando la convicción de que podrían ahorrarse millones de dólares del presupuesto asignado a salud si las personas abandonan sus malas costumbres.

Assevero que esta proposta de “planificação” conceitual pretendida reflete os princípios que advogam o “pensamento planejado”. Por um pensamento que supere a fragmentação científica e o seu entrincheiramento em conhecimentos independentes entre si, em favor de uma percepção que reconheça quais objetivos são compatíveis e constituem um todo integrado: “Disciplinas como a Política, a Sociologia e a Economia rompem círculos fechados e departamentos estanques para penetrar no padrão multidimensional da análise de objetivos mutuamente regulamentados. Surge, deste modo, novo nível de precisão científica.” (CANDEIAS, 1971, p. 122).

A partir deste ‘padrão multidimensional da análise de objetivos mutuamente regulamentados’, compreendo que o conceito de campo de saúde é um produto deste esforço de conciliação científica, técnica, institucional e política. Os quatro elementos identificados, desta forma, são manifestações deste movimento que busca planificar a multidimensionalidade almejada pelo conceito.

Num sentido contrário, observa-se que as redes regionalizadas e hierarquizadas do Sistema Único de Saúde operam a partir de uma premissa distinta da planificação. Conforme apontam Kirst e Darsie (2021), “Privilegiava-se o *planejamento ascendente*, iniciado nos Municípios, passando pelos Estados e seus respectivos sistemas de saúde, chegando à União, que é a responsável pela política nacional de saúde, conforme acontece até os dias de hoje (p. 104, grifos meus). Privilegia-se, assim, uma abordagem multidimensional e intersetorial da implementação das ações realizadas no âmbito das políticas públicas de saúde e de educação em saúde, fundamentada ideal e primordialmente pelas contingências locais e municipais.

A perspectiva analisada, através das lentes analíticas dos dispositivos de segurança, possibilita a apreensão da articulação proposta entre as infraestruturas de saúde e educação de forma que cada escola constitui-se como um nó, como um ponto de conversão da rede de biopoder que modula o funcionamento do dispositivo de segurança da educação em saúde.

As práticas em Educação e Saúde devem considerar os *diversos contextos* com o objetivo de *realizar construções compartilhadas* de saberes sustentado pelas *histórias individuais e coletivas*, com papéis sociais distintos – professores, educandos, merendeiras, porteiros, pais, mães, avós, entre outros sujeitos –, *produzindo aprendizagens significativas e ratificando uma ética inclusiva*. (BRASIL, 2015a, p. 7, grifos meus)

A escola é, pois, compreendida como um campo de visibilidade que aglutina todos os diferentes contextos, individuais e coletivos, possibilitando sua compreensão de forma relacional entre população e território. A naturalização da realidade combinada entre ambos é



traduzida em dados e estatísticas, que fundamentam e legitimam a produção de modulações localizadas em função das necessidades e especificidades produzidas por esta naturalização.

No entanto, permanece presente nos documentos a ênfase atribuída a aspectos individuais dos sujeitos-objetos, conforme explícito no Caderno Temático de Direitos Humanos do PSE:

*As políticas sociais precisam desenvolver-se de forma associada e interrelacionada, para que cada educando/trabalhador/usuário se veja como sujeito corresponsável pelo serviço/ação e pelo seu próprio bem-estar. Isso implica mais do que ofertas de serviços num mesmo território; deve propiciar a sustentabilidade à transformação das práticas profissionais fragmentadas em modos de cuidar pautados pela universalidade, participação, integralidade, articulação e corresponsabilidade pelos territórios, para a produção de um jeito de cuidar da saúde realizado intersetorialmente com a escola (BRASIL, 2015b, p. 5, grifos meus).*

A ‘produção de um jeito de cuidar da saúde realizado intersetorialmente com a escola’ é fundamentada por uma perspectiva que reforça a necessidade de que os atores envolvidos no processo - educando, trabalhador, usuário - sejam influenciados de forma a internalizar na sua conduta as preocupações com a saúde individual e coletiva legitimadas pelo documento.

Compreende, também, o imperativo de não se limitar a campos de intervenção unidimensionais, que sinalizem no objetivo de ‘transformação de práticas profissionais’ o esforço de superar a atuação meramente preventiva e transformá-la em processos de educação em saúde contínuos, que transbordam para além do espaço físico circunscrito da instituição escolar e estabelecimento de saúde, que resultem em mudanças nos hábitos e comportamentos que não contribuam para uma ‘boa condição de saúde’.

*O desenvolvimento dos educandos passa pelo desenvolvimento de competências e habilidades emocionais como: confiança, curiosidade, intencionalidade, autocontrole, capacidade de relacionamento, de comunicação e de cooperação. Os estabelecimentos de ensino contribuem para o desenvolvimento integral do estudante, dependendo da forma como as relações são estabelecidas. Juntamente com outros espaços sociais, a escola cumpre papel decisivo na formação das crianças, adolescentes, jovens e adultos, na percepção e construção da cidadania, no acesso às políticas públicas, entre outros. O território de responsabilidade compartilhada entre saúde e educação torna-se um campo privilegiado para o desenvolvimento de problematizações sobre a organização social, a conquista de direitos, da justiça, da dignidade humana e o respeito à diversidade (Ibidem, p. 6, grifos meus).*

Em consonância com os preceitos da promoção da saúde, o desenvolvimento de competências e habilidades emocionais, para que os indivíduos e a comunidade sejam capazes de realizar escolhas que se alinhem aos preceitos de uma vida mais saudável, mantém-se como elementos que permeiam as temáticas propostas pelo PSE. O ‘território de

responsabilidade compartilhada' entre saúde e educação compreende um amplo campo de visibilidade e intervenção, através do qual a percepção da escola como ambiente de triagem e ganho de escala manifesta sua compreensão como uma "localidade de saúde".

Reafirma-se, portanto, conforme exposto anteriormente, a atuação produtiva, construtora de uma rede de biopoder com múltiplos nós, que torna inteligível a realidade populacional e territorial dos determinantes sociais de saúde através da escola, como espaço analítico de visibilidade.

*Compreender e desenvolver ações a partir dos determinantes sociais da saúde empoderam os indivíduos para promover saúde. Nesse sentido, a promoção da saúde pode ser entendida como estratégia de produção do cuidado pessoal e coletivo, que busca intervir sobre aspectos relativos aos fatores que podem prejudicar a construção de uma vida saudável ou potencializar aqueles que colaboram para sua construção. As ações de promoção da saúde têm capacidade de provocar mudança alargada quando conseguem partir da realidade das pessoas e do território, do local onde vivem. A capacidade de articular pessoas, setores e políticas públicas para superação daquilo que não contribui com a construção de saúde, numa perspectiva ampliada, torna-se mais intensa à medida que as pessoas e os coletivos problematizam suas condições de vida de forma participativa e autônoma na sociedade, desencadeando processos de aprendizagem sobre si e sobre o território que compartilham e sobre o mundo (BRASIL, 2015c, p. 3, grifos meus).*

O 'privilégio' da escola como lugar de percepção e construção da realidade coletiva e individual possibilita que, dadas as suas características disciplinares e biopolíticas, seja construída uma ampla rede de articulação entre 'pessoas, setores e políticas públicas', nas quais um princípio de configuração securitário é ativado na modulação diferencial de cada ponto da rede. Em outras palavras, cada escola configura-se como um nó da rede securitária que, articulada de forma regionalizada e hierarquizada, produz dados, informações e estatísticas que fundamentam a construção das políticas públicas e identificação de necessidades específicas de cada localidade. Ao considerar a perspectiva de uma rede que constitui-se de forma "ascendente", os processos de singularização e normalização característicos dos dispositivos de segurança são postos em funcionamento, em sentido duplo.

Primeiro, de forma que a singularização de cada nó da rede, considerando suas especificidades territoriais e populacionais, tenha autonomia e legitimidade para identificar, planejar, implementar e mensurar quais ações devem ser priorizadas na implementação do programa de educação em saúde. Segundo, a normalização opera ao compilar e correlacionar dados e informações obtidos em determinados conjuntos de nós, agregados em função de sua proximidade territorial ou similitudes populacionais e ambientais, possibilitando a produção

de “verdades” a respeito daquela região e sua avaliação relativa aos objetivos e metas propostas.

Assim, gradualmente, agrega-se mais e mais conjuntos de nós para construir-se, por fim, representações cada vez mais amplas e totalizantes sobre a “realidade” e articulação entre população e território, através do campo de visibilidade e intervenção da escola, processo esse que, além de demonstrar quais os caminhos foram trilhados até então - temáticas priorizadas, número de educandos participantes, quantidade de ações realizadas - possibilita a projeção dos caminhos futuros, o acompanhamento de índices e indicadores, o acompanhamento da efetividade das ações e de quais formas é possível otimizá-lo em função dos custos.

As abordagens sobre diretrizes, princípios e objetivos que orientam a forma com que estrutura-se a política pública de educação em saúde são apresentadas de distintas maneiras. Conforme exposto anteriormente, o PSE é construído com base em propostas temáticas, em certa medida alinhado com as competências municipais do SUS, conforme indicado na Lei Orgânica de Saúde (BRASIL, 1990). Concomitante a esta proposição, tem-se a perspectiva proposta pela Saúde Coletiva, sendo esta definida em termos de

[...] uma área do saber que *toma como objeto as necessidades sociais de saúde* (e não apenas as doenças, os agravos ou os riscos) *entendendo a situação de saúde como um processo social* (o processo saúde-doença) *relacionado à estrutura da sociedade e concebendo as ações de atenção à saúde como práticas simultaneamente técnicas e sociais* (SOUZA, 2014 p. 11, grifos meus).

A partir desta definição, compreende-se a necessidade de superação das estratégias e ações de educação em saúde sob a forma de programas temáticos, que enfatizam questões ou recortes populacionais específicos, que fundamentam-se por uma epidemiologia descritiva e por uma perspectiva normativa de planejamento e administração, por “*intervenções articuladas* de promoção, proteção, recuperação e reabilitação da saúde, baseadas em uma *abordagem multidisciplinar*, com a contribuição das *ciências sociais*, da *epidemiologia crítica* e do *planejamento e da gestão estratégica e comunicativa*.” (Ibidem, p.11, grifos meus).

Similarmente, a iniciativa das EPS propõe abordagem em consonância à perspectiva da Saúde Coletiva, de que se faz necessário que as escolas avancem para além de ‘programas e tópicos específicos em saúde’, e adotem modelos que as envolvam como um todo:

Os padrões globais para EPS fornecem uma visão na qual *todas as escolas, em todos os lugares, podem melhorar a saúde, o bem-estar e os resultados educacionais de seus alunos e comunidades*. Isso requer que as escolas *avancem além de tópicos e programas de saúde específicos para adotar uma abordagem de toda a escola para promover a saúde e o bem-estar, na qual a cultura, as condições e o currículo de*

uma escola contribuem para um sistema EPS (WHO; UNESCO, 2021c, p. 2, grifos meus)<sup>39</sup>.

Os oito elementos que compõem os padrões globais para uma EPS são: 1) Políticas e Recursos Governamentais; 2) Políticas e Recursos Escolares; 3) Governança e Liderança Escolar; 4) Parcerias entre Escola e Comunidade; 5) Currículo Escolar; 6) Ambiente Sócio-Emocional Escolar; 7) Ambiente Físico Escolar; Serviços Escolares de Saúde (WHO, UNESCO, 2021b). O conceito de EPS, desta forma,

[...] incorpora a abordagem da escola como um todo para promover a saúde e os níveis de instrução nas comunidades escolares, utilizando o potencial organizacional das escolas para fomentar as *condições físicas, socioemocionais e psicológicas para a saúde*, assim como os efeitos educativos positivos (WHO; UNESCO, 2021c, p. 2, grifos meus)<sup>40</sup>.

Apesar da confluência da abordagem, na qual a “escola como um todo” é preconizada, atentemo-nos para as diferenças entre ambas. Conforme exposto anteriormente nesta seção, a Saúde Coletiva é compreendida como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica. Além disso, possui enfoque na formação de recursos humanos, maior articulação entre Medicina e Ciências Sociais e no incentivo ao desenvolvimento tecnológico e à inovação.

Propõe-se, desta forma, que as ações realizadas em função deste conceito produzam intervenções articuladas, baseadas numa abordagem multidisciplinar. Contexto este no qual “as ações em saúde devem ser sempre elaboradas e pactuadas em fóruns participativos, populares, em que participam diversos atores sociais que representam múltiplos interesses e necessidades, bem como, múltiplas áreas de conhecimento.” (KIRST; DARSIE, 2011, p. 102).

Por outro lado, compreendo que a iniciativa das EPS e o seu “padrão global” composto pelos oito elementos citados anteriormente seja, em certa medida, antagônico ao ideário da Saúde Coletiva e a forma com que a incorporação da escola como um todo é realizada. Em primeiro lugar, o público ao qual dirige-se o documento:

O público-alvo desta guia é, portanto, principalmente *agentes governamentais* que são responsáveis pelo desenvolvimento de políticas, planejamento, alocação de

---

<sup>39</sup> The global standards for HPS provide a vision in which all schools, everywhere, can enhance the health, well-being and educational outcomes of their students and communities. This requires that schools move beyond specific health topics and programmes to embrace a whole-school approach to promoting health and well-being, in which the culture, conditions and curriculum of a school all contribute to an HPS system.

<sup>40</sup> [...] embodies a whole-school approach to promoting health and educational attainment in school communities by using the organizational potential of schools to foster the physical, social-emotional, and psychological conditions for health as well as for positive education outcomes.

recursos e monitoramento (por exemplo, avaliações de desempenho escolar) de saúde escolar e programas de promoção da saúde. (WHO; UNESCO, 2021c, p. 5, grifos meus)

Evidencia-se, por conseguinte, que o desenvolvimento, planejamento, alocação de recursos e o monitoramento das políticas públicas não são, necessariamente, co-construídos com a participação comunitária, mas sim que as comunidades serão os espaços onde práticas construídas anteriormente serão implementadas. A participação, assim, não ocorre no nível de planejamento e desenvolvimento participativo, mas na implementação.

O que nos leva ao segundo ponto: a estratégia das EPS propõe um modelo específico e bem delineado, tanto que dois dos documentos que versam sobre o tema definem o que deve ser alcançado e como - padrões e guia de implementação. Constitui uma abordagem normativa a respeito da escola como local de promoção da saúde, visto que se dirige aos agentes governamentais responsáveis pelo planejamento, administração, implementação e mensuração das ações. A participação da comunidade é considerada no aspecto prático da política, de certa forma como objetos de um experimento biomédico e social previamente desenhado. A continuidade que permanece, em ambas abordagens, é a compreensão do ambiente escolar, sem seus aspectos físicos, ambientais e populacionais, como um espaço privilegiado no qual distintas tecnologias de promoção da saúde são implementadas.

A investigação realizada neste capítulo guiou-se pelo objetivo de elucidar a “história das tecnologias” que orientaram, ao longo das décadas, como a articulação entre o binômio saúde e educação configurou-se de acordo com a “ordem dos saberes e dos discursos” e como as relações de poder entre as ciências médicas e as sociais relacionam-se uma com a outra na produção e implementação de estratégias, ações e práticas de saúde escolar.

Ao analisar o Caderno do Gestor do PSE, é possível vislumbrar a abordagem da qual o programa busca distanciar-se e quais princípios serão almejados como elementos basilares de sua implementação:

É preciso compreender que o espaço escolar **não** deve ser utilizado para consultas médicas, **com o objetivo da medicalização** ou de diagnóstico clínico-psíquico dos fracassos do processo ensino-aprendizagem, mas apenas para detecção de sinais e sintomas de agravos em saúde, por sua objetividade e ganho de escala em ambiente coletivo (BRASIL, 2015a, p. 8, grifos originais).

Enuncia-se, portanto, um entendimento específico a respeito do que se considera o processo de medicalização - a realização de consultas médicas e o diagnóstico clínico-psíquico dos “fracassos” do processo de ensino-aprendizagem. O processo de

medicalização a que se refere o documento opera um importante papel de sinalização e representação daquilo do que pretende se distanciar, a partir de quais estratégias, ações e práticas a articulação entre educação e saúde deve produzir descontinuidades, inovações, novas configurações entre técnica, prática e teoria.

[...] pode-se afirmar que, no século XX, os médicos estão inventando uma sociedade não da lei, mas da *norma*. O que rege a sociedade não são os códigos, mas a *perpétua distinção entre o normal e o anormal*, o perpétuo empreendimento de *restituir o sistema de normalidade* (FOUCAULT, 2010, p. 181, grifos meus).

Ora, não poderíamos relacionar a utilização da escola como local de detecção de sinais e sintomas de agravos de saúde e a “objetividade e ganho de escala”, como elementos que não antagonizam, com o processo de medicalização definida pelo Caderno do Gestor, mas que representam novas práticas e processos que dão continuidade à medicalização através de outros meios e práticas? Conforme argumenta Lupton (1997, p. 101, grifos meus)<sup>41</sup>, “A medicalização é evidente nas formas como advertências sobre riscos à saúde se tornaram senso comum. As pessoas são *constantemente incentivadas a conduzir* suas vidas cotidianas para evitar possíveis doenças ou morte precoce.”

O próximo capítulo desta dissertação, a seguir, será destinado à compreensão de como caracteriza-se o processo de medicalização e como se relaciona tanto com a abordagem foucaultiana dos dispositivos de segurança quanto com a articulação do binômio saúde-educação na produção das políticas públicas de educação em saúde na escola.

Buscarei apreender de que forma um poder que se faz inteligível no seu aspecto produtivo, de incentivo a determinados hábitos e comportamentos em detrimento daqueles “não saudáveis” ou “prejudiciais à saúde”, combina-se com as estratégias de promoção da saúde, cujo objetivo localiza-se, principalmente, na produção de indivíduos e comunidades que assumem responsabilidade pela sua própria saúde, nas condutas individuais e coletivas.

---

<sup>41</sup> Medicalisation is evident in the ways in which warnings about health risks have become common events. People are constantly urged to conduct their everyday lives in order to avoid potential disease or early death.

#### **4. A MEDICALIZAÇÃO DA ESCOL(H)A: PRODUZINDO ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS**

Considerando a caracterização da medicalização proposta pelo Caderno do Gestor do PSE, o conceito é associado à realização de consultas médicas e diagnóstico clínico-psíquico dos ‘fracassos’ do processo de ensino-aprendizagem. É de suma importância, portanto, compreender a constituição e difusão da noção de medicalização como ferramenta que emerge na década de 1970, com viés crítico, que questiona as formas com que a Medicina assume crescente influência e controle institucional e social sobre a vida individual e coletiva das populações.

Isso se manifesta de forma heterogênea, esquadrinhando o espaço e os indivíduos que inserem-se nele e produzindo campos de visibilidade, que possibilitam a identificação de intervenções que, fundamentadas pelo arcabouço de saberes e práticas científicas da ciência médica, são implementadas em função da prevenção de doenças e, posteriormente, da promoção da saúde e de estilos de vida saudáveis.

##### **4.1 A espacialização da doença no corpo humano e o processo de medicalização**

Oriundo da literatura sociológica, o conceito de medicalização tem em suas raízes a perspectiva marxista e o humanismo liberal, que fundamentaram os movimentos sociais das décadas de 1960 e 1970 (LUPTON, 1997). Ainda que fundamentalmente distintas, ambas abordagens enfatizam a importância da liberdade individual, direitos humanos e a necessidade de mudanças na sociedade. Dentre os objetos de crítica, está a “problematização da função social exercida por membros de classes ocupacionais poderosas e de destaque, como advogados e médicos.” (Ibidem, p. 95).

Entre principais autores que contribuíram para a produção do conceito de medicalização na década de 1970 destaca-se Zola (1972). Segundo o autor, a Medicina estaria transformando-se numa das “grandes instituições de controle social”, equiparando-se às tradicionais instituições do direito e religião. O campo de saber seria compreendido como o “*novo repositório da verdade*, no qual julgamentos absolutos e, por vezes, definitivos, são realizados por especialistas de moral e objetividade supostamente neutra. Julgamentos estes que não se realizam pela virtude ou legitimidade, mas em nome da *saúde*.” (ZOLA, 1972, p. 210, grifos meus). É este processo, pelo qual a Medicina e as categorias de “saúde” e

"doença" tornam-se cada vez mais parte da existência individual e coletiva, que Zola caracteriza como "medicalização da vida".

A transformação do compromisso da Medicina com os modelos etiológicos específicos das doenças para o *modelo multicausal* expandiu drasticamente o entendimento daquilo que pode ou deve ser considerado relevante para a compreensão, tratamento e até prevenção do adoecimento. A divulgação dos sintomas do corpo pelo paciente não é mais suficiente, mas também dos *sintomas do seu cotidiano, seus hábitos e preocupações* (ZOLA, 1972, p. 210, grifos meus)<sup>42</sup>.

A problemática a respeito da forma com que o olhar médico realiza a espacialização da doença assume grande importância, dada a efervescência e entusiasmo - tanto da classe médica quanto da população e autoridades - com as possibilidades que a ciência médica oferecia na cura, tratamento e prevenção de doenças nos âmbitos individual e coletivo.

No entanto, conforme argumenta Foucault (1976), a concepção dominante da relação entre o corpo e a doença, fundamentada pelo conhecimento anatômico e funcional dos órgãos, seria apenas uma dentre outras possibilidades de compreensão acerca de como a doença é espacializada no corpo.

O espaço de configuração da doença e o espaço de localização da doença no corpo foram sobrepostos, na experiência médica, por um período de tempo relativamente curto - o período que coincide com a medicina do século XIX e os privilégios concedidos à *anatomia patológica*. Este é o período que marca a *suserania do olhar*, já que no mesmo campo perceptivo, seguindo as mesmas continuidades ou o as mesmas discontinuidades, *a experiência lê num relance as lesões visíveis do organismo e a coerência de formas patológicas; a doença é articulada exactamente sobre o corpo, e a sua distribuição lógica é feita imediatamente em termos de massas anatómicas*. O 'olhar' tem simplesmente de *exercer o seu direito de origem sobre a verdade* (FOUCAULT, 1976, p. 3-4, grifos meus)<sup>43</sup>.

Stephanou (1997) define esta concepção como anatômica, na qual o corpo consiste num conjunto de elementos, cujo funcionamento depende de sua unidade e configuração estrutural. Desta forma, "a doença constitui-se numa *lesão*, e curá-la é *corrigir esta lesão*, recompondo ou substituindo o órgão afetado." (Ibidem, p. 36, grifos meus).

---

<sup>42</sup> The change of medicine's commitment from a specific etiological model of disease to a multicausal one has enormously expanded that which is or can be relevant to the understanding, treatment and even prevention of disease. It is no longer necessary for the patient merely to divulge the symptoms of his body but also the symptoms of daily living, his habits and his worries.

<sup>43</sup> The space of configuration of the disease and the space of localization of the illness in the body have been superimposed, in medical experience, for only a relatively short period of time - the period that coincides with nineteenth-century medicine and the privileges accorded to pathological anatomy. This is the period that marks the suzerainty of the gaze, since in the same perceptual field, following the same continuities or the same breaks, experience reads at a glance the visible lesions of the organism and the coherence of pathological forms; the illness is articulated exactly on the body, and its logical distribution is carried out at once in terms of anatomical masses. The 'glance' has simply to exercise its right of origin over truth.



[...] à doença é determinada uma organização, hierarquizada em famílias, gêneros, e espécies. Aparentemente, isto não seria mais do que uma 'imagem' que nos ajuda a aprender e recordar a proliferação do campo das doenças. Mas num nível mais profundo do que a 'metáfora' espacial, e para que seja possível, *a medicina classificatória pressupõe uma certa 'configuração' da doença: ela nunca foi enunciada por conta própria, mas pode-se definir suas condições essenciais após manifestar-se* (FOUCAULT, 1976, p. 4, grifos meus)<sup>44</sup>.

A doença e o corpo compreendem, respectivamente, o objeto sobre o qual debruça-se o olhar analítico e classificatório da medicina e a superfície na qual a manifestação dos sintomas e efeitos do agente patológico ocorre. A doença opera como um denominador comum, que equaliza as variáveis e perspectivas anteriores à sua identificação. Incorporada ao organismo, opera como a nova denominação comum do saber e prática necessário para sua remoção do corpo: “um efeito tem a mesma circunstância que sua causa, o antecedente coincide com aquilo que o precede.” (FOUCAULT, 1976, p. 6)<sup>45</sup>.

A doença existe apenas neste espaço, uma vez que este espaço a constitui como natural; e, no entanto, *parece estar sempre deslocada em relação a este espaço, porque se manifesta num paciente real, sob o olhar observador de um médico treinado. O tênue espaço bidimensional do retrato é tanto a origem como o resultado final: possibilita, a princípio, um corpo racional e bem fundamentado de conhecimentos médicos, que deve proceder constantemente através daquilo que omite* (Ibidem, p. 9, grifos meus)<sup>46</sup>.

Este retrato da doença possibilita a produção de um corpo de saberes e práticas médicas relacionadas a ela. Lida-se com um objeto ao qual são atribuídas características tanto naturais quanto ideais: “Natural, porque a partir delas que a doença manifesta suas verdades essenciais; ideal na medida em que nunca manifestam-se inalteradas e sem perturbações” (FOUCAULT, 1976, p. 8)<sup>47</sup>. À classificação da doença, que determina e localiza sua identificação no campo do conhecimento médico, o paciente acrescenta suas predisposições (idade, gênero, rotina, estilo de vida) que, em relação à essência “científica” da doença, são

---

<sup>44</sup> [...] disease is given an organization, hierarchized into families, genera, and species. Apparently, this is no more than a 'picture' that helps us to learn and to remember the proliferating domain of the diseases. But at a deeper level than this spatial 'metaphor', and in order to make it possible, classificatory medicine presupposes a certain 'configuration' of disease: it has never been formulated for itself, but one can define its essential requisites after the event.

<sup>45</sup> an effect has the same status as its cause, the antecedent coincides with what follows it.

<sup>46</sup> Disease exists only in that space, since that space constitutes it as nature; and yet it always appears rather out of phase in relation to that space, because it is manifested in a real patient, beneath the observing eye of a forearmed doctor. The fine two-dimensional space of the portrait is both the origin and the final result: that which makes possible, at the outset, a rational, well-founded body of medical knowledge, and that towards which it must constantly proceed through that which conceals it.

<sup>47</sup> Natural, because it is in them that diseases state their essential truths; ideal insofar as they are never experienced unchanged and undisturbed.

compreendidas como irrelevantes. Para que se conheça verdadeiramente a realidade do fato patológico, o médico deve desconsiderá-lo do seu olhar:

Para a medicina classificatória, *a presença no organismo nunca é absolutamente necessária para a definição da doença: esta doença pode deslocar-se de uma localização para outra, alcançar outras superfícies corporais, enquanto mantém-se idêntica em natureza* (FOUCAULT, 1976, p. 10, grifos meus)<sup>48</sup>.

A configuração da doença em sua forma “natural” é incorporada ao organismo vivo e encontra-se volúvel às condicionalidades deste corpo. Emerge, a partir daí, a questão de como esta classificação plana, equalizada, torna-se visível num organismo múltiplo, em movimento; será esta problematização que produzirá a espacialização secundária do patológico.

Stephanou (1997) caracteriza esta espacialização secundária da doença como concepção fisiológica da medicina, cujo funcionamento se fundamenta no organismo, sua atividade e dinamismo: “O papel do médico não consiste em tratar da lesão estritamente, mas em *corrigir as perturbações funcionais* a ela ligadas. Por isso, o organismo, mais que um mecanismo, é um *mecanismo vivo*” (STEPHANOU, 1997, p. 36, grifos meus). Neste mecanismo vivo, a interação entre o agente patológico em sua “essência” e o corpo real do paciente dá-se através da manifestação sintomática da doença no organismo:

Entre a doença e o organismo, desta forma, existem *pontos de conexão* localizados conforme um princípio de proximidade; entretanto, são apenas *locais onde a doença manifesta ou transpõe suas propriedades*. (...) *O conjunto de sintomas que caracteriza a doença é fixado num órgão, que então serve como sustentáculo dos sintomas. A doença e o corpo comunicam-se apenas através do elemento não-espacial das propriedades* (FOUCAULT, 1976, p. 13, grifos meus)<sup>49</sup>.

A sobreposição da configuração da doença e da sua localização no corpo são assumidas a partir de uma concepção distinta daquela realizada durante a espacialização primária da doença. Num primeiro momento, a presença da doença no organismo não é considerada como “absolutamente necessária” para sua classificação: a “verdade essencial” da doença se sobrepõe à materialidade corporal e condiciona a ativação de uma nova modulação de conhecimento-poder, fundamentada pela doença, que determina o que deve ser

---

<sup>48</sup> For classificatory medicine, presence in an organ is never absolutely necessary to define a disease: this disease may travel from one point of localization to another, reach other bodily surfaces, while remaining identical in nature.

<sup>49</sup> Between the disease and the organism, then, there are connection points that are situated according to a regional principle; but these are only sectors in which the disease secretes or transposes its specific qualities. (...) The set of qualities characterizing a disease is laid down in an organ, which then serves as a support for the symptoms. The disease and the body communicate only through the non-spatial element of quality.

feito e como para que a doença seja eliminada e o “mecanismo” corporal retorne à normalidade “natural” do seu funcionamento.

Ainda que esta articulação entre configuração da doença e localização do corpo tenha possibilitado a construção de um conjunto bem-fundamentado e racional de saberes e práticas médicas, as limitações e omissões intrínsecas ao que, de fato, é visível e relevante a forma com que a doença se incorpora organismo ocorre na realidade corporal de cada paciente e a manifestação diferencial dos sintomas quando da dispersão da patologia pela multiplicidade de corpos do social emergem a partir do “ressurgimento” do indivíduo na equação clínica-anatômica.

*A sutil percepção dos sintomas, a percepção das diferenças entre um caso e outro, a delicada percepção das variações - toda uma hermenêutica do fato patológico, baseado na experiência colorida e modulada é necessária; deve-se medir as variações, equilíbrios, excessos e efeitos. (...) E o olhar médico, suscetível a estes sutis sintomas, necessariamente se torna vigilante a todas estas modulações; o deciframento da doença a partir das suas características específicas é baseado numa forma sutil de percepção que deve considerar cada equilíbrio em particular (FOUCAULT, 1976, p. 14, grifos meus)<sup>50</sup>.*

A incorporação da doença no organismo e as nuances envolvidas na forma com que a manifestação dos sintomas possibilita que omissões até então “invisíveis” na concepção anatômica sejam “reveladas”, proporcionando uma nova perspectiva acerca da articulação entre o agente patológico e o corpo no qual ele se manifesta. Uma nova percepção a respeito do papel do indivíduo na espacialização secundária se torna possível: se, na espacialização primária, ao indivíduo era atribuído um papel essencialmente negativo, agora ele “ressurge” produtivamente, como suporte dos fenômenos sintomáticos da doença:

*O paciente é o retrato redescoberto da doença; ele é a própria doença, imagem refletida e alívio, modulações, nuances, profundidade; e o médico, ao descrever a doença, deve empenhar-se para restabelecer esta densidade do vivo: ‘do paciente, deve-se traduzir suas próprias enfermidades, dores, gestos, condições e queixas’ (FOUCAULT, 1976, p. 15)<sup>51</sup>.*

---

<sup>50</sup> A subtle perception of qualities, a perception of the differences between one case and another, a delicate perception of variants—a whole hermeneutics of the pathological fact, based on modulated, coloured experience, is required; one should measure variations, balances, excesses, and defects. (...) And the medical gaze, open to these fine qualities, necessarily becomes attentive to all their modulations; the decipherment of disease in its specific characteristics is based on a subtle form of perception that must take account of each particular equilibrium.

<sup>51</sup> The patient is the rediscovered portrait of the disease; he is the disease itself, with shadow and relief, modulations, nuances, depth; and when describing the disease the doctor must strive to restore this living density: ‘One must render the patient’s own infirmities, his own pains, his own gestures, his own posture, his own terms, and his own complaints’.

O campo de visibilidade do olhar médico, desta forma, expande-se, legitimando toda uma nova gama de intervenções que compreendem desde hábitos e comportamentos do indivíduo até o espaço em si, e a forma como é organizado - casas, escolas, fábricas, hospitais, quartéis e demais instituições sociais.

O que é caracterizado como histórias particulares pela medicina classificatória são os *efeitos de multiplicação causados pelas variações qualitativas* da sintomática essencial que caracteriza a doença. *O indivíduo-paciente se localiza no ponto onde o resultado desta multiplicação torna-se visível* (FOUCAULT, 1976, p. 14, grifos meus)<sup>52</sup>.

Sob a égide da prevenção, o alcance e a profundidade do saber e da prática médica sobre a vida expandem-se, significativamente. Parte importante deste investimento sobre a vida se dá, de acordo com Zola (1975a), no emprego de evidências científicas e da discursividade médica para fundamentar a proposição de argumentos a respeito da necessidade de transformações nos hábitos, comportamentos e ambientes que, expressos na linguagem médica, teriam maior legitimidade.

A partir da compreensão da articulação entre corpo e doença e do aprofundamento do olhar médico, a formulação de um corpo amplo e racional de saberes e práticas que incorpore tanto o paciente-indivíduo quanto a sua multiplicidade torna-se fundamental para a construção de estratégias e ações que produzam a saúde como campo de intervenções diferenciais, individuais e coletivas, na sociedade. Será esta a espacialização terciária da doença, caracterizada como

[...] todos gestos pelos quais, numa dada sociedade, *a doença é circunscrita, medicamente investida, isolada, repartida entre regiões fechadas e privilegiadas e distribuída através de centros de cura, arranjada da forma mais favorável.* (...) Mas de forma mais ampla que as outras formas de espacialização, *é o locus de várias dialéticas: figuras heterogêneas, atrasos de tempo, lutas políticas, demandas e utopias, restrições econômicas, confrontos sociais. Nelas, todo um corpo de práticas e instituições médicas confronta as espacializações primária e secundária com formas de um espaço social cuja gênese, estrutura e leis são de outra natureza* (FOUCAULT, 1976, p. 16, grifos meus)<sup>53</sup>.

---

<sup>52</sup> What classificatory medicine calls particular histories' are the effects of multiplication caused by the qualitative variations (...) of the essential qualities that characterize illnesses. The individual patient finds himself at the point at which the result of this multiplication appears.

<sup>53</sup> [...] all the gestures by which, in a given society, a disease is circumscribed, medically invested, isolated, divided up into closed, privileged regions, or distributed throughout cure centers, arranged in the most favorable way. (...) But to a greater extent than the other forms of spatialization, it is the locus of various dialectics: heterogeneous figures, time lags, political struggles, demands and utopias, economic constraints, social confrontations. In it, a whole corpus of medical practices and institutions confronts the primary and secondary spatializations with forms of a social space whose genesis, structure, and laws are of a different nature.

Movimento, portanto, de expansão das categorias de “saúde” e “doença” para outras arenas da sociedade, como por exemplo, as políticas públicas de educação em saúde na escola. Será neste terceiro processo de espacialização da doença que emerge a problematização a respeito da “medicalização da vida” e as consequências que o alargamento e difusão do emprego de categorias, discursos e práticas médicas na abordagem de problemas sociais.

Tal entendimento articula-se com a obra de Conrad (2013), na qual a questão definicional é central para a medicalização. Para o autor, o imperativo de “produzir medicina” é compreendido como “o *processo* através do qual problemas anteriormente fora do escopo da medicina passam a ser *definidos* como problemas médicos, geralmente doenças e distúrbios.” (Ibidem, p. 196, grifos meus). A ênfase desta perspectiva localiza-se tanto nas definições quanto nos processos que produzem a interpretação médica dos problemas individuais e coletivos da vida em sociedade.

Desconstrói-se a perspectiva não-médica de um dado problema, reconstruindo-a sob um saber específico - o (bio)médico - que reorganiza os enunciados de acordo com o regime de verdade que o subscreve e o legitima. Através do estabelecimento de processos a serem seguidos e definições que caracterizam os elementos envolvidos no problema, o efeito medicalizante coloca em funcionamento um poder que opera produzindo modos de ser e estar, hábitos e comportamentos adequados e inadequados, doenças e distúrbios a serem tratados.

Apesar de a questão central da medicalização ser o seu aspecto definicional, um quadro conceitual mais amplo será importante para que seja possível compreendermos qual o seu sentido amplo. Conrad (1992) argumenta que a medicalização ocorre, ao menos, em três níveis distintos: o conceitual, o institucional e o interacional.

No nível conceitual, um modelo ou vocabulário médico será empregado para “ordenar” e definir o problema em questão; aqui, a atuação de profissionais médicos não é essencial, e a aplicação de tratamentos médicos não é necessariamente primordial.

No nível institucional, adotam-se abordagens médicas para tratar o problema no qual a instituição é especializada; médicos atuam como provedores de tratamentos que são legítimos quando inseridos no contexto institucional que utiliza a abordagem e definição médica para o problema em questão, porém o trabalho de rotina, do dia a dia, é realizado por não-médicos.

No nível interacional, o profissional médico é diretamente envolvido, com o processo de medicalização ocorrendo como parte da relação médico-paciente, seja na definição de um problema como médico ou ao tratar um problema “social” com uma abordagem médica (CONRAD, 1992).

Lupton (1997) argumenta que as alternativas propostas pelo que denomina de crítica ortodoxa da medicalização são múltiplas, desde o questionamento ao poder exercido pela ciência médica no processo de classificação, definição e tratamento do adoecimento e da doença ao incentivo para que o poder estatal exerça mais firmemente a regulação das ações do profissional médico. Sugere-se, também, a importância de ações que atuem em prol do “empoderamento” do paciente através de atividades preventivas, cujo efeito seria de

[...] encorajar pessoas a *"recuperar o controle"* sobre sua própria saúde através do envolvimento em atividades preventivas de saúde, assumindo o papel de *'consumidor'* e desafiando as decisões e saberes dos doutores no encontro médico, participando de grupos de defesa dos interesses de pacientes e evitar a medicina através da busca de práticas de atenção alternativas (LUPTON, 1997, p. 97, grifos meus)<sup>54</sup>.

A ênfase sobre o investimento em atividades preventivas de saúde como meio de produzir o “empoderamento” do paciente como forma de enfrentamento a autoridade e legitimidade dos saberes e práticas médicas é de grande relevância para a proposta desenvolvida no presente trabalho pois, conforme afirma Zola (1975a, grifos meus), “torna-se cada vez mais necessário intervir nos hábitos da vida do paciente - trabalho, sono, diversão e alimentação. Na prevenção, a *“extensão sobre a vida” torna-se ainda mais profunda*”<sup>55</sup>.

Depreende-se, desta forma, a partir da crítica ortodoxa da medicalização, a existência de dois pólos antagônicos nas relações de poder: a classe médica, que busca continuamente novas formas de consolidar e ampliar o poder e autoridade de que gozam socialmente e institucionalmente, mesmo que o produto deste esforço seja a diminuição, ao invés da melhora, nos níveis de saúde da população; e os pacientes, retratados como agentes desprovidos de agência, passivos, soterrados pelo poder exercido pela autoridade do profissional médico (LUPTON, 1997).

Entretanto, tal compreensão do processo de medicalização omite a agência e o papel ativo desempenhado, principalmente pelo paciente, na produção de subjetividades que participam voluntariamente nestas relações de poder. Poderíamos considerar pertinente a dicotomia esclarecida da crítica ortodoxa da medicalização nos momentos da primeira e

---

<sup>54</sup> [...] encouraging people to ‘take back control’ over their own health by engaging in preventive health activities, assuming the role of ‘consumer’ by challenging the decisions and knowledge of doctors in the medical encounter, joining patient advocacy groups and eschewing medicine by seeking the attentions of alternative practitioners.

<sup>55</sup> [...] it has become increasingly necessary to intervene in the habits of a patient's life - working, sleeping, playing, and eating. In prevention, the "extension into life" becomes even deeper

segunda espacialização da doença no corpo, sendo que se limitam a áreas de saberes e práticas fundamentadas, principalmente, nas ciências médicas - anatomia e fisiologia.

Porém, ao considerarmos a terceira espacialização da doença e as formas com que os enunciados oriundos da discursividade médica interagem e se articulam com campos de saberes e práticas fundamentados por racionalidades distintas, é importante considerarmos que “Ao invés de existir uma luta pelo poder entre o pólo dominante (médicos) e o pólo dominado (paciente), ocorre o *conluio entre ambos* na reprodução da dominância médica” (LUPTON, 1997, p. 98, grifos meus)<sup>56</sup>.

Será importante atentarmos, desta forma, para a afirmação proposta pela crítica ortodoxa da medicalização, de que através do incentivo à adoção de estratégias e práticas preventivas de saúde, promove-se o empoderamento dos pacientes. É relevante afirmar que, conforme argumenta Zola (1975a, p. 213, grifos)<sup>57</sup>,

O campo médico é o exemplo por excelência da crise de identidade dos dias atuais - o que é e o que virá a se tornar o homem. *Não é o campo de batalha porque há ameaças e opressores visíveis, mas porque elas são quase invisíveis; não porque as perspectivas, ferramentas, profissionais da medicina e outros profissionais auxiliares são maus, mas porque eles não o são.*

Portanto, ao contrário de uma perspectiva repressiva, que enfatiza os malefícios causados pelo poder exercido pela classe médica sobre uma população desprovida de agência na relação médico-paciente (no caso da crítica ortodoxa da medicalização), o empoderamento dos indivíduos como estratégia de resistência, através de práticas fundamentadas pela medicina preventiva, envolve necessariamente ações que estreitassem a articulação entre educação e saúde, visando a formação de consciências, subjetividades, ambientes e espaços higienizados, sanitizados.

Nas primeiras décadas do século XX, conforme aponta Stephanou (2006), a escola constitui-se como um fecundo espaço na qual proliferam-se discursos médicos que tematizam a conexão entre medicina e educação.

Tematização que permite demonstrar *o quanto os médicos se ocuparam das questões educativas de seu tempo* e se empenharam em salientar que *a medicina social preventiva era inconcebível sem a educação*. E, inversamente, que *a educação era*

---

<sup>56</sup> Rather than there being a struggle for power between the dominant party (doctors) and the less powerful party (patients), there is collusion between the two to reproduce medical dominance.

<sup>57</sup> The medical area is the example par excellence of today's identity crisis - what is or will become of man. It is the battleground not because there are visible threats and oppressors but because they are almost invisible; not because the perspective, tools, and practitioners of medicine and the other helping professions are evil but because they are not.

*inconcebível sem a incorporação dos avanços da ciência, representada pela medicina* (STEPHANOU, 2006, p. 34, grifos meus).

A interpelação discursiva operacionalizada pelo binômio educação-saúde, desta forma, possibilita um amplo campo de visibilidade e intervenção, no qual o campo de saberes e práticas médicas produzidos através da primeira e segunda espacialização da doença interagem e mesclam-se com os saberes e práticas produzidos no campo pedagógico.

Esse, com a publicação do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova, em 1932, foi elencado como um dos grandes pilares sobre o qual se construiria um novo Brasil e uma nova brasilidade, moderna, científica e racional. Através do movimento de reconstrução educacional, seria possível construir as bases necessárias para o avanço econômico e social do país. O emprego de métodos científicos servia como antídoto à escola “tradicional”, em favor de novos saberes e práticas, “para assumir um *"caráter biológico"*, com que ela se organiza para a coletividade em geral, *reconhecendo a todo o indivíduo o direito a ser educado até onde o permitam as suas aptidões naturais*, independente de razões de ordem econômica e social” (AZEVEDO et al., 1932, p. 4, grifos meus).

Na seção a seguir, desta forma, buscarei problematizar como o movimento em prol da Escola Nova estabelece-se como um elemento catalisador, multiplicador de possibilidades na construção de conexões, pontes, sinapses entre os campos médico e pedagógico. A introdução da perspectiva biologizante da pedagogia, almejada pelo ideário escolanovista, possibilita um vetor de forças cientificamente legitimado e discursivamente produtivo, que assume a escola como local privilegiado para a formação de novos sujeitos e subjetividades.

Será importante atentarmos à forma com que o princípio de configuração da medicina preventiva é empregado, como se modula e se reorganiza diferencialmente, articula e hierarquiza os discursos que circulam, legitimam e implementam as “verdades” fundamentadas pelos conhecimentos “científicos e racionais” que ordenam a articulação intersetorial entre educação e saúde em seus aspectos científicos, institucionais, técnicos e sociais.

#### **4.2 Força das ideias, irradiação dos fatos: a escola como “lugar privilegiado” de saúde e a crítica foucaultiana da medicalização**

A publicação do Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova (1932) representa um marco importante na historiografia da educação brasileira. Lima (1985, p. 95) afirma que, ao movimento da Escola Nova, “implicava uma transformação completa no campo da escola, no



papel do educador, nos métodos e técnicas de ensinar-aprender e na natureza dos programas.”. O movimento de reconstrução da nação aos moldes modernos, alinhada aos preceitos da cientificidade e racionalidade, localiza a questão da educação no primeiro plano dos grandes problemas nacionais, à frente inclusive das questões da esfera econômica.

[...] se depois de 43 anos de regime republicano, se der um balanço ao estado atual da educação pública, no Brasil, se verificará que, *dissociadas sempre as reformas econômicas e educacionais, que era indispensável entrelaçar e encadear, dirigindo-as no mesmo sentido, todos os nossos esforços*, sem unidade de plano e sem espírito de continuidade, *não lograram ainda criar um sistema de organização escolar, à altura das necessidades modernas e das necessidades do país.* (AZEVEDO et al., 1932, p. 1, grifos meus).

As necessidades modernas seriam, conseqüentemente, as linhas de força que orientam os arranjos e modulações configuracionais técnicos, políticos, científicos e sociais que entrelaçam, encadeiam e direcionam os esforços em prol do desenvolvimento dos indivíduos e da nação. Indica-se no documento que as causas para a “inorganização” do aparelho escolar localizam-se

[...] na falta, em quase todos os planos e iniciativas, da *determinação dos fins de educação (aspecto filosófico e social) e da aplicação (aspecto técnico) dos métodos científicos aos problemas de educação.* Ou, em poucas palavras, na *falta de espírito filosófico e científico, na resolução dos problemas da administração escolar.* (AZEVEDO et al., 1932, p.1, grifos meus).

A incapacidade percebida, até então, de construção de uma “cultura própria”, modernizada, dentro da qual se produziria justamente estes tipos de questionamentos, acerca da existência, de fato, de um grave problema educacional na sociedade, expressavam uma situação na qual

Não se podia encontrar, por isso, *unidade e continuidade* de pensamento em planos de reformas, nos quais *as instituições escolares, esparsas, não traziam, para atraí-las e orientá-las para uma direção, o pólo magnético de uma concepção da vida*, nem se submetiam, na sua organização e no seu funcionamento, a medidas objetivas com que o *tratamento científico dos problemas da administração escolar nos ajuda a descobrir, à luz dos fins estabelecidos, os processos mais eficazes para a realização da obra educacional* (AZEVEDO et al., 1932, p. 1, grifos meus).

Vislumbra-se a escola como uma das, senão a principal instituição social, fundamentando-se numa nova concepção de infância, alicerce essencial do “*edifício escolanovista: a institucionalização do respeito à criança*, à sua atividade pessoal, aos seus

interesses e necessidades, tais como se manifestam nos *estágios do seu 'desenvolvimento natural'*.” (LIMA, 1985 apud NAGLE, 1976, p. 48-49, grifos meus).

Esse edifício é compreendido a partir da perspectiva foucaultiana e não corresponde necessariamente à superação de um modelo dito “tradicional” pelo modelo “moderno”, mas a transformação das técnicas, dos sistemas de correlação entre mecanismos jurídico-legais, disciplinares e de segurança, da racionalidade que atravessa, fundamenta e legitima a organização e funcionamento desses arranjos de forças. Empenhado na busca de renovação, de reorganização dos objetivos e métodos da educação, novas ideias são colocadas em circulação, produzindo embates que colocariam este movimento em marcha, “apoiando-se sobre duas forças que se completam: *a força das idéias e a irradiação dos fatos.*” (AZEVEDO et al., 1932, p. 2, grifos meus).

A reforma educacional representava, de forma geral, uma verdadeira reforma social. Para que tal reforma fosse implementada, o alcance almejado pelo movimento renovador teria que investir em estratégias que abrangem tanto a instituição escolar em si quanto ao seu exterior:

Mas, a educação que, no final de contas, se resume logicamente numa *reforma social*, não pode, ao menos em grande proporção, realizar-se senão pela *ação extensa e intensiva da escola sobre o indivíduo e deste sobre si mesmo* nem produzir-se, do ponto de vista das *influências exteriores*, senão por uma *evolução contínua, favorecida e estimulada por todas as forças organizadas de cultura e de educação* (Ibidem, p. 3, grifos meus).

O movimento citado alinha-se a uma perspectiva de “escola” como elemento essencial de uma crescente rede de biopoder: na proposta de ação extensiva e intensiva da escola sobre o indivíduo e deste sobre si mesmo, em sincronia com a anátomo-política situada na instituição-escola como espaço analítico, fazendo funcionar uma maquinaria disciplinar produtora de sujeitos e subjetividades úteis; e pela evolução contínua, favorecida e estimulada das forças organizadas da cultura e da educação, alinhada à operação de uma estratégia biopolítica como ferramenta de administração populacional, que possibilita o esquadramento do espaço social em movimento que, através da produção de dados e registros estatísticos e demográficos, oferece fundamentos lastreados pela racionalidade científica para a otimização de processos e resultados.

A manutenção e continuidade desta estratégia exigiria, de acordo com o Manifesto, a adoção de uma perspectiva integral, correndo-se o risco de retornar ao estado fragmentado

que a precedeu. Neste sentido, os autores do Manifesto expressam, de maneira clara e direta, como compreendem a essência da nova educação, moderna e inovadora:

Toda a educação varia sempre em função de uma "*concepção da vida*", refletindo, em cada época, *a filosofia predominante que é determinada, a seu turno, pela estrutura da sociedade.*

A questão primordial das *finalidades da educação* gira, pois, em torno de uma *concepção da vida*, de um ideal, *a que devem conformar-se os educandos*, e que uns consideram *abstrato e absoluto*, e outros, *concreto e relativo, variável no tempo e no espaço.*" (Ibidem, p. 3, grifos meus).

Se, na perspectiva dos Pioneiros, a "concepção de vida" seria constituída em função da filosofia predominante, e esta, por sua vez, é um produto da estrutura da sociedade, refletir sobre os movimentos tectônicos que estremeceram as fundações da sociedade brasileira no período faz-se necessário. O processo de transformação da sociedade, predominantemente estruturada por um sistema agrário-comercial, para o sistema urbano-industrial, ao longo de décadas, fez sacudir as tradicionais fundações estratificadas e lançou as bases para o estabelecimento gradual de uma sociedade de classes (HORA, 2006).

A adequação aos preceitos da modernização, implementados em ampla escala pelo tecido social, figura como um movimento inescapável para o desenvolvimento da nação, de adaptação tanto dos indivíduos quanto do Estado às exigências e necessidades da urbanização e industrialização emergentes: "No quadro de um *universo urbano-industrial emergente*, exige-se que a pedagogia e os pedagogos envidem esforços, no sentido de *atualizar as instituições escolares em relação à modernidade capitalista.*" (Ibidem, p. 6, grifos meus).

As exigências desta nova ordem, localizadas no capital e no trabalho, redefinem a compreensão e abordagem das questões relativas à saúde e educação, que assumem vital importância para formação de indivíduos adequados a essa nova concepção de vida. Saúde e educação estão associados à vida e ao trabalho. A finalidade da educação, imanente a esta concepção de vida, dá-se pela conformação dos estudantes a este ideal moderno de indivíduo, organizando e desenvolvendo os "meios de ação durável com o fim de *dirigir o desenvolvimento natural e integral do ser humano* em cada uma das etapas de seu crescimento", de acordo com uma *certa concepção do mundo.*" (AZEVEDO et al., 1932, p. 4, grifos meus).

Esta nova educação, centrada, supostamente, não nos interesses de classe, mas nos interesses dos indivíduos, possibilita a constituição da escola como um espaço analítico vinculado ao meio no qual se insere, um recorte espacial que permite a emergência de um

novo campo de visibilidade cruzada, cuja matriz de inteligibilidade fundamenta-se no binômio educação-saúde.

Almejando por uma perspectiva na qual a educação integral de todos é considerada um direito biológico, caberia ao Estado o dever de implementar tal medida, através de um plano geral de educação, tornando a escola acessível a todos e possibilitando a oportunidade àqueles que, até então, devido a estrutura social do país, foram mantidos em “condições de inferioridade econômica para *obter o máximo de desenvolvimento de acordo com as suas aptidões vitais.*” (AZEVEDO et al., 1932, p. 5, grifos meus).

As ditas “aptidões vitais”, estreitamente conectadas à noção de “concepção de vida”, apontam para a necessidade de unidade da função educacional, repartida gradualmente entre as fases do desenvolvimento humano; recortes de um todo que deve, biologicamente, ser conduzido para o desenvolvimento de suas aptidões naturais: “Nenhum outro princípio poderia oferecer ao panorama das instituições escolares *perspectivas mais largas, mais salutareas e mais fecundas* em conseqüências do que esse que decorre logicamente da *finalidade biológica da educação.*” (Ibidem, p. 6, grifos meus).

O sincretismo<sup>58</sup>, operado entre educação e biologia, neste contexto, produz um amálgama das disciplinas relacionadas, respectivamente, a ambos campos do conhecimento: pedagogia e medicina. O “desenvolvimento da arte de educar”, conforme afirma Teixeira (1957), caracteriza-se pela “revisão de conceitos e de técnicas de estudo, *à maneira, dir-se-ia, da transformação operada na arte de curar — a medicina* quando se emancipou da tradição, do acidente, da simples “intuição” e do empirismo” (p. 323, grifos meus). Se a educação nova organiza-se em função da sua finalidade biológica, do desenvolvimento “natural” das aptidões “vitais” de cada indivíduo,

Emerge uma cruzada educadora em que *a escola é o local para preparar cidadãos aptos para a vida e para o exercício da democracia.* É aqui que se quer educar para a vida e para a saúde. (...) Levanta-se a bandeira de uma *educação para a vida* (preparação técnico-científica para *qualificar mão-de-obra* para o trabalho); em contrapartida deverá haver uma *“educação para a saúde”* (*manutenção do corpo do trabalhador sadio* na produção) (HORA, 2006, p. 7, grifos meus).

A mudança do “empirismo” à ciência, portanto, caracterizada pela atualização dos métodos de estudo, possibilita a constituição deste espaço analítico localizado na escola, torna operacionalizável a produção e acúmulo de registros, dados e informações acerca dos indivíduos e das características do meio onde insere-se o recorte espacial escolar, que

---

<sup>58</sup>Entendido como a síntese, razoavelmente equilibrada, de elementos díspares, originários de diferentes visões do mundo ou de doutrinas filosóficas distintas.

retroalimentam o processo de normalização, padronização, transformação do indivíduo e do meio, com base na pretensa eficiência científica moderna.

*Se esta foi a mudança que originou os corpos sistematizados de conhecimentos a que chamamos de ciências, um outro movimento, paralelo ao das ciências e dêle conseqüente mas, de certo modo autônomo, foi o da mudança das “práticas” humanas pela aplicação do conhecimento científico.*

*As práticas, com efeito, fundadas no que a ciência observou, descobriu e acumulou, e, por seu turno, obedecendo aos mesmos métodos científicos, se transformaram em práticas tecnológicas e, dêste modo renovadas, elas próprias se constituíram em fontes novos problemas, novas buscas e novos progressos (TEIXEIRA, 1957, p. 324, grifos meus).*

Estas novas práticas tecnológicas, fundamentadas pela articulação entre educação, vida e saúde, investindo no corpo do "objeto" de aprimoramento contínuo, apoiado na tríplice conscientização do “individual/racional/prevenção”<sup>59</sup> como embasamento para a transformação ampla da sociedade. A educação, em si mesma, não constituirá uma ciência autônoma e independente. Trata-se de estabelecer as condições para o desenvolvimento “inteligente, controlado, contínuo e sistemático, que caracterizam o progresso científico”<sup>60</sup> da atividade educacional.

*Assim como as ciências matemáticas e físicas são as ciências fonte principais da engenharia, assim como, as ciências biológicas são as ciências fonte principais da medicina, assim a psicologia, a antropologia e a sociologia são as ciências fonte principais da educação. Enquanto estas últimas não se desenvolverem até um mais alto grau de maturidade e segurança não poderão dar à educação os elementos intelectuais necessários para a elaboração de técnicas e processos que possam constituir o conteúdo de uma possível “ciência de educação” (TEIXEIRA, 1957, p. 327, grifos meus).*

A alusão feita pela necessidade do desenvolvimento da antropologia e sociologia, de forma a atingirem níveis de maturidade e segurança necessários para constituírem os quadros de uma possível “ciência da educação”, subentende a necessidade de ambos adequarem-se aos padrões da mesma racionalidade que legitima o campo psicológico. Ou seja, que submetam seus saberes, métodos e práticas ao crivo da mesma racionalidade médica que atribui maturidade e segurança à psicologia como ciência fonte da educação.

Tem-se, portanto, com o movimento terciário de espacialização da doença, um princípio de configuração que articula a colaboração entre medicina e pedagogia, localizado no recorte espacial escolar, a produção de um campo de visibilidade e intervenção no qual

---

<sup>59</sup> RITO, 2015, p. 23.

<sup>60</sup> TEIXEIRA, 1957, p. 324.

Houve uma *biologização e uma psicologização das investigações e das práticas educacionais, como consequência da centralização do processo no aluno*. Biologização e psicologização que foram interpenetrantes, não excludentes, exatamente, *por estarem pautadas na mesma matriz norteadora da racionalidade médica* (HORA, 2006, p. 20, grifos meus).

A alternativa é pelo sincretismo entre pedagogia e biologia, na qual estratégias calcadas em meios coercivos de implementação de medidas de saúde pública sejam reorientadas e assumam outro caráter prático, no qual “Garantir adesão aos procedimentos higiênicos pela via da educação é uma possibilidade de obtê-los pela *persuasão*, sem aplicação da força, ou seja, pelo *convencimento*.” (Ibidem, p. 7, grifos meus). Localizada no contexto educativo, o empoderamento dos indivíduos operado pela sua adesão às práticas preventivas de saúde coincide, justamente, com os objetivos de padronização, normalização das condutas, expressando a intrínseca relação entre a escola moderna e a biologização das subjetividades.

Para além da perspectiva ortodoxa da crítica da medicalização, não se deve desconsiderar a parcela da população que responde aos incentivos, aos estímulos produzidos pelo exercício do poder entre os dois polos: tanto do profissional médico sobre o paciente, quanto o paciente que, através de práticas preventivas, visa a se empoderar frente à autoridade do olhar médico.

Portanto, se na crítica ortodoxa esses polos eram compreendidos como antagônicos, disputando constantemente a capacidade de exercer poder sobre o outro, a crítica foucaultiana possibilita uma compreensão distinta da forma com que existe conluio, reciprocidade nessas relações que são marcadas pela produtividade dos saberes e práticas que resultam deste jogo de verdades.

A crítica foucaultiana é uma *crítica da crítica*, que está sempre pronta a se voltar contra si mesma para *perguntar sobre as condições de possibilidade de sua existência, sobre as condições de sua própria racionalidade*. Nesse sentido, é uma crítica cética e incômoda: *ela mais pergunta - até mesmo sobre si mesma - do que explica* (VEIGA-NETO, 2003, p. 24, grifos meus).

Na crítica foucaultiana, a importância dos saberes e práticas médicas é compreendida para além da identificação e classificação da doença e de que forma ela interage e perturba o funcionamento do organismo vivo: envolvem-se, também, na constituição do corpo e das subjetividades. Conforme propõe Foucault (1976) em *O Nascimento da Clínica*, ao longo do tempo, distintas perspectivas e paradigmas médicos produziram significativos sistemas de

conhecimento e práticas correlatas, através das quais foi possível não apenas compreender, mas experimentar, sentir, viver o próprio corpo.

A partir da perspectiva foucaultiana, a operacionalização do poder na consulta médica é *disciplinar*, fornecendo diretrizes acerca de *como o paciente deve compreender, regular e experimentar seu corpo*. As principais estratégias do poder disciplinar são a *observação, exame, medição e a comparação dos indivíduos em comparação a norma estabelecida, trazendo-os para um campo de visibilidade*. Não é exercido primariamente através da coerção direta ou violência (...), mas pela *persuasão dos sujeitos de que certas formas de comportamento e pensamento são apropriadas para eles* (LUPTON, 1997, p. 99, grifos meus)<sup>61</sup>.

Dois pontos acerca da relação entre a perspectiva foucaultiana e a crítica da medicalização merecem destaque: primeiro, o tensionamento realizado a respeito da maneira com que as relações de poder transitam, atravessam e moldam a interação médico-paciente. Contrário a concepção que assume o poder como algo possuído, dominado por determinada classe social em detrimento de outra, a perspectiva foucaultiana compreende um poder que se manifesta de forma relacional, “uma estratégia que é investida e transmitida através de todos os grupos sociais” (LUPTON, 1997, p. 99)<sup>62</sup>.

Segundo, a compreensão do poder articulada ao contexto médico ressalta a ênfase atribuída ao caráter disperso de sua manifestação. Se, na crítica ortodoxa da medicalização, afirma-se a incessante e consciente conquista de poder e status pela profissão médica, às custas da limitação do poder de outros grupos, geralmente através de meios jurídicos e legais, a crítica foucaultiana compreende que o olhar clínico não é intencionalmente orientado pela necessidade de um grupo exercer autoridade e dominação sobre os demais: “os campos e interesses da medicina são *heterogêneos e diversos*, abrangendo ambientes de trabalho, *escolas*, supermercados, lares, assim como clínicas, hospitais e centros cirúrgicos” (Ibidem, p. 100, grifos meus)<sup>63</sup>.

Ao longo das etapas primária e secundária da espacialização da doença no corpo, a articulação entre o saber e a prática médica com o corpo do paciente ocorre, em certa medida, num movimento centrípeto, limitado ao campo de visibilidade e intervenção da ciência médica, centrado no diagnóstico, tratamento, cura e classificação da doença, movimento que,

---

<sup>61</sup> From the Foucauldian perspective, power as it operates in the medical encounter is a disciplinary power that provides guidelines about how patients should understand, regulate and experience their bodies. The central strategies of disciplinary power are observation, examination, measurement and the comparison of individuals against an established norm, bringing them into a field of visibility. It is exercised not primarily through direct coercion or violence (...), but rather through persuading its subjects that certain ways of behaving and thinking are appropriate for them.

<sup>62</sup> a strategy which is invested in and transmitted through all social groups.

<sup>63</sup> The fields and concerns of medicine are diverse and heterogeneous, taking place at sites such as workplaces, schools, supermarkets and homes as well as the clinic, hospital or surgery.

com a espacialização terciária da doença, se dispersa e possibilita que os saberes e práticas constituídos nas etapas primária e secundária “transbordem” e posicionem o princípio de inteligibilidade médico como uma matriz definicional, que produz campos de visibilidade e intervenção (fundamentados e legitimados pela ciência médica) com maior amplitude e profundidade, abarcando lugares, ambientes e espaços institucionais até então refratários à discursividade médica.

Desta forma, a respeito da função social exercida pelo profissional médico no início do século XX, Stephanou (1997) argumenta que “os médicos passaram a ser vistos não apenas como aqueles que se ocupavam do cuidado dos doentes, mas reconhecidos pelos seus contemporâneos, favorável ou desfavoravelmente, como sendo a *incorporação de certas filosofias, ideais e aspirações morais e sociais.*” (p. 154, grifos meus).

Operam, em certa medida, como catalisadores, articuladores essenciais para que os avanços científicos da ciência produzissem melhorias no cotidiano da sociedade, transversalizando e tornando visíveis questões de campos externos à medicina que, inteligíveis através da perspectiva da prevenção, possibilitam solucionar os problemas que emergem com a necessidade da organização sanitária da população.

Inserida no âmbito destas “formas de um espaço social cuja gênese, estrutura e leis”<sup>64</sup> são de natureza distinta daquela em que a espacialização primária e secundária da doença desenvolvem-se, à escola é atribuída grande importância, sendo que

Embora a educação sanitária devesse ser estendida a todo o corpo social, julgavam que *o ensino da higiene seria mais produtivo na escola, pois criaria hábitos, multiplicaria práticas higiênicas, chegaria às famílias através dos estudantes.* A escola emergia, então, como *locus irradiador*, cumprindo um importante papel social *no combate à ignorância e na promoção da saúde.*” (STEPHANOU, 2006, p. 35, grifos meus).

O caráter produtivo da criação hábitos, multiplicação de práticas higiênicas e a extrapolação do ambiente escolar, objetivando alcançar as famílias através dos estudantes, indicam de que forma o arcabouço de saberes e práticas médicas, aplicado ao espaço institucional da escola, investe em estratégias, ações e práticas que conectam-se diretamente a conduta, a relação do sujeito consigo mesmo, especialmente através da educação sanitária.

Se, na perspectiva da crítica ortodoxa da medicalização, o investimento em atividades de prevenção é postulado como uma forma de enfrentamento ao poder da classe médica e de empoderamento do paciente, na articulação do binômio educação-saúde, configura-se como

---

<sup>64</sup> FOUCAULT, 1976, p. 16.



forma de legitimação da missão educativa, e não apenas curativa da medicina. Os médicos, desta forma, afirmam-se como educadores, aptos para questionar o status e eficiência da pedagogia como campo de saberes e práticas científicos e educativos:

A referência aos avanços da ciência médica e suas contribuições para *dotar a educação de mais eficiência e sintonia com as urgências de seu tempo* instala uma *efervescência de discussões inéditas em torno da missão educativa da medicina e do estatuto científico da pedagogia*. (...) Sugerindo, indiretamente, uma espécie de *arcaísmo da pedagogia*, de seus métodos e resultados, a medicina propunha uma *subordinação da pedagogia à higiene*, representando esta a *supremacia da ciência* (STEPHANOU, 2006, p. 35-36, grifos meus).

O princípio de configuração, que baliza a formulação de estratégias e políticas que articulam os campos da educação e da saúde, opera a inteligibilização da escola como local “privilegiado” para a produção de saberes e implementação de práticas preventivas de saúde pública, tanto em seus aspectos anátomo-políticos, de formação e moldagem de condutas normalizadas em função dos princípios de higiene, quanto nos aspectos biopolíticos de administração da população e do espaço no qual se insere e transita.

A medicina vinha a cumprir um papel *fundamentalmente preventivo*. As "doenças da civilização moderna" ofereciam um campo enorme para as intervenções sanitárias. Os médicos, em certa medida, apresentaram-se como uma espécie de *mediadores*, aqueles que *ordenando o espaço, purificando o meio, recomendando comportamentos e práticas de auto-cuidado assegurariam a constituição de cidadãos sadios, higiênicos, moralizados* (STEPHANOU, 1997, p. 157, grifos meus).

Enquanto relativamente limitada ao seu próprio campo de competências, a ciência médica fazia circular a impressão de instituição, em certa medida, autoritária, repressiva, invasiva, utilizando de sua posição social privilegiada e “iluminada” pelos avanços científicos e pela “euforia modernizadora” de forma a suprimir o espaço de ação e agência dos indivíduos, estabelecendo uma relação de dependência destes em benefício próprio.

Com o progressivo avanço do olhar clínico sobre esferas da vida coletiva e social, externas ao campo restrito do saber e prática médica, a construção de distintas formas de articulação intersetorial tensiona a “tradicional” associação entre educação-pedagogia-escola e saúde-medicina-hospital, propondo uma reordenação de ênfases na produção e implementação de práticas educacionais voltadas à prevenção de doenças.

As estratégias educativas aparecerão como aquelas *mais afinadas com a missão preventiva*. Mas elas extrapolavam: *pareciam também corretivas e ortopédicas*. Os médicos defenderam a estratégia da *educação físico-moral do povo*, em que sua

atuação adquiriria fundamental importância. *Sem ela, as ações dos demais reformadores sociais seriam inócuas.* Embora reconhecendo que o espaço concreto da cidade apresentava-se como espaço pedagógico por excelência, indicavam que *a higienização dos espaços pressupunha a higienização dos corpos e mentes* (STEPHANOU, 1997, p. 157, grifos meus).

A escola, argumento, pode ser compreendida como um local privilegiado de medicalização, no qual as práticas preventivas aglutinam-se às estratégias educativas, diluindo a natureza “libertadora” de empoderamento dos indivíduos, conforme exposto pela crítica ortodoxa da medicalização, e utilizando-as como instrumento de orientação e condução das condutas em higiene e saúde. A necessidade de “tradução” da linguagem científica e acadêmica para um vocabulário acessível, de fácil entendimento para os públicos-alvo - formuladores das políticas, profissionais da educação, comunidades escolares - demonstra, também, a importância que as estratégias comunicativas desempenham neste processo.

Através do detalhamento descritivo das etapas e dos processos a serem realizados, na forma de manuais e guias de higiene escolar, vislumbra-se a essência das propostas formuladas: *“Informar para formar parece ter sido a tônica dessa prática, julgando-se que com isso seria possível penetrar os lares, assegurar a adesão convicta e definir os modos de fazer daquelas ações mais cotidianas.”* (STEPHANOU, 1997, p. 158-159, grifos meus).

Esse detalhamento, ao longo das décadas, vem produzindo novas formas de articulação entre o indivíduo e coletividade, educação e saúde. É importante pontuar que não pretendo colocar em julgamento as formas com que os princípios de configuração e arranjos postos em prática modular, conceitos, modelos e políticas públicas, mas analisar de que forma os discursos e enunciados nelas contidos produziram verdades acerca da “concepção de vida”, de como indivíduos e coletividades deveriam conduzir suas vidas cotidianas, influenciados e persuadidos em função de ideais específicos de vida e saúde.

A sincretização entre educação e biologia, lastreada cientificamente pela racionalidade médica, oferece o suporte empírico para a produção de saberes e práticas que fundamentam a normatização e normalização das condutas. A higiene, no âmbito individual, e a salubridade, no âmbito coletivo, são expressões de um espírito reformador e renovador de uma sociedade em transição, alimentada pelo ímpeto modernizador.

A medicina não deve mais ser apenas o corpus de técnicas da cura e do saber que elas requerem; envolverá, também, um *conhecimento do homem saudável*, isto é, ao mesmo tempo uma experiência do homem não doente e uma definição do *homem modelo*. Na gestão da existência humana, toma uma *postura normativa* que não a autoriza apenas a distribuir conselhos de vida equilibrada, mas a *reger as relações físicas e morais do indivíduo e da sociedade em que vive* (FOUCAULT, 1977, p. 38, grifos meus).

A proposição de uma educação alinhada à finalidades biológicas, em sintonia com o “desenvolvimento natural” humano que potencialize as "aptidões vitais” de cada indivíduo, articulada com a filosofia “dominante” determinada pela estrutura da sociedade têm, na representação de uma “concepção de vida” como pólo magnético da educação, a construção normativa do indivíduo-modelo. A centralidade atribuída ao indivíduo nesta relação, no qual deveria-se inculcar a necessária “consciência sanitária” de seus hábitos e comportamentos expressa, conforme argumenta Foucault, que “foi no biológico, no somático, no corporal que, antes de tudo, investiu a sociedade capitalista. O corpo é uma realidade biopolítica. A medicina é uma estratégia biopolítica.” (FOUCAULT, 1972, p. 47).

O amálgama entre biologia e educação, proponho, articula a operacionalidade de uma forma de biopoder que incorpora a adoção de práticas preventivas de saúde como um dos principais instrumentos de divulgação sanitária nos ambientes escolares. Através das práticas educativas, objetiva-se inculcar nos indivíduos determinada forma de ser e estar consigo mesmo e em sua comunidade. A escola investe no indivíduo gradativamente ao longo do percurso escolar, através do acesso a informações sobre saúde, em graus de complexidade que acompanham seu desenvolvimento “natural”, para que este indivíduo opere em si mesmo as transformações necessárias para que se adeque aos princípios de uma vida higiênica e produtiva.

As metas enunciadas pelo programa de educação sanitária, produzido pela XII Conferência Sanitária Pan-Americana (CARACAS, 1946), enfatizam a necessidade de se educar pais e filhos sobre questões de saúde a partir da perspectiva individual, informando-os acerca dos benefícios que os tratamentos médicos e psiquiátricos oferecem para a “correção dos defeitos remediáveis”<sup>65</sup>. Enfatiza a necessidade de educar pais e filhos a respeito das temáticas gerais de saúde que conclamam o indivíduo a agir sobre si mesmo em prol da própria saúde, sendo elas: “I) Higiene Pessoal; II) Nutrição; III) Prevenção da Enfermidade; IV) Higiene Mental; V) Crescimento e Reprodução; VI) Saúde da Comunidade”<sup>66</sup>.

O papel designado ao professor na implementação deste programa manifesta uma forma pela qual educação e biologia articulam-se, ao passo que a responsabilidade pelo rendimento obtido na implementação das práticas depende dos conhecimentos que este possui sobre os princípios de higiene, prevenção coletiva de doenças e saneamento, bem como da

---

<sup>65</sup> “Corrección de defectos remediables.” (p. 9)

<sup>66</sup> “1. Higiene personal; 2. Nutrición; 3. Prevención de enfermedad; 4. Higiene mental; 5. Crecimiento y reproducción; 6. Salud de la comunidad.” (p. 9)

aplicação correta dos métodos pedagógicos. Cabe ao professor, também, a responsabilidade de expandir a influência da educação sanitária aos lugares, incentivando que a adoção das práticas higiênicas ensinadas no ambiente escolar sejam adotadas no ambiente familiar.

É produzida a necessidade de um professor que esteja preparado adequar-se ele mesmo aos princípios preventivos e higiênicos e seja um “exemplo” para seus alunos. Em sintonia com as transformações propostas para a estrutura do ensino médico, de fomento à criação de departamentos de medicina preventiva e inclusão nos currículos de disciplinas voltadas à prática preventiva, “as atuais gerações de médicos são entusiastas, em sua maioria, da educação sanitária e cooperam com prazer à ela”<sup>67</sup>. Os médicos, de certa forma, operam como “educadores dos educadores”, com os quais os professores devem manter estreita cooperação e articulação, tanto em sua própria capacitação a respeito dos princípios da medicina preventiva, quanto das práticas de higiene implementadas na escola e seu entorno.

Fundamentada nesta articulação, a produção de informações, dados, estatísticas e índices, tanto fisiológicos quanto psicológicos e cognitivos é essencial para que a “verdade” sobre cada indivíduo, cada escola, cada comunidade se tornasse visível e passível de ser operacionalizada através de intervenções que visavam sua otimização em função da normalidade prevista. Sendo a medicina o campo científico que se encarregava do aspecto biológico da vida, do melhoramento da vida, o apelo à adoção de métodos racionais e científicos numa educação pautada pela biologia buscou na racionalidade médica a legitimidade para a produção desses registros, que criam a fundação deste edifício, seus fatos, princípios e leis.

O educador, com efeito, estudando e resolvendo os problemas da prática educacional, *obedecerá às regras do método científico*, do mesmo modo que o médico resolve, com disciplina científica, os problemas práticos da medicina: *observando com inteligência e precisão, registrando essas observações, descrevendo os procedimentos seguidos e os resultados obtidos, para que possam ser apreciados por outrem e repetidos, confirmados ou negados, de modo que a sua própria prática da medicina se faça também pesquisa e os resultados se acumulem e multipliquem.* (TEIXEIRA, 1957, p. 332, grifos meus)

É importante destacar, entretanto, que apesar de mencionado, a importância de estratégias, ações e práticas voltadas ao meio, ao entorno comunitário no qual se insere a escola, é operacionalizada em função da profilaxia necessária à doença, especificamente direcionada à construção normativa do indivíduo calcada na articulação indivíduo-racional-prevenção. Se, num primeiro momento, preconizava-se uma educação moderna unificada em torno de uma perspectiva biologizante do processo

---

<sup>67</sup> “Las actuales generaciones de médicos son entusiastas, en su mayoría, de la educación sanitaria y cooperan con gusto a ella.” (p. 7)

saúde-doença-prevenção, a proposta de renovação expressa pela promoção da saúde será pautada pela reorientação da perspectiva em torno da qual se articula esta unificação.

Essa configura-se como uma estratégia de mediação entre indivíduos e o ambiente, sintetizando a importância das escolhas individuais e da responsabilidade pessoal e coletiva em prol de um “futuro mais saudável”, adotando uma perspectiva que enfatiza a importância de medidas socioambientais para alcançá-lo, uma estratégia de empoderamento da comunidade que a capacita e a instrui para realizar escolhas mais saudáveis. Uma “nova” saúde pública, em contraste à “velha” saúde pública, toma forma e corpo institucional.

### **4.3 Informar para formar entre concepções e estilos de vida: tecnologia de segurança educação-saúde**

Apesar de a estratégia de promoção da saúde apresentar-se como “inovadora”, identificada com práticas que aludem a uma “nova” saúde pública, é importante estarmos atentos para certos aspectos de sua constituição teórico-conceitual que, mesmo após a reordenação do princípio de configuração proposto por documentos como o Relatório Lalonde (1981) e a Carta de Ottawa (1986), sinalizam a continuidade de certos elementos operatórios que carregam em si discursividades, que se conectam com princípios já atuantes na “velha” saúde pública. Esses, enquanto na “velha” saúde pública orientavam-se principalmente em função da prevenção de doenças e pela “educação para a saúde”, na “nova” saúde pública e na “educação em saúde” devem

[...] superar a conceituação biomédica de saúde e abranger objetivos mais amplos, uma vez que *a saúde deixa de ser apenas a ausência de doenças para ser uma fonte de vida*. Assim, na sua versão contemporânea, a educação em saúde já não se destina apenas a prevenir doenças, mas a *preparar o indivíduo para a luta por uma vida mais saudável* (OLIVEIRA, 2003, p. 424-425, grifos meus).

Dentre os elementos que constituem, em certa medida, alguma continuidade entre a “velha” e a “nova” saúde pública, destaco três: a perspectiva da promoção da saúde como um conceito unificador, que galvaniza em si os esforços em prol da necessidade de mudança nas formas e condições de vida; os aspectos filosóficos e morais que envolve; e a questão do empoderamento das comunidades.

Primeiramente, a sincretização da educação e biologia, formulada numa episteme cujo princípio de configuração é a doença, reorienta-se em função da “equalização” entre os elementos que, de acordo com a matriz do campo de saúde proposta no Relatório Lalonde,

possibilita confeccionar um “mapa da saúde”, através do qual se identificam conexões e constroem-se subdivisões que produzam o refinamento conceitual das temáticas sobre saúde pública transversais aos quatro eixos da matriz.

A articulação entre biologia humana, meio ambiente, estilo de vida e organização do sistema de saúde visa a construir uma “nova” racionalidade de saúde promocional, que reafirma a responsabilidade do indivíduo ao assumir o compromisso, consigo mesmo e com a comunidade, pela promoção de uma “vida mais saudável”. O princípio de configuração, assim, desloca-se para o entendimento da promoção da saúde como uma estratégia de mediação entre as pessoas e os ambientes, investida de legitimidade para influir nas políticas públicas de outras áreas, identificadas como elementos que compõem os determinantes sociais da saúde e a concepção ampliada de saúde.

Segundo, o recurso a questões de cunho filosófico e moral que tensionam os papéis desempenhados tanto pelo governo quanto pelos indivíduos nas estratégias, ações e práticas de saúde. Recurso este que, de acordo com o Relatório Lalonde, suscita o questionamento se, de fato, é possível realizar a separação dos elementos externos que influenciam a saúde, tanto no meio ambiente (sobre o qual o indivíduo pouco pode influenciar) quanto no estilo de vida (sobre o qual o indivíduo exerce seu poder de escolha).

O fato de haver alguma verdade em ambas as hipóteses, ou seja, que o ambiente afeta o estilo de vida e que alguns hábitos pessoais são viciantes, requer uma *reflexão filosófica e resposta moral* ao invés de puramente intelectual. Esta resposta é que, *se simplesmente desistirmos dos indivíduos cujos estilos de vida criam riscos excessivos à sua saúde, estaremos abandonando aqueles que poderiam mudar seus hábitos e acabam perpetuando o próprio ambiente que influenciou-os negativamente em primeiro lugar*. Em suma, a visão determinista deve ser posta de lado em favor da *fé no poder do livre arbítrio*, mesmo ele podendo ser influenciado negativamente, às vezes, pelo ambiente e vício (LALONDE, 1981, p. 36, grifos meus)<sup>68</sup>.

A questão filosófica essencial abordada pelo conceito de campo de saúde é se e até que ponto o governo deveria envolver-se em ações voltadas à modificação do comportamento humano, ainda que em função da melhora da saúde da população. O documento propõe o emprego do “marketing da mudança social”, que, através da utilização de técnicas de marketing para consumo e negócios, objetiva produzir mudanças nos comportamentos

---

<sup>68</sup> The fact that there is some truth in both hypotheses, i.e. that environment affects lifestyle and that some personal habits are addictive, requires a philosophical and moral response rather than a purely intellectual one. This response is, that if we simply give up on individuals whose lifestyles create excessive risks to their health, we will be abandoning a number who could have changed, and will be perpetuating the very environment which influenced them adversely in the first place. In short the deterministic view must be put aside in favour of *faith in the power of free will*, hobbled as this power may be at times by environment and addiction.

individuais (hábitos alimentares, físicos, tabagismo, trânsito, dentre outros). Como justificativa para o emprego destas técnicas, utiliza-se o seguinte exemplo:

[...] no Canadá, cerca de 76% da população com mais de 13 anos de idade dedica menos de uma hora por semana à prática de esportes, enquanto 84% da mesma população gasta quatro ou mais horas semanais assistindo televisão. Esse tipo de desequilíbrio se estende à quantidade de dinheiro gasto pelo setor privado na comercialização de produtos e serviços, alguns dos quais, se abusados, contribuem para a doença e a morte (Ibidem, p. 36-37)<sup>69</sup>.

O “desequilíbrio” indicado pelo relatório evidencia uma discursividade que antecipa os riscos à saúde envolvidos em tal comportamento, constituindo aquilo que Bagrichevsky et al. (2010) denominam “protocolos discursivos diagnóstico-preventivos”, definidos como

[...] ações/técnicas/estratégias retóricas que, tomando como base a *racionalidade científica técnico-instrumental*, têm buscado *padronizar uma síntese universal de fenômenos biológicos e socioculturais, encolhendo suas nuances diferenciadoras (protocolo) através de descrições genéricas de determinado contexto processual (diagnóstico) para, em seguida, propor “medidas solucionadoras” que, supostamente, evitariam e antecipariam um dado problema (prevenção)* (Ibidem, p. 1702, grifos meus).

A importância atribuída à implementação do “método científico” nas estratégias, ações e práticas de educação em saúde, elemento central das discussões realizadas no contexto do movimento escolanovista, concomitante ao incentivo pela constante e minuciosa produção documental de registros e informações sobre a “realidade” dos indivíduos e coletividades é investida por uma nova forma de compreensão sobre a relação entre hábitos e comportamentos no âmbito privado e suas consequências e efeitos no âmbito público.

A transmutação articulada pelo emprego da noção de “risco”, termo estatístico expresso em percentuais ou chances, é central para a implementação da matriz do campo de saúde:

Ao lidar com o risco não se pretende realizar previsões sobre indivíduos, mas sobre a *probabilidade de ocorrência de um evento numa população com determinadas características*. (...) é essencial que o conceito de risco seja compreendido, porque a

---

<sup>69</sup> [...] In Canada some 76% of the population over age 13 devotes less than one hour a week to participation in sports while 84% of the same population spends four or more hours weekly watching television. This kind of imbalance extends to the amount of money being spent by the private sector on marketing products and services, some of which if abused, contribute to sickness and death.

*implementação do Conceito de Campo de Saúde depende disso (LALONDE, 1981, p. 39, grifos meus)*<sup>70</sup>.

A categoria de “população em risco”, por conseguinte, especifica previamente certas características que determinam sua constituição (no exemplo acima, indivíduos com mais de 13 anos), através da descrição genérica de um processo contextual (76% desta população “dedica” menos de uma hora por semana para exercícios físicos, enquanto 84% “gasta” quatro ou mais horas semanais assistindo televisão). Em função do risco associado a este “desequilíbrio”, propõe-se a modulação de estratégias comunicacionais, de disseminação de informação sobre a prevenção de doenças e promoção da saúde, potencializadas também pelo uso de técnicas de marketing para consumo.

A “conscientização” individual e comunitária dá-se pelo convencimento, pela persuasão, embasada pela retórica estatística dos “riscos” à saúde. Almeja, por fim, o empoderamento do indivíduo, em relação a seus hábitos e comportamentos, bem como da dispersão destes princípios pela sua comunidade.

Por detrás da imagem-objetivo que preconiza o controle sobre os determinantes do processo saúde-doença por parte de indivíduos e coletivos encontra-se *um dos núcleos filosóficos e uma das estratégias-chave do movimento de Promoção à Saúde: o conceito de empowerment* – doravante mencionado como *empoderamento* (CARVALHO; GASTALDO, 2008, p. 2031, grifos meus).

Através do empoderamento, a estratégia da promoção da saúde visa a inculcar nos indivíduos e coletividades um tipo de racionalidade e conduta que lhe ofereça as ferramentas para interpretar o cotidiano e agir de modo a corporificar atitudes e comportamentos que sejam associados a melhorias na qualidade de vida. Trata-se, portanto, de uma perspectiva investida de produtividade, positividade, no sentido de adequar o espaço<sup>71</sup> em função do projeto de construção de ambientes, comunidades, políticas e escolhas saudáveis.

Na perspectiva pós-estruturalista, o corpo, objeto de saber da Promoção à Saúde, *assume uma dimensão que vai além do biológico, constituindo um território de encontro do indivíduo e do coletivo* e é, igualmente, significado por dimensões sociais, econômicas, culturais e políticas de um determinado período histórico (Ibidem, p. 2034, grifos meus).

---

<sup>70</sup> In dealing with risk one does not profess to make predictions about individuals but about the likelihood of an event occurring in a population of given characteristics. (...) it is essential that the concept of risk be understood because the application of the Health Field Concept depends on it.

<sup>71</sup> O espaço é compreendido aqui como fenômeno produzido por meio da articulação das relações sociais - que desenrolam-se de múltiplas maneiras - com as materialidades naturais e construídas. Não se resume à demarcação de área, mas significa a esfera da vida, que se constitui e se reconstitui permanentemente (DARSIE, CIMA, SANTOS, 2021).



Hibridizam-se as esferas pública e privada, o individual e o coletivo, cuja articulação fundamental ocorre no corpo. Articulação que, em determinado período histórico marcado pela primazia do princípio de configuração preventivo, associou-se, de certa forma, à noção de norma disciplinar a partir de um *a priori* moral e ético, pela segregação e classificação dos “anormais”, pela matriz individual/racional/prevenção que produziria sujeitos saudáveis, conscientes e aptos, em sintonia à episteme moderna, para contribuírem com a força de trabalho necessária para a “renovação” nacional. No período histórico em que observo a reordenação do princípio de configuração preventivo para o promocional, tal articulação ocorre em função da noção de risco, de protocolos discursivos preventivo-diagnósticos, que visam à inclusão através do empoderamento individual e coletivo.

Através do investimento em estratégias educacionais pautadas pela transformação de hábitos e comportamentos, pela responsabilização individual e coletiva das condições biológicas e socioambientais de saúde, pela adequação aos determinantes sociais de saúde em todos os campos que compreendem elementos do conceito ampliado de saúde, formula-se, desta forma, “o nascimento de um novo contrato entre Estado e indivíduos: *segurança para quem é prudente e maximiza seu estilo de vida.*” (BAGRICHEVSKY et al., 2010, p. 1072, grifos meus).

É importante destacar, entretanto, que tais estratégias foram produzidas em contextos alheios à realidade brasileira, notadamente em países europeus e na América do Norte (Canadá e Estados Unidos da América). Desde a década de 1970, a produção do marco conceitual da Saúde Coletiva manifesta movimentos de resistência e crítica às distintas estratégias e projetos de reformas da saúde nos “países desenvolvidos” do capitalismo e a articulação entre produção científica e práticas sociais.

Conforme pontua Luz (1991), a partir do início da década de 1980, a sociedade civil que esteve acuada em função do regime autoritário e militar vigente desde 1964 passou a organizar-se em torno da necessidade de retorno à ordem democrática, na qual seria possível a formulação de novas políticas sociais que assegurem o direito à cidadania, incluindo a saúde como direito do cidadão e dever do Estado: “Pela primeira vez na história do país, *a saúde era vista socialmente como direito universal e dever do Estado*, isto é, como *dimensão social da cidadania.*” (Ibidem, p. 84, grifos meus).

Neste sentido, *as práticas no campo da saúde são exercidas por diversos atores sociais, sendo estes os componentes dos inúmeros setores e segmentos públicos e privados que, inter-relacionados, produzem saúde e são produzidos por ela:*

trabalhadores e usuários em saúde, instâncias diversas da população, profissionais, intelectuais, docentes em saúde (KIRST; DARSIE, 2021, p. 102, grifos meus).

O período marcado pela transição da ordem autoritária para a construção e estabilização da ordem democrática, desta forma, faz movimentar o princípio de configuração sustentado por décadas pelo regime militar. A suposição pela capacidade e necessidade de renovação da forma com que se concebem e se formulam tais proposições, entretanto, enfrenta profundas divergências sobre transformações em pontos fundamentais. Apesar disso, “devem ser sublinhadas nesse período a *novidade e a originalidade de certas práticas institucionais e a oportunidade do surgimento de outras*, nos domínios da *participação popular em serviços de saúde e da descentralização institucional*.” (LUZ, 1991, p. 84-85, grifos meus).

Articulado à noção de Saúde Coletiva, o Movimento pela Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) consolidou, com sucesso, a produção de um novo entendimento em relação à forma com que se compreende a saúde. Luz (1991) argumenta que, numa perspectiva “tradicional”, a inclusão da população nas políticas sociais ocorria pelo exercício do trabalho, sobretudo pelo trabalho urbano. Desta forma, a perspectiva social da saúde como direito de cidadania seria produto dos movimentos sociais de participação em saúde. A reforma sanitária em si pode ser compreendida como catalisadora de um novo conceito, de um projeto político de saúde inédito no país.

No contexto dessa nova definição, a noção de saúde tende a ser socialmente percebida como *efeito real de um conjunto de condições coletivas de existência*, como *expressão ativa - e participativa - do exercício de direitos de cidadania*, entre os quais o direito ao trabalho, ao salário justo, à participação nas decisões e gestões de políticas institucionais etc. (Ibidem, p. 88, grifos meus).

A construção desta nova proposta, fundamentada pela compreensão da saúde como expressão ativa e participativa do exercício de direitos de cidadania, traz consigo problematizações acerca de dois pontos fundamentais e recorrentes na história das políticas de saúde no Brasil: a descentralização dos serviços de saúde e a participação popular nos serviços de saúde (LUZ, 1991).

A descentralização dos serviços, preconizada por Luz (1991), como elemento ponto essencial para a “desconcentração efetiva do poder” das instituições de saúde e na sociedade civil organizada, expressa-se na construção normativa do SUS através de redes hierarquizadas e regionalizadas, bem como pela atribuição de competências específicas às esferas dos poderes federal, estadual e municipal.

Com essas novas visão e percepção sociais da descentralização institucional em saúde, tem-se a *possibilidade de superar a concepção puramente geopolítica do processo e a tendência a limitar a descentralização aos aspectos meramente executivos da política institucional* (Ibidem, p. 91, grifos meus).

Entretanto, emergem descontinuidades entre as estratégias propostas e a forma com que essas se articulam em ações e práticas localizadas. Conforme apontado anteriormente, ainda que tanto as EPS como a Saúde Coletiva proponham-se à “superação” dos modelos temáticos de políticas públicas de saúde na escola, observa-se, no contexto brasileiro, a vigência do Programa Saúde na Escola constituído por cadernos temáticos pré-determinados, nos quais se estabelecem propostas, ideias e ferramentas de implementação da promoção da saúde, calcada na compreensão da escola como lugar que possibilita a triagem e o ganho de escala das ações.

Ao observarmos os documentos publicados pela OMS acerca das Escolas Promotoras de Saúde, enuncia-se que o público-alvo ao qual dirigem-se são os agentes governamentais responsáveis pela formulação e implementação da estratégia. Nesta mesma coletânea, são apresentados o guia de implementação e os padrões globais e indicadores que possibilitam a aferição da efetividade e formas de otimização de sua implementação. Ainda que a participação dos membros da comunidade escolar (estudantes, familiares, professores, diretores, prestadores de serviços) seja mencionada, a ênfase discursiva dos documentos localiza-se em seus aspectos normativos e executivos, de certa forma alheios à participação da sociedade civil organizada, conforme preconiza a Saúde Coletiva.

Tal participação, no contexto da transição democrática brasileira, conforme pontua Luz (1991), propôs algo inédito ao buscar a superação da categoria de “participação comunitária” produzida com o intuito de persuadir a adesão da população-alvo aos objetivos dos programas destinados a ela.

A participação popular reivindicada pelo movimento social ligado à saúde nos últimos cinco anos propõe medidas a serem tomadas pelo Estado, no sentido de *garantir a democratização das decisões nos níveis do planejamento, gestão, execução e avaliação dos serviços e programas de saúde* (Ibidem, p. 93-94, grifos meus).

Propunha-se a instituição dos conselhos integrados de saúde, compostos por representantes de instituições públicas e privadas, representantes de sindicatos e associações comunitárias que, em princípio, formariam a “base da pirâmide institucional”<sup>72</sup> que estrutura a

<sup>72</sup> LUZ, 1991, p. 94.

organização da política de saúde à qual deveria estar submetido o topo da pirâmide (LUZ, 1991). Expressa-se, portanto, um movimento que incentiva, estimula, conclama à organização da sociedade em torno da proposta da saúde como um direito fundamental do exercício da cidadania, no qual produzem-se espaços de participação democrática, de discussão e proposição de temas pertinentes à saúde de cada localidade.

As decisões, metas e objetivos deliberados pelos conselhos integrados também são atravessadas pela imanência de determinadas concepções da forma com que a articulação do binômio educação-saúde é produzido na sua operacionalidade no ambiente escolar, compreendido como localidade de saúde. A sincretização entre as políticas de Saúde e Educação, de acordo com o Caderno Gestor do PSE (BRASIL, 2015), poderia constituir um condicionante à garantia do acesso a uma qualidade de vida melhor “às crianças, aos adolescentes e aos jovens”<sup>73</sup>, considerando que

3. Qualquer Intervenção da Saúde (educativa, *preventiva, clínica* etc.) *deve também ser pedagógica em sua intenção e execução* e em sintonia com a programação pedagógica da escola, e ser *contada como momento de aprendizagem* (inclusive carga horária simultânea para a escola e para as atividades de saúde realizadas) (BRASIL, 2015, p. 19-20, grifos meus).

A proposta de intervenção, conforme concebida no documento, especialmente aquelas que se orientam por abordagens preventivas e clínicas, carregam consigo ecos da discursividade medicalizante, através da qual seria possível “*Dar visibilidade aos fatores que colocam a saúde em risco e desenvolver estratégias* para superar os problemas e as adversidades *identificados e vivenciados* pela comunidade” (Ibidem, p. 20, grifos meus). A ênfase repousa, portanto, no processo de visibilização que possibilita a emergência de campos de intervenção a partir da “realidade” observada e registrada de hábitos e comportamentos individuais e coletivos.

Associa-se, também, à noção de risco, mediada pela formulação e divulgação de protocolos discursivos preventivos-diagnósticos, cujo direcionamento e modulação é voltado para o indivíduo, para a necessidade de “conversão” na esfera dos micropoderes manifesta em atitudes e ações cotidianas, da suplantação de aspectos dessa “subjetividade arriscada”. Subjetividade esta que, com o devido comprometimento e responsabilização individual, através da contínua e constante prática educativa-pedagógica em saúde, seria sobrepujada em favor de uma “subjetividade saudável” e segura, individualmente e coletivamente.

---

<sup>73</sup> BRASIL, 2015, p. 19.

Neste contexto, compreende-se a perspectiva da Saúde Coletiva como uma modulação notadamente brasileira da articulação do binômio educação-saúde, marcada pela constante

*[...] evolução ou transformação, em função de sua contínua mudança ao longo dos dois últimos séculos, de um modelo salubrista polidisciplinar para uma estrutura discursiva semiaberta, com inclusão contínua de disciplinas oriundas de diferentes campos científicos, bem como sua complexificação em termos de práticas e formas de intervenção social que se incorporaram ao campo ao longo das últimas décadas, levam-nos a refletir sobre a irreversibilidade dessa complexidade e sua irredutibilidade a um paradigma monodisciplinar, seja ele proveniente do campo biológico, do campo das ciências humanas e sociais, das tecnologias em avanço na área das ciências aplicadas à saúde, ou do planejamento e da gestão governamental na área [...]* (LUZ, 2009, p. 306, grifos meus).

Partindo do reconhecimento da complexidade imanente à articulação do binômio educação-saúde, bem como de sua irredutibilidade à simplificação - seja na definição da finalidade biológica da educação ou o emprego da matriz analítica do campo da saúde - a Saúde Coletiva conclama a uma produção discursiva horizontalizada entre os distintos saberes e disciplinas que a atravessam, através de uma proposta de transdisciplinaridade. Situa-se, portanto, num ponto de ruptura, de hibridização entre público e privado, na articulação do biopoder pela anátomo-política do corpo e dos gestos, bem como da biopolítica das populações, dos índices, médias e das estatísticas que são empregadas na gestão coletiva da saúde.

A Saúde Coletiva situa-se, desta forma, como ponto de articulação, propulsor de modulações e arranjos técnicos, científicos, políticos e institucionais que produzem verdades operacionalizáveis na mesma medida em que é produzida pela realidade que possibilita sua emergência como campo de conhecimento e ação.

## 5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os caminhos percorridos e as ferramentas que guiaram a discussão que propus possibilitaram a construção de uma via discursiva, de um traçado no qual se entrelaçam problematizações entre Saúde e Educação, enquanto o binômio educação-saúde foi mantido como vértice fixo, o campo de visibilidade produzido foi movido ao longo das décadas.

Através dele, buscou-se fazer emergir as configurações que ordenaram, em diferentes épocas, a hierarquização operacionalizada entre os saberes médicos e pedagógicos na produção de documentos institucionais e normativos, assim como políticas públicas que articulam educação e saúde no ambiente escolar.

Tal disposição de elementos analíticos e metodológicos possibilitou identificar as formas com que, ao longo do tempo, transformam-se as correlações, os arranjos, as ênfases deste complexo feixe de relações.

Num primeiro momento, ao posicionar o vértice analítico sobre os documentos produzidos na época caracterizada como “preventiva”, observa-se um princípio de configuração orientado em função da prevenção da doença. Articula-se uma compreensão da educação pautada pela sua finalidade biológica, de maximização da vida através do trabalho, fim este que só é plenamente realizável pela adequação a uma determinada concepção de vida higiênica e disciplinada, cujo ambiente privilegiado de implementação é a escola.

Num segundo momento, com a expansão do escopo da categoria-saúde, agrega-se à prevenção de doenças a promoção da saúde, estratégia produzida e disseminada em âmbito global. Reordenam-se, portanto, as correlações e ênfases propostas, prezando por uma maior articulação entre as ciências sociais e humanas com as ciências da saúde. Adota-se uma perspectiva que afirma a importância dos determinantes socioambientais nas condições de saúde da população que, através do empoderamento individual e comunitário, produz práticas educativas voltadas ao estímulo de estilos de vida saudáveis, à construção de ambientes saudáveis e de políticas públicas saudáveis.

A saúde, portanto, em sua perspectiva conceitual ampliada, atravessa a quase-totalidade da experiência do viver - exercendo papel de denominador comum que influencia desde as decisões cotidianas do dia a dia, até a organização dos ambientes nos quais transitamos e a formulação de políticas públicas de escopo nacional e internacional.

Retorno ao vértice fixo da educação-saúde para problematizar de que forma tal expansão incorre na definição de questões e problemas sociais a partir da sua definição em termos médicos. Tal questionamento, expresso na crítica da medicalização, busca expor como

a partir da perspectiva preventiva a extensão do olhar clínico sobre a vida tem se expandido significativamente. A compreensão da escola como “lugar privilegiado” para educar para/em saúde expressa a importância deste ambiente, cujas características disciplinares e biopolíticas possibilitam a moldagem de subjetividades, atuando sobre o indivíduo e fundamentando a transformação das práticas de si em função de uma “vida mais saudável”.

A percepção do empoderamento individual e coletivo como modo de enfrentamento aos efeitos da expansão do poder médico na definição dos problemas de cunho social, característica da crítica “ortodoxa” da medicalização, é incorporada às estratégias de promoção da saúde na como elemento constituinte dos protocolos discursivos preventivo-diagnósticos. Gradualmente, a adoção da noção de “riscos” de saúde manifesta a exploração dos desequilíbrios entre hábitos e comportamentos não-saudáveis e saudáveis, cuja responsabilidade de transformação é atribuída ao indivíduo, com o suporte de práticas educativas em saúde.

No contexto brasileiro, atravessado por demandas da sociedade em prol da redemocratização na década de 1980, a atuação da vertente da Saúde Coletiva teve um papel crucial, marcado pela defesa do Movimento da Reforma Sanitária Brasileira (MRSB) e pela inclusão, no texto da Constituição Cidadã, da saúde como um direito do cidadão e dever do Estado. A reformulação da estrutura de saúde do país, expressa no Sistema Único de Saúde (SUS). e sua organização em rede regionalizadas e hierarquizadas de saúde, foi uma das grandes vitórias conquistadas pelo povo brasileiro na luta pela democracia e acesso à saúde.

Tal processo de reordenação, entretanto, coloca em tensão princípios, estratégias, ações e práticas que possibilitam problematizações entre a estratégia de promoção da saúde e a Saúde Coletiva, entendida como corrente de pensamento, movimento social e prática teórica.

Enquanto os documentos produzidos sob o princípio de configuração da saúde promocional dirigirem-se, em sua maioria, aos agentes públicos e formuladores de políticas, delegando às práticas de educação em saúde a missão de persuadir o público à adesão das mudanças de hábitos e comportamentos preconizadas, a Saúde Coletiva atua em prol da democratização da formulação das ações e estratégias de forma descentralizada, com maior participação da sociedade civil organizada na definição das metas e objetivos a ser alcançados.

A partir da perspectiva das tecnologias de segurança, foi possível analisar como orientam-se, ao longo do tempo, as articulações entre o binômio educação-saúde na formulação e implementação de políticas públicas de educação em saúde na escola. A partir

de recombinações e arranjos diferenciais entre práticas disciplinares e biopolíticas, pautadas pelo princípio de configuração que legitima a produção de verdades em cada época, distintas ordenações e hierarquizações foram moduladas.

É importante destacar, todavia, que tais metamorfoses não implicam o descarte ou substituição de um modelo de atuação pelo outro. Ocorre, pelo contrário, a recolocação desses princípios como parte integrante e operacional das novas modulações produzidas pelo conjunto documental. É justificada, assim, a relevância das problematizações propostas neste trabalho. A partir delas tem-se a oportunidade de questionar como tais verdades sobre a forma com que se formulam e implementam tais políticas, da potência que possuem como produtoras de realidade, de transformação e de renovação daquilo que nos tornamos, e do que almejamos ser.



## REFERÊNCIAS

- AROUCA, Antônio Sérgio da Silva. **O dilema preventivista**: Contribuição para a compreensão e crítica da medicina preventiva. 1975. Tese (Doutorado em Ciências Médicas) – Faculdade de Ciências Médicas, Universidade Estadual de Campinas, Campinas, 1975.
- AZEVEDO, Fernando et al. O Manifesto dos Pioneiros da Educação Nova (1932). **Coleção "Navegando pela História da Educação Brasileira"**. HISTEDBR - Grupo de Estudos e Pesquisas "História, Sociedade e Educação no Brasil", Campinas, 2006. Disponível em: [https://www.histedbr.fe.unicamp.br/pf-histedbr/manifesto\\_1932.pdf](https://www.histedbr.fe.unicamp.br/pf-histedbr/manifesto_1932.pdf). Acesso em 18 abr. 2023.
- AZEVEDO, Sara Dionizia Rodrigues de. Formação discursiva e discurso em Michel Foucault. **Filogênese**. Marília: UNESP, v. 6, n. 2, 2013. Disponível em: <https://www.marilia.unesp.br/Home/RevistasEletronicas/FILOGENESE/saraazevedo.pdf>. Acesso em: 05 jun. 2023.
- BAGRICHEVSKY, Marcos et al. Discursos sobre comportamento de risco à saúde e a moralização da vida cotidiana. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, Supl. 1, p.1699-1708, 2010. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/csc/a/CW8sb8dpNk6hCzWHbD59rkb/?lang=pt#>. Acesso em 09 mai. 2023.
- BIRMAN, Joel. A physis da saúde coletiva. **Physis**, Rio de Janeiro, v. 15, p. 11-16, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/physis/a/MGJKwBxGS4gZjRMtNMFQ8md/?lang=pt>. Acesso em: 10 jan. 2022.
- BRASIL. [Constituição (1988)]. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília, DF: Senado Federal, 1988.
- BRASIL. Decreto nº 6.286, de 05 de dezembro de 2007. Institui o Programa Saúde na Escola e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: seção 1, Brasília, DF, p. 2, 6 dez. 2007.
- BRASIL. Lei n. 8080 de 19 de set. de 1990. Dispõe sobre as condições para a promoção, proteção e recuperação da saúde, a organização e o funcionamento dos serviços correspondentes e dá outras providências. **Diário Oficial da União**: Brasília, Ano 128, n. 182, p. 18055, 1990. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil\\_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs](http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/l8080.htm#:~:text=LEI%20N%C2%BA%208.080%2C%20DE%2019%20DE%20SETEMBRO%20DE%201990.&text=Disp%C3%B5e%20sobre%20as%20condi%C3%A7%C3%B5es%20para,correspondentes%20e%20d%C3%A1%20outras%20provid%C3%AAs.). Acesso em: 19 abr. 2023.
- BRASIL. Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Secretaria de Educação Continuada, Alfabetização, Diversidade e Inclusão. Secretaria de Educação Profissional e Tecnológica. Conselho Nacional da Educação. Câmara Nacional de Educação Básica. **Diretrizes Curriculares Nacionais Gerais da Educação Básica** / Ministério da Educação. Secretaria de Educação Básica. Diretoria de Currículos e Educação Integral. Brasília: MEC, SEB, DICEI, 2013a. 562p. Disponível em: [https://www.gov.br/mec/pt-br/media/seb/pdf/d\\_c\\_n\\_educacao\\_basica\\_nova.pdf](https://www.gov.br/mec/pt-br/media/seb/pdf/d_c_n_educacao_basica_nova.pdf). Acesso em: 20 jul. 2023.

BRASIL. Ministério da Educação. Portaria Interministerial Nº15, de 10 Outubro de 2013. **Diário Oficial da República Federativa do Brasil**, Poder Executivo, Brasília, 11 out. de 2013b, Seção 1, p. 11-13. Disponível em: <https://sintse.tse.jus.br/documentos/2013/Out/11/destaques-museu-historia-educacao-cultura-e/portaria-interministerial-no-15-de-10-de-outubro>. Acesso em 19 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno do gestor do PSE**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília : Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Temático de Saúde e Educação Ambiental - Versão Preliminar**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília : Ministério da Saúde, 2015b.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Caderno Temático de Direitos Humanos - Versão Preliminar**. Ministério da Saúde, Ministério da Educação. Brasília : Ministério da Saúde, 2015c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos temáticos do PSE – Promoção da Saúde Bucal**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2016a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Cadernos temáticos do PSE – Saúde Ocular**. Ministério da Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde, Departamento de Atenção Básica. Ministério da Educação, Secretaria de Educação Básica – Brasília: Ministério da Saúde, 2016b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Ministério da Saúde, Secretaria de Políticas de Saúde, Projeto Promoção da Saúde. Brasília: Ministério da Saúde, 2002. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas\\_promocao.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cartas_promocao.pdf). Acesso em 18 abr. 2023.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Diretrizes para implantação do Projeto Saúde e Prevenção nas Escolas**. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. **Política Nacional de Promoção da Saúde: PNPS: Anexo I da Portaria de Consolidação nº 2, de 28 de setembro de 2017, que consolida as normas sobre as políticas nacionais de saúde do SUS/Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Secretaria de Atenção à Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRASIL; ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Ministério da Saúde. **Escolas promotoras de saúde: experiências do Brasil**. Ministério da Saúde, Organização Pan-Americana da Saúde. Brasília, Ministério da Saúde, 2007.

BUCK, Carol. Después de Lalonde: La Creación de la Salud. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS). **Promoción de la Salud: Una Antología**. Publicación Científica Nº 557. Washington, OPS, 1996. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3318/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 abr. 2023.

CANDEIAS, Nelly. Sociologia e medicina. **Revista de Saúde Pública**, v. 5, p. 111-127, 1971. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rsp/a/vyFYG5xKdLP9GbKnKk5MFMG/?lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2023.

CANDIOTTO, Cesar. Disciplina e segurança em Michel Foucault: a normalização e a regulação da delinquência. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, p. 18-24, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/gwdGTsHtp4hxNGyLhQybKcs/?lang=pt&format=html>. Acesso em 18 abr. 2023.

CARVALHO, Antônio Ivo de. Da Saúde Pública às Políticas Saudáveis — Saúde e Cidadania na Pós-modernidade. **Ciência & Saúde Coletiva** [online]. 1996, v. 1, n. 1, pp. 104-121. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/1413-812319961101572014>>. Acesso em 27 de out. 2022.

COLLIER, Stephen. J. Topologias de poder: a análise de Foucault sobre o governo político para além da "governamentalidade". **Revista Brasileira de Ciência Política** [online]. 2011, n. 5, pp. 245-284. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0103-33522011000100010>>. Acesso em 27 out. 2022.

CONFERÊNCIA SANITÁRIA PAN-AMERICANA, 13ed. 1947, Caracas, **La Educación Sanitaria en la Escuela**, Caracas, Editorial Grafolit, 1946. Disponível em: <https://iris.paho.org/handle/10665.2/28784>. Acesso em 18 abr. 2023.

CONRAD, Peter. Medicalization and social control. **Annual Review of Sociology**, v. 18, n. 1, p. 209-232, 1992. Disponível em: <https://www.annualreviews.org/doi/abs/10.1146/annurev.so.18.080192.001233>. Acesso em 18 abr. 2023.

CONRAD, Peter. Medicalization: Changing Contours, Characteristics, and Contexts. In: COCKERHAM, William C. (ed). **Medical Sociology on the Move**. Springer, Dordrecht. p. 195-214, 2006. Disponível em: [https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3\\_10](https://doi.org/10.1007/978-94-007-6193-3_10). Acesso em 18 abr. 2023.

CORDEIRO, Hésio. O Instituto de Medicina Social e a Luta pela Reforma Sanitária: Contribuição à História do SUS. **PHYSIS**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 2, p. 343-362, 2004. Disponível em: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/0972.pdf>. Acesso em: 10 jan. 2022.

CRAWFORD, Robert. Salutarismo e medicalização da vida cotidiana. **RECIIS - Revista Eletrônica de Comunicação, Informação e Inovação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 13, n. 1, p. 100-121, jan./mar. 2019. Disponível em: <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/32629>. Acesso em 18 abr. 2023.

DARSIE, Camilo. Microterritorializações urbanas: questões contemporâneas sobre os sujeitos fumantes e o espaço público. **Terr@ Plural** (UEPG. Online), v. 6, p. 313-326, 2012. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/tp/article/view/3205/2995>. Acesso em 12 jul. 2023.

DARSIE, Camilo; CIMA, Afonso; SANTOS, Bruno Cristiano. A REGIÃO COMO LENTE PARA ANALISAR, PENSAR E TRANSFORMAR O ESPAÇO. In: Ane Carine Meurer; Angelita Zimmermann; Gilvan Charles Cerqueira de Araújo; Ivanio Folmer; Júlio César

Suzuki; Rita de Cássia Marques Lima de Castro. (Org.). **As categorias e as Geografias do século XXI**. 1ed.São Paulo: FFLCH/USP, 2021, v. 1, p. 344-363.

DI PRIMIO, Raul. Educação sanitária e doença de Chagas no Rio Grande do Sul. **Anais da Faculdade de Medicina de Porto Alegre**, v. 21, n. 1, p. 28-34, 1961. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/anaisfamed/article/download/78715/45308>. Acesso em 27 out. 2022.

FALKENBERG, Mirian Benites et al. Educação em saúde e educação na saúde: conceitos e implicações para a saúde coletiva. **Ciência & saúde coletiva**, v. 19, p. 847-852, 2014. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csc/2014.v19n3/847-852>. Acesso em 18 abr. 2023.

FISCHER, Rosa Maria Bueno. Foucault revoluciona a pesquisa em educação? **PERSPECTIVA**, Florianópolis, v. 21, n. 02, p. 371-389, jul./dez. 2003. Disponível em: <https://periodicos.ufsc.br/index.php/perspectiva/article/download/9717/8984/29081>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FOUCAULT, Michel. **A História da Sexualidade I – A Vontade de Saber**. Rio de Janeiro: Graal, 1985.

FOUCAULT, Michel. **Arte, Epistemologia, Filosofia e História da Medicina**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2011.

FOUCAULT, Michel. **As palavras e as coisas**. São Paulo: Martins Fontes, 1990.

FOUCAULT, Michel. Crise da medicina ou crise da antimedicina. **Verve**, São Paulo, n. 18, p. 167-194, 2010. Disponível em: <https://revistas.pucsp.br/index.php/verve/article/view/8646/6432>. Acesso em: 10 jan. 2022.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 16. ed. Rio de Janeiro: Graal, 2001.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 4. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1984.

FOUCAULT, Michel. **Microfísica do poder**. 8. ed. Rio de Janeiro: Graal, 1989.

FOUCAULT, Michel. **O Nascimento da Clínica**. Tradução de Roberto Machado. Rio de Janeiro, Forense-Universitária, 1977. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4325478/mod\\_resource/content/1/FOUCAULT\\_M\\_O\\_Nascimento\\_da\\_Cl\\_237\\_nica.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/4325478/mod_resource/content/1/FOUCAULT_M_O_Nascimento_da_Cl_237_nica.pdf). Acesso em: 19 abr. 2023.

FOUCAULT, Michel. **Segurança, Território, População**. Tradução: Eduardo Brandão. São Paulo, 2008. Ed. Martins Fontes. ISBN 978-85-336-2377-4. Disponível em: <https://projctophronesis.files.wordpress.com/2009/08/foucault-michel-seguranca-territorio-populacao-curso-no-college-de-france.pdf>. Acesso em: 27 out. 2022.

FOUCAULT, Michel. The subject and power. In: DREYFUSS, H.; RABINOW, P. (ed.). **Beyond structuralism and hermeneutics**. Brighton: The Harvester Press, 1982. p. 208-226.

GALLO, Sílvio. Repensar a educação: Foucault. **Educação & Realidade**, Porto Alegre, v. 29, n. 1, p. 79-97, 2004. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/25420/14746>. Acesso em: 10 jan. 2022.

GARZA BRITO, Angel de la. La enseñanza de la medicina preventiva y de la higiene, factor en la asistencia médico social. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**; v. 23, n.7, jul. 1944. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/12861/v23n7p607.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 out. 2022.

GASTALDO, Denise. Is health education good for you?: Re-thinking health education through the concept of bio-power. In: PETERSEN, Alan R.; BUNTON, Robin (Ed.). **Foucault, Health and Medicine**. Routledge, 1998, p. 113-133. Disponível em: <https://www.taylorfrancis.com/chapters/edit/10.4324/9780203005347-9/health-education-good-denise-gastaldo>. Acesso em 18 abr. 2023.

HAESBAERT, Rogério. Território e multiterritorialidade: um debate. **GEOgraphia**, v. 9, n. 17, p. 19-45, 2007. Disponível em: [https://www.academia.edu/download/33633119/Multiterritorialidade\\_GEOgraphia\\_PDF.pdf](https://www.academia.edu/download/33633119/Multiterritorialidade_GEOgraphia_PDF.pdf). Acesso em: 19 abr. 2023.

HECKERT, Ana Lucia Coelho; ROCHA, Marisa Lopes da. A maquinaria escolar e os processos de regulamentação da vida. **Psicologia & Sociedade**, v. 24, p. 85-93, 2012. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/psoc/a/CnWR5DVBq9vdZ8HQgPPt5VN/abstract/?lang=pt>. Acesso em 18 abr. 2023.

HORA, Dayse Martins. Medicalização, Escola Nova e Modernização Da Nação: 1930-1945. **Coleção "Navegando pela História da Educação Brasileira"**. HISTEDBR - Grupo de Estudos e Pesquisas "História, Sociedade e Educação no Brasil", Campinas, 2006. Disponível em <https://www.histedbr.fe.unicamp.br/navegando/artigos/medicalizacao-escola-nova-e-modernizacao-da-nacao-1930-1945>. Acesso em 18 abr. 2023.

HORWITZ, Abraham. Enseñanza de higiene y medicina preventiva en los programas de educación médica. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**; v. 32, n.1, jan. 1952. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14652/v32n1p20.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 out. 2022.

KICKBUSCH, Ilona. Promoción de la salud: una perspectiva mundial. In: ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE SALUD (OPS). **Promoción de la Salud: Una Antología**. Publicación Científica N° 557. Washington, OPS, 1996. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/3318/Promocion%20de%20la%20salud%20una%20antologia.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19 abr. 2023.

KIRST, Carina.; DARSIE, Camilo. Notas sobre a saúde pública, a saúde coletiva e o estabelecimento e funcionamento do Sistema Único de Saúde. **Asklepion: Informação em Saúde**, Rio de Janeiro, v. 1, n. 2, p. 91-112, 2021. Disponível em: <https://asklepionrevista.info/asklepion/article/view/21/51>. Acesso em: 10 jan. 2022.

LALONDE, Marc. **A New Perspective on the Health of Canadians** – a working document. Governo do Canadá. Ministério de Suprimentos e Serviços. 1981. Disponível em: [https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6248154/mod\\_resource/content/1/RelatorioLalonde.pdf](https://edisciplinas.usp.br/pluginfile.php/6248154/mod_resource/content/1/RelatorioLalonde.pdf). Acesso em 27 out. 2022.

- LIMA, Gerson Zanetta de. **Saúde escolar e educação**. São Paulo: Cortez, 1985.
- LOPES, Maura Corcini; GUEDES, Betina Silva. A maquinaria escolar: discursos que inventam verdades sobre os alunos surdos. **Reunião Anual da ANPEd**, v. 31, p. 1-15, 2008.
- LUPTON, Deborah. Foucault and the medicalisation critique. In: PETERSEN, Alan R.; BUNTON, Robin (Ed.). **Foucault, Health and Medicine**. Routledge, 1998, p. 94-112.
- MOLINA, Gustavo. La medicina preventiva en la educación médica. **Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana (OSP)**; v.36, n.4, abr. 1954. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/14726/v36n4p442.pdf?sequence=1>. Acesso em: 27 out. 2022.
- NAGLE, Jorge. **Educação e Sociedade na Primeira República**. São Paulo: EPU – EDUSP, 1976.
- NUNES, Eduardo Silveira Netto. O valor da saúde: história da Organização Pan-Americana da Saúde. **Revista Brasileira de História** [online]. 2008, v. 28, n. 56, pp. 597-601. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0102-01882008000200020>>. Acesso em 27 out. 2022.
- NUNES, Everardo Duarte. Saúde coletiva: história de uma ideia e de um conceito. **Saúde e Sociedade**, v. 3, p. 5-21, 1994. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/sausoc/a/bTHWsnDCM3h9Fpj73YGSLgn/?lang=pt#>. Acesso em: 19 abr. 2023.
- OLIVEIRA, Dora Lúcia de. A 'nova' saúde pública e a promoção da saúde via educação: entre a tradição e a inovação. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 13, p. 423-431, 2005. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/rlae/a/WPsnmqX4hMwLQswcbHvxtkQ/?format=html&lang=pt>. Acesso em: 19 abr. 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE – OMS. **Carta de Ottawa**. Ottawa: Canadian Public Health Association, 1986.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). **Declaração de Jakarta sobre a Promoção da Saúde no Século XXI**, 1997. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_jakarta\\_1997.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_jakarta_1997.pdf). Acesso em: 19 abr. 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Escritório Regional da OMS para a Europa. **Health promotion: a discussion document on the concept and principles: summary report of the Working Group on Concept and Principles of Health Promotion**, Copenhagen, 1984. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/107835>. Acesso em: 19 abr. 2023.
- ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS); GOVERNO DA AUSTRÁLIA MERIDIONAL. **Declaração de Adelaide sobre a Saúde em Todas as Políticas: no caminho de uma governança compartilhada em prol da saúde e do bem-estar**. Adelaide, 2010. Disponível em: [https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao\\_adelaide.pdf](https://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/declaracao_adelaide.pdf). Acesso em 18 abr. 2023.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). **Aspectos teóricos de las ciencias sociales aplicadas a la medicina**. Educación Médica y Salud (OPAS), v. 8, n. 4, 1974. Disponível em: <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/48061/39598.pdf?sequence=1&isAllowed=y>. Acesso em: 19. abr. 2023.

ORTEGA, Francisco. Biopolíticas da saúde: reflexões a partir de Michel Foucault, Agnes Heller e Hannah Arendt. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 8, p. 9-20, 2004. Disponível em: <https://www.scielo.br/j/icse/a/KRqrqqJGqK6vshf4KKrkCbw/abstract/?lang=pt>. Acesso em 19 abr. 2023.

PÔRTO, Elias Ferreira et al. Como o estilo de vida tem sido avaliado: revisão sistemática. **Acta fisiátrica**, v. 22, n. 4, p. 199-205, 2015. Disponível em: <https://www.revistas.usp.br/actafisiatrica/article/view/122509>. Acesso em 18 abr. 2023.

PORTOCARRERO, Vera. Instituição escolar e normalização em Foucault e Canguilhem. **Educação & Realidade**, v. 29, n. 1, 2004. Disponível em: <https://www.seer.ufrgs.br/educacaoerealidade/article/view/25424>. Acesso em 18 abr. 2023

RITO, Marcelo. **Carne recortada, almas expostas**: da visualização escolanovista à utopia do homem aprimorável. 2015. Tese de Doutorado. Universidade de São Paulo. Acesso em 10 abr. 2023. Disponível em: <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/48/48134/tde-18112015-131939/en.php>. Acesso em 18 abr. 2023.

SILVA, Lucas Trindade da. Inflexão na abordagem genealógica da modernidade em Michel Foucault: do arcaísmo disciplinar à sociedade de segurança. **Revista Brasileira de Ciência Política**, [S. l.], n. 30, 2020. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rbcp/article/view/29733>. Acesso em: 27 out. 2022.

SOUZA, Luis Eugenio Portela Fernandes de. Saúde pública ou saúde coletiva. **Rev. Espaço Saúde**, Londrina, v. 15, n. 4, p. 7-21, 2014. Disponível em: [http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude\\_publica\\_4.pdf](http://www.escoladesaude.pr.gov.br/arquivos/File/saude_publica_4.pdf). Acesso em: 10 jan. 2022.

STEPHANOU, Maria. Discursos médicos, educação e ciência: escola e escolares sob exame. **Trabalho, Educação, Saúde**. v. 4, n. 1, p. 33-64, 2006. Disponível em: <https://www.tes.epsjv.fiocruz.br/index.php/tes/article/view/1822>. Acesso em 18 abr. 2023.

STEPHANOU, Maria. Práticas educativas da medicina social: os médicos se fazem educadores. **Revista História da Educação**, [S. l.], v. 1, n. 2, p. 145–168, 2012. Disponível em: <https://seer.ufrgs.br/index.php/asphe/article/view/30670>. Acesso em: 18 abr. 2023.

TEDESCHI, Sirley Lizott.; PAVAN, Ruth. A produção do conhecimento em educação: o Pós-estruturalismo como potência epistemológica. **Práxis Educativa**, [S. l.], v. 12, n. 3, p. 772–787, 2017. Disponível em: <https://revistas.uepg.br/index.php/praxiseducativa/article/view/9314>. Acesso em: 29 maio. 2023.

TEIXEIRA, Anísio. Ciências e arte de educar. **Revista do Serviço Público**, v. 74, n. 3, p. 323-334, 1957. Acesso em 05 de abril de 2023. Disponível em:

<https://revista.enap.gov.br/index.php/RSP/article/download/4335/2498>. Acesso em 18 abr. 2023.

VARELA, Julia; ALVAREZ-URIA, Fernando. A maquinaria escolar. **Teoria & Educação**, v. 6, p. 68-96, 1992. Disponível em: <http://peadrecuperacao.pbworks.com/w/file/etch/104642074/A%20Maquinaria%20Escolar.pdf>. Acesso em 18 abr. 2023.

VEIGA-NETO, Alfredo. **Foucault & Educação**. 2 ed. 1 reimp. Belo Horizonte. Autêntica, 2007.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. Regional Office for Europe. Nutrition Policy, Infant Feeding and Food Security. **Healthy Living** - What is a healthy lifestyle?. Copenhagen, 1999.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO; UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION – UNESCO. **Making Every School a Health Promoting School**: Country case studies. Geneva: WHO, 2021a. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025431>. Acesso em 08 jul. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO; UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION – UNESCO. **Making Every School a Health Promoting School**: Global Standards and Indicators. Geneva: WHO, 2021b. Disponível em; <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025059>. Acesso em 03 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION – WHO; UNITED NATIONS EDUCATIONAL, SCIENTIFIC AND CULTURAL ORGANIZATION – UNESCO. **Making Every School a Health Promoting School**: Implementation Guidance. Geneva: WHO, 2021c. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240025073>. Acesso em 03 ago. 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION - WHO. WHO Information Series on School Health. **Improving Health Through Schools**: National and International Strategies. Geneva, WHO, 1999. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66314>. Acesso em 03 ago. 2023.

ZOLA, Irving Kenneth. Medicine as an institution of social control. **The Sociological Review**, v. 20, n. 4, p. 487-504, 1972. Disponível em <https://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1111/j.1467-954X.1972.tb00220.x>. Acesso em 18 abr. 2023